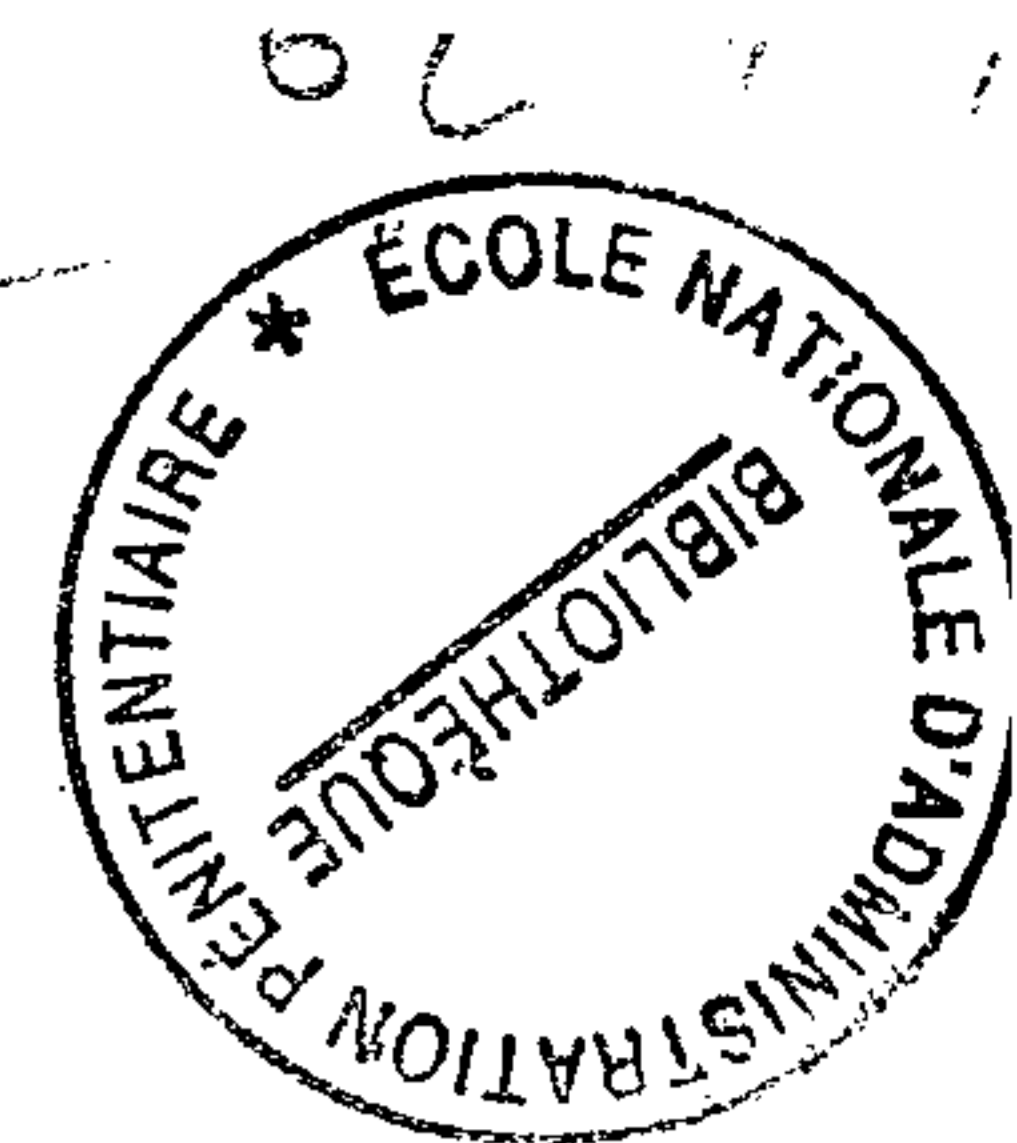


16077



ACTES

DU

CONGRÈS PÉNITENTIAIRE INTERNATIONAL

DE

BUDAPEST

SEPTEMBRE 1905

I.

RAPPORTS SUR LES QUESTIONS DU PROGRAMME

DE LA III^e SECTION

MOYENS PRÉVENTIFS

II.

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE DOMAINE PÉNAL ET PÉNITENTIAIRE

DEPUIS LE CONGRÈS DE BRUXELLES

VOLUME IV

BUDAPEST ET BERNE

BUREAU DE LA COMMISSION PÉNITENTIAIRE INTERNATIONALE

1906

TABLE DES MATIÈRES DU IV^{me} VOLUME

Rapports sur la première question

	présentés par	Page
MM. BRÜCK-FABER, administrateur des établissements pénitentiaires de Luxembourg		I
le D ^r JULES DE CSILLAG, professeur titulaire à l'Université de Budapest, sur l'invitation à lui adressée par le Comité de la Société des juristes consultants collaborant à la préparation du Congrès pénitentiaire international, sur les questions mises à l'ordre du jour de la troisième section		13
le D ^r -méd. AUG. FOREL, D ^r jur. et phil. h. c., ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich, à Chigny près Morges (Suisse)		37
le D ^r GENNAT, directeur des prisons de Hambourg		41
J.-S. GIBBONS, C. B., président de la Commission générale des prisons d'Irlande		53
le D ^r LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ¹⁾		67
BERTRAND-VICTOR MARAMBAT, greffier-comptable de la maison centrale de Poissy		85
ANDRÉ PIONTHOVSKI, professeur à l'Université de Kazan		93

Rapports sur la deuxième question

	présentés par	
MM. le D ^r A. BÆR, conseiller intime, médecin en chef du pénitencier de Plötzensee, Berlin		99
le D ^r LADISLAS BÜBEN, médecin pénitentiaire		111
J. W. DEKNATEL, médecin de la prison cellulaire et de la maison d'arrêt de Bréda (Hollande)		121
le D ^r DELMARCEL, médecin des prisons, à Louvain		131
J.-S. GIBBONS, C. B., président de l'administration générale des prisons d'Irlande		143
le D ^r KOLB, ancien médecin du pénitencier de Kaiserslautern, à Munich		149

¹⁾ Au nom de la Société générale des prisons.

	Page
MM. le Dr DESIDER OKOLICSÁNYI-KUTHY, professeur agrégé à l'Université de Budapest, directeur du sanatorium populaire « Reine Elisabeth » près de Budapest	185
le Dr MARTIN DE PATTANTVUS-ABRAHÁM, médecin du pénitencier d'Illava et médecin honoraire du comté	199
le Dr N. THILTGES, médecin-adjoint à la prison de Saint-Gilles (Bruxelles)	229
LADISLAS DE URAY, directeur de la maison royale de force de Nagy-Enyed	247
GEORGES VIDAL, professeur à la Faculté de droit de Toulouse ¹⁾	271
le Dr J.-B. RANSOM, Physician to Clinton Prison, Dannemora, N. Y.: Tuberculosis in penal institutions of the United States	289

Rapports sur la troisième question

présentés par

MM. FUCHS, conseiller intime, président central de l'Union des Sociétés badoises de patronage à Carlsruhe	321
ERNEST PASSEZ, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation; président de la Société de patronage des jeunes adultes libérés à Paris	331
GEORGES PICOT, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques ¹⁾	335
J.-G. SCHAFFROTH, inspecteur des prisons et des établissements d'utilité publique du canton de Berne (Suisse)	343
JULES VEILLIER, directeur de la maison de correction cellulaire de Fresnes (Seine)	347

Rapports sur les progrès réalisés dans le domaine pénal et pénitentiaire depuis le Congrès de Bruxelles.

MODIFICATIONS INTRODUITES DANS L'ADMINISTRATION DES PRISONS EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES. Rapport présenté par Sir <i>Evelyn Ruggles-Brise</i> , K. C. B., président de la Commission des prisons d'Angleterre et du Pays de Galles, membre de la Commission pénitentiaire internationale	371
ETATS-UNIS. TENDANCES NOUVELLES DANS LA LÉGISLATION CRIMINELLE AMÉRICAINE, par <i>S.-J. Barrows</i> , délégué des Etats-Unis à la Commission pénitentiaire internationale	383
LES TRIBUNAUX POUR ENFANTS AUX ETATS-UNIS. Introduction d'un rapport rédigé pour la Commission pénitentiaire internationale par <i>M. Samuel-J. Barrows</i> , délégué officiel des Etats-Unis dans cette Commission	395
PROGRÈS RÉALISÉS EN ITALIE DANS LE DOMAINE PÉNAL ET PÉNITENTIAIRE. Notice communiquée par <i>M. le Comm. Alex. Doria</i> , directeur général des prisons d'Italie, membre de la Commission pénitentiaire internationale	411

1) Au nom de la Société générale des prisons.

	Page
RAPPORT SUR LE DÉVELOPPEMENT DU DROIT PÉNAL ET DU RÉGIME PÉNITENTIAIRE EN NORVÈGE, 1900—1905, présenté par <i>M. Frédéric Woxen</i> , secrétaire général du Ministère de la Justice de Norvège	421
APERÇU DU MOUVEMENT DANS LE DOMAINE DU DROIT PÉNAL ET DU SYSTÈME PÉNITENTIAIRE AUX PAYS-BAS. Note présentée par <i>M. le Dr J.-Simon van der Aa</i> , directeur général de l'administration pénitentiaire des Pays-Bas	459
EXPOSÉ SOMMAIRE DES PROGRÈS RÉALISÉS EN RUSSIE DANS LE DOMAINE PÉNITENTIAIRE, présenté par <i>M. A. de Strémooukhoff</i> , conseiller privé, chef de l'administration pénitentiaire de Russie	473
LES CONGRÈS PÉNITENTIAIRES INTERNATIONAUX ET LES PROGRÈS QUI S'Y RATTACHENT, par <i>William Tallack</i> , ancien secrétaire de l'« Howard Association », à Londres	515

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. BRÜCK-FABER,

administrateur des établissements pénitentiaires de Luxembourg.

Le Grand-Duché de Luxembourg a 240,000 habitants. La population quotidienne de nos prisons est en moyenne de 350 personnes: 300 dans les établissements pénitentiaires de Luxembourg (capitale), 50 dans d'autres prisons à courte peine n'excédant pas 2 mois.

Les établissements pénitentiaires de Luxembourg contiennent en ce moment 296 personnes dont 113 subissent une peine de détention d'au moins une année. Ces condamnés se divisent:

a) au point de vue de la *nationalité*: 85 indigènes et 28 étrangers;

- b) au point de vue des *infractions*: 48 condamnés pour attentats sur la personne (assassinat, meurtre, blessures graves), 43 pour vol, 15 pour attentats aux mœurs, 2 pour émission de fausse monnaie, 2 pour abus de confiance, 1 pour empoisonnement, 1 pour incendie volontaire, 1 pour tentative de déraillement d'un train;
- c) au point de vue de *l'âge*: âgés de moins de 21 ans = 20; de 21 à 30 ans = 56; de 31 à 40 ans = 26; de 41 à 50 ans = 7; de 51 ans et plus = 4;
- d) au point de vue des *professions*: 48 ouvriers d'industrie, 32 journaliers, 20 artisans, 6 négociants, 5 domestiques, 1 cultivateur, et 1 employé de l'Etat.

De ces 113 condamnés, 76, soit 67 %, ont commis leurs infractions dans un état d'ivresse plus ou moins prononcée. Cette proportion, qui est à peu près constante, prouve que, chez nous aussi, l'alcool est le grand fournisseur des prisons.

Comme moyens prophylactiques contre l'usage abusif de l'alcool, nous avons la loi du 2 mars 1885 sur la police des cabarets, et des « sociétés antialcooliques ».

La loi citée contient des dispositions relatives à la garantie morale à présenter par les débitants: Les condamnés à une peine criminelle sont privés pour toujours du droit de tenir cabaret. Cette interdiction est de plus prononcée, pour un terme de 6 mois à 5 ans, contre toute personne condamnée à une peine d'emprisonnement d'au moins un mois, comme auteur ou complice d'attentats ou outrages aux mœurs, prostitution ou corruption de la jeunesse, vol, escroquerie, abus de confiance, recel d'objets soustraits, banqueroute, jeu de hasard, recel de personnes poursuivies du chef d'un crime, recel du cadavre d'une personne victime d'un attentat, falsification de denrées ou boissons alimentaires, rébellion ou outrage envers des représentants de l'autorité judiciaire ou administrative ou des agents de la force publique.

Le droit de séjourner dans des débits de boissons alcooliques est soumis à certaines restrictions: Les débits restent fermés à partir de 10 heures du soir jusqu'à 4 heures du matin; dans les villes, chefs-lieux de canton et les localités

ayant au moins 2500 habitants, l'heure de retraite peut être reculée à 11 heures. Il y a exception pour les voyageurs inscrits sur les livres de logement, les débitants des gares d'une certaine importance, et les débitants en général à l'occasion de certaines fêtes populaires. En cas de contravention, les débitants et les hôtes sont passibles d'amendes. Défense est faite de plus, aux débitants, sous peine d'amende, de recevoir dans leurs établissements des personnes se trouvant en état d'interdiction ou sous conseil judiciaire, des jeunes gens âgés de moins de 17 ans qui, hors le cas de voyage, ne sont pas accompagnés d'une personne ayant autorité sur eux, et enfin des personnes en état d'ivresse; si l'ivresse survient dans l'établissement même, il est défendu au débitant de faire servir encore à boire à l'hôte intéressé.

Les personnes qui, par leur état d'ivresse, donnent lieu à scandale public, peuvent être arrêtées et retenues dans un local de sûreté jusqu'à la cessation de l'ivresse, et sont passibles de peines d'amende et d'emprisonnement. En cas de 3^e récidive dans les deux ans, le délinquant est de plus déclaré incapable d'exercer, pendant 1 à 5 ans, les droits suivants: fonctions, emplois ou offices publics, vote, élection, éligibilité, tuteur, curateur, ou membre d'un conseil de famille ou d'un conseil judiciaire, port d'armes, le droit de tenir école, d'être employé dans un établissement d'instruction comme professeur, maître ou surveillant.

Dans certaines villes, l'autorité locale a encore prescrit des mesures spéciales en vue de réagir contre l'usage abusif de filles de service de pousser à la consommation.

L'action des sociétés antialcooliques se manifeste par l'engagement de leurs membres à observer la tempérance, et par des conférences et la propagation de gravures représentant les ravages de l'alcoolisme, notamment son action morbide et dégénérante sur les viscères.

Pourtant l'expérience a démontré que toutes ces mesures préventives ne produisent pas le résultat désiré. Elles constituent certainement un frein assez sérieux déjà à l'intempérance, mais seulement vis-à-vis de ceux des consommateurs qui ont assez d'empire sur eux pour exécuter volontairement

les obligations imposées par les dispositions légales et statutaires précitées.

Par contre, elles restent généralement sans effet vis-à-vis des personnes dont les penchants pour les jouissances alcooliques sont particulièrement prononcés, et que leur énergie psychique est impuissante à dominer. Il semble dès lors indispensable de constituer pour ces malheureux des moyens prophylactiques plus efficaces.

En parlant de la consommation de boissons alcooliques, on peut diviser les consommateurs en trois catégories: les abstinents, les tempérants et les intempérants. Les abstinents et les intempérants forment les extrêmes, les tempérants le juste milieu.

Le mouvement qui se manifeste de l'abstinence vers la tempérance ou réciproquement de la tempérance vers l'abstinence, est étranger à la présente discussion. Ce qui intéresse particulièrement la pénologie, c'est de prévenir le déplacement du juste milieu vers l'intempérance resp. de provoquer le retour de l'intempérance vers le juste milieu.

Les boissons alcooliques offrent l'attraction de la jouissance sensuelle *immédiate*. Cette attraction domine sur celle de la tempérance vis-à-vis des personnes dont les penchants pour les boissons alcooliques sont plus ou moins prononcés, ce qui explique l'entraînement de ces personnes vers l'intempérance. Il s'ensuit que, pour arrêter cet entraînement, il importe d'affaiblir la force attractive de l'intempérance et d'augmenter celle de la tempérance.

La volonté de l'homme à elle seule suffirait sans doute pour dominer sur les penchants de l'alcoolisme, tous les penchants n'étant que des *sollicitations* s'adressant à la décision de l'homme. Mais pour que cette décision soit conforme à la raison, il faut que l'homme dispose d'une énergie psychique suffisante pour diriger la volonté. Or c'est précisément cette énergie psychique qui manque à l'homme affligé de penchants alcooliques. Il s'agit donc de déterminer la volonté de l'homme par d'autres moyens, et c'est la recherche de ces moyens qui forme le problème à résoudre.

Il y a deux facteurs puissants pour renforcer la volonté humaine: la crainte d'un *mal certain* et l'espoir d'un *bien possible*.

Pour que la crainte produise les effets voulus, il faut: que l'individu ait une connaissance parfaite de la nature du mal, qu'il puisse se former la conviction que le mal surgira nécessairement dans des conditions données, et enfin qu'il soit convaincu que le dommage auquel le mal l'expose, en est une conséquence nécessaire et inévitable.

Les conférences données par des anthropophiles au moyen de gravures représentant des viscères alcoolisés, ont pour objet de faire produire ces effets, mais elles ne remplissent leur but qu'imparfaitement, parce qu'elles ne frappent pas assez l'imagination: ou bien ces représentations iconographiques sont mal comprises, ou bien le spectateur, soupçonnant des exagérations, reste incrédule.

La conviction semble pouvoir être formée, d'une manière plus efficace, au moyen de la représentation *clastique* des organes afférents. En voyant les organes dans leur forme naturelle, démontables dans leurs détails essentiels, représentant les ravages de l'alcoolisme dans toute leur brutalité, le spectateur se trouverait placé devant une réalité indéniable et facilement compréhensible. Il serait saisi d'horreur en regardant l'estomac cancéreux, le foie atrophié, les reins urémiques, le cœur hypertrophié, les artères calcifiées. Quiconque a vu, dans un cabinet d'anatomie intime, les ravages de la débauche, peut pressentir facilement l'effet répulsif d'une pareille exposition pathologique.

Les organes clastiques proposés semblent dès lors pouvoir suppléer avantageusement les représentations iconographiques comme instrument prophylactique. Ils se prêteraient, mieux que les illustrations, à initier l'individu à la nature et aux conséquences du mal qu'il s'agit de combattre, et à inspirer la crainte salutaire à *effet continu*, qui forme l'une des forces exogènes nécessaires pour déterminer la volition.

Outre ces organes pathologiques, il serait nécessaire d'avoir encore des corps clastiques représentant les organes à

leur *état normal*, en pleine santé, ce qui permettrait une comparaison qui ferait ressortir d'autant plus vivement les effets destructeurs de l'alcool.

Tous ces éléments clastiques devraient être introduits dans les établissements d'instruction primaire, moyenne ou populaire, dans les casernes, prisons, hôpitaux, etc.

Les conférences devraient être rendues accessibles à tous les habitants et être espacées de manière à ne pas trop familiariser l'auditoire avec les organes exposés, ce qui pourrait en affaiblir l'effet. La participation de l'entourage de l'ivrogne à l'enseignement proposé donnerait à ses remontrances une plus grande autorité : ces remontrances, qui jusque-là se fondaient plutôt sur des considérations d'ordre fiscal, participeraient dorénavant du caractère d'une alarme causée par un ennemi dont on a appris à connaître la redoutable puissance.

Quant au rôle incombant dans l'espèce à l'administration pénitentiaire, il semble ne pas pouvoir différer de celui proposé pour la société libre. Le régime pénitentiaire, en effet, a pour objet essentiel de préparer le condamné au reclassement social dans les conditions d'une vie régulière. Les habitudes à inculquer dans ce but aux détenus -- j'entends viser les détenus à long terme soumis au régime éducatif — devront donc être telles que leur pratique puisse être continuée dans l'ambiance sociale. Dans le cas contraire, il pourrait y avoir, après la libération, une solution de continuité de ces pratiques, ce qui impliquerait l'anéantissement de l'action pénitentiaire. Il semble dès lors indispensable que l'ambiance pénitentiaire s'adapte, quant à la pratique des moyens d'amendement, dans la mesure du compatible, à celle de la société libre.

Dans cet ordre d'idées, je me demande s'il est bien logique de priver les détenus à long terme, d'une façon absolue, du vin ou de la bière, comme tel est généralement le cas.

L'habitude ne se contracte qu'avec le concours de la volonté, au moins passive, de l'homme. Or, cette volonté ne peut pas être présumée acquise pour l'abstinence absolue à l'égard de détenus qui, avant leur incarcération, étaient affligés de penchants d'intempérance. Aussi, ces abstinentes malgré eux,

en quittant la prison, tombent-ils facilement dans l'extrême contraire. Ils semblent éprouver le besoin de se rattraper sur le passé : en dégageant le ressort tendu, son élancement est proportionnel à sa tension.

Les penchants sensuels étant innés à la nature de l'homme, celui-ci n'a pas la puissance de les *supprimer* ; il ne peut donc pas être rendu responsable de leur *existence*. Mais il a le pouvoir de les *régler*, ce qui le rend responsable de leurs *excès*.

L'abstinence forcée des détenus, qui ne pourrait se justifier, au point de vue de l'action pénitentiaire, que comme moyen de supprimer les penchants alcooliques, semble dès lors illogique, d'abord parce qu'elle n'atteint pas la responsabilité du détenu, ensuite parce qu'elle tend à l'impossible.

Ce système semble donc devoir être abandonné vis-à-vis des détenus à long terme et être remplacé par celui de la tempérance, dont la pratique consisterait à accorder aux détenus recommandables par leur vie pénitentiaire, à leurs frais, une ou plusieurs fois par semaine, des boissons de société recommandables, vin ou bière — et en des quantités tolérables : demi-litre de vin ou une bouteille de bière.

Ainsi pratiquée, la tempérance, quoique forcée aussi vis-à-vis des intempérants, trouverait pourtant le concours de la volonté de ceux-ci, puisqu'ils y reconnaîtraient le juste milieu des jouissances alcooliques et s'y soumettraient d'autant plus volontiers que, dans la solitude pénitentiaire, ils ont pu — et ce sentiment est général — redouter et regretter les excès alcooliques.

Grâce au concours de la volonté des détenus, il serait donc possible, dans les conditions indiquées, d'amener la tempérance à l'état habituel, état qui trouverait sa consolidation par les conférences, au moyen des organes clastiques proposés.

Nous aurions ainsi, pour les détenus, deux éléments supplémentifs de l'énergie psychique : celui de la crainte du mal qu'ils partageraient avec la société libre, et celui de l'habitude qui leur serait propre.

Outre la force *répulsive* inhérente à la crainte d'un mal certain, il y a la force *attractive* se dégageant de l'espoir d'un bien possible. Ce bien, dans l'espèce, c'est la tempérance, avec l'épargne comme effet. C'est là un 3^e moyen supplétif de l'énergie psychique vis-à-vis des condamnés après leur rentrée dans la société.

La tempérance peut être la cause ou l'effet de l'épargne. Dans le premier cas, elle existe à l'état de vertu; dans le second cas, elle est le résultat d'une spéculation.

L'homme tempérant par vertu est en dehors de la présente discussion, qui ne concerne que l'homme disposé ou adonné à l'intempérance.

L'épargne ouvre la perspective d'un bien éloigné qui suffit, comme stimulant, à l'homme tempérant. Quant à l'homme intempérant, cette perspective ne résiste pas à la tentation de la jouissance immédiate. Pour lui, ce stimulant ne trouve son aliment que dans l'attrait de la spéculation. Si nous pouvons lui trouver cet attrait, l'épargne est pratiquée comme moyen de spéculation, la tempérance en sera la conséquence et notre but est atteint.

L'homme, en général, est tenu en haleine par un événement vivement désiré. Cet événement, fût-il en quelque sorte chimérique, la *possibilité* seule suffit pour entretenir l'espoir. La passion du jeu des loteries entre autres s'explique ainsi. On voit des cas où l'homme subit les plus rudes privations pour pouvoir satisfaire cette passion.

Si nous parvenons à mettre cette passion du jeu au service de l'épargne, l'attrait cherché serait peut-être trouvé.

Pour y arriver, il faudra nécessairement des sociétés d'épargne constituées sur des bases spéciales. Les sociétés actuellement existantes reposent sur la base de l'épargne *spontanée*. Celles à créer devraient offrir un *stimulant exogène* assez puissant pour dominer sur l'attraction de la jouissance alcoolique immédiate.

On a essayé chez nous, à l'occasion, de réaliser ce stimulant, en proposant la création d'une société de l'espèce qui a été acceptée en principe, mais dont la formation définitive a

rencontré certains obstacles qu'on espère pourtant voir disparaître bientôt.

Voici les principes de la société projetée.

La société se compose de personnes habitant la même commune et comprend des membres actifs et protecteurs. Chaque membre peut appartenir aux deux catégories à la fois.

Elle est administrée par des sociétaires qui sont élus aux $\frac{2}{3}$ parmi les membres protecteurs, au $\frac{1}{3}$ parmi les membres actifs. Les membres actifs paient une cotisation hebdomadaire uniforme, à la portée de toute bourse, de 10 centimes p. ex. Les membres protecteurs paieront une cotisation mensuelle minimum de 50 centimes.

La société est subsidiée par l'Etat et la commune. Le montant des subsides sera proportionnel au nombre des membres effectifs combiné avec le nombre des habitants de la commune.

Les cotisations sont employées à l'achat de titres à prime. Les subsides sont répartis chaque année entre les membres actifs, au prorata de leurs versements en cotisations pendant l'année précédente. Ils peuvent aussi être employés à secourir, au besoin, des membres actifs. En cas de tirage de titres à prime, le produit en est divisé en 4 parts: $\frac{2}{4}$ sont au profit des membres actifs, $\frac{1}{4}$ au profit des membres protecteurs, $\frac{1}{4}$ est employé à l'achat de nouveaux titres. La participation aux bénéfices est au prorata des cotisations versées pendant l'année précédente.

Les membres actifs ainsi que les membres de leurs familles sont préférés dans les travaux ou emplois publics, et dans ceux à offrir par les membres protecteurs.

L'exclusion de la société peut être décrétée en cas d'inconduite, surtout pour motif d'intempérance, et encore en cas de non-paiement de la cotisation pendant 3 mois, à moins d'excuse légitime.

Toutes ces clauses qui, suivant les lieux, comportent des modifications ou des extensions, tendent à l'application du principe de l'entraînement vers le bien, de l'individu par la communauté, du faible par le plus fort. L'entraînement par le plus

fort a lui-même aussi besoin d'être stimulé, ce qui explique la participation des membres protecteurs aux bénéfices à réaliser.

Les mesures proposées ci-devant en vue de diminuer la force attractive de l'intempérance par la crainte d'un mal et l'espoir d'un bien, semblent trouver encore un complément utile, indispensable même, dans la *diminution de la tentation* qui assiège le consommateur dans les débits de boissons alcooliques. Le débitant, dans les centres industriels surtout, ne voit souvent dans le client — j'entends viser particulièrement la classe ouvrière — qu'un instrument au service de sa fortune. Ne considérant que son intérêt personnel, celui du client ne le préoccupe pas. Que la bourse de celui-ci se vide, que sa santé s'altère, que sa raison s'égaré sous l'influence des boissons, tout cela laisse indifférent le débitant indigne. L'essentiel pour lui, c'est de vendre le plus de boissons possibles.

Cette situation présente un danger sérieux contre lequel il est urgent de réagir.

Parmi les moyens qui peuvent se présenter à cette fin, je me borne à relever les garanties de loyauté à exiger des débitants, et les récompenses à accorder à ceux d'entre eux qui se rendent méritoires en faveur de la tempérance.

Comme moyen de la première catégorie, il y aurait le système des concessions. Les débits de boissons constituent, de par leur destination, des établissements d'ordre public par excellence, dans lesquels le citoyen expose sa fortune, sa santé et sa raison. Le débitant devenant dépositaire momentané de tous ces biens précieux réunis, la société est certainement en droit de lui demander au moins les garanties qu'elle exige d'autres dépositaires publics auxquels elle confie des biens moins précieux. Si la liberté des professions comporte des restrictions dans l'intérêt de l'ordre social, ces restrictions semblent se justifier particulièrement dans l'espèce.

L'ouverture et la continuation des débits de boissons alcooliques semblent dès lors — comme cela se pratique d'ailleurs dans certains pays déjà — devoir être subordonnées à de sérieuses garanties personnelles à fournir par le débitant, surtout au point de vue moral.

Le système des récompenses, sous forme de subsides de l'Etat, est introduit dans beaucoup d'institutions sociales, à titre d'encouragement. Son extension en faveur de la tempérance serait certainement justifiée à tous égards. Comme dignes de primes annuelles d'encouragement, qui pourraient consister dans la réduction ou la remise de la taxe d'exploitation, on peut considérer ceux des débitants dans les établissements de qui il n'est survenu, pendant l'année, ni voies de fait, ni ivresse, ni contravention à la législation sur les cabarets. Ces primes pourraient être graduées selon que l'un ou l'autre de ces éléments seraient acquis isolément ou cumulativement.

Le système des primes d'encouragement instituées comme stimulants de l'activité humaine, trouverait ainsi un complément salubre dans l'intérêt du perfectionnement de l'humanité.

Conclusions.

Mes propositions se résument comme suit :

- 1° Fabrication, en masse, de corps clastiques représentant, à l'état normal et dans leurs affections alcooliques les plus avancées, l'estomac, le foie, le cœur, les reins et les artères de l'homme.
- 2° Introduction de ces corps, comme instruments de conférences, dans les établissements d'instruction primaire, moyenne et populaire, les casernes, prisons, hôpitaux, etc.
- 3° Abandonner, dans les prisons, à l'égard des détenus à long terme, le système de l'abstinence absolue de boissons alcooliques, et lui substituer celui de la tempérance, consistant dans l'octroi de vin ou de bière, aux frais des intéressés, en des quantités modérées, une ou plusieurs fois par semaine, à ceux des détenus à long terme qui se recommandent par leur vie pénitentiaire.
- 4° Constitution de sociétés d'épargne spéciales à subsidier par l'Etat et la commune, composées de membres actifs et protecteurs, et qui, au moyen de titres à prime, offrent aux sociétaires actifs l'espoir de bénéfices assez sérieux pour stimuler leur tempérance, et aux membres protecteurs l'espoir d'un bénéfice suffisant pour stimuler leur concours.

- 5° Soumettre l'ouverture des débits de boissons alcooliques à l'autorisation préalable de l'autorité publique, qui aurait à contrôler les garanties à présenter, à tous les points de vue, par le futur débitant vis-à-vis des consommateurs.
- 6° Récompenser, au moyen de primes d'encouragement, les débitants de boissons alcooliques dont les établissements se recommandent au point de vue de la tempérance.
- 7° Décréter des peines sévères, la déchéance même de la concession, vis-à-vis des débitants qui abusent des faiblesses des consommateurs.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r JULES DE CSILLAG,

professeur titulaire à l'université de Budapest, sur l'invitation à lui adressée par le Comité de la Société des jurisconsultes collaborant à la préparation du Congrès pénitentiaire international, sur les questions mises à l'ordre du jour de la troisième section.

Si l'on examine l'alcoolisme au point de vue purement pénal, il est deux choses qui demandent à être considérées de près.

La première, c'est l'ivrognerie elle-même, c'est-à-dire la punition qu'elle entraîne. Eh bien, sous ce rapport, certaines législations exigent que, pour pouvoir être punie, l'ivrognerie doit être scandaleuse. Et c'est le cas déterminé par le § 84 de

la loi hongroise XL de l'an 1879, bien que, pour ma part, l'existence de cet élément constitutif ne soit pas nécessaire du tout, puisque déjà toute ivrognerie qui s'exhibe en public est scandaleuse par elle-même.

Les données fournies sur l'ivrognerie et le grand nombre de contraventions réprimées par la justice pénale et correctionnelle des divers États, ainsi que les chiffres très précis donnés par certains de ces États, permettent de tirer des conclusions justifiées aussi bien sur la mesure dans laquelle s'étend la consommation des spiritueux que sur les conditions d'hygiène et de morale publiques des populations, et, enfin, sur l'efficacité des règles dont on use contre l'alcoolisme.

Au point de vue du droit pénal, la seconde conception, c'est-à-dire l'ivrognerie chronique ainsi que la criminalité des individus atteints de cette maladie, peuvent constituer les éléments sérieux d'un examen.

Il est évident que l'ivresse, aussi bien que l'ivrognerie, est souvent très étroitement liée à la perpétration de beaucoup de crimes; mais, tandis qu'il est facile d'établir l'ivresse et d'enregistrer les condamnations prononcées à la suite de l'ivresse, il est souvent très difficile de déterminer l'influence qu'a pu exercer l'ivrognerie sur l'accomplissement d'un crime. Dans certains cas, elle peut être l'initiatrice principale d'un forfait accompli, tandis qu'en d'autres circonstances elle ne fait que collaborer à son origine. Elle peut donc jouer le rôle de la cause principale ou celui d'une des causes ayant collaboré au crime.

Cette connexité de l'alcoolisme avec la criminalité ne peut donc être élucidée qu'à l'aide d'un examen approfondi conduit avec beaucoup de soin, et il y a lieu d'applaudir aux efforts que certains font en vue de voir cet examen étendu non seulement à l'influence elle-même, mais encore à la mesure plus ou moins importante dans laquelle elle s'exerce. Cependant, il faut bien le reconnaître, ce n'est pas là une tâche facile puisqu'elle exige l'individualisation la plus pénétrante et un examen des plus circonspect dans chaque cas particulier.

Passons à l'examen des divers États.

En *Angleterre*, les travaux d'une commission parlementaire, instituée dès l'an 1846, ont donné comme résultat acquis que les quatre cinquièmes des crimes commis sont dus à l'influence de l'alcoolisme. Plus tard encore, on a établi, soit à l'aide de commissions parlementaires, soit en ayant recours aux données statistiques fournies par la police, cette autre certitude d'après laquelle l'ivrognerie est l'instigatrice de la majeure partie des crimes commis. En outre des rapports de police y relatifs, ce sujet a été traité par les inspecteurs des prisons, les pasteurs et les juges qui, tous, ont fait connaître leur avis.

Parmi ces déclarations, celle faite par lord Coleridge est sans doute la plus intéressante et dit textuellement: « Si l'on pouvait réussir à rendre la sobriété à l'Angleterre, les neuf dixièmes des prisons pourraient être fermées. » Sir Bower, préfet de police de la ville de Liverpool, déclarait (1899) à la commission parlementaire que, selon toutes probabilités, 50 % des crimes et délits commis en Grande-Bretagne devaient être attribués à l'effet néfaste de l'alcool.

D'après les données statistiques de l'an 1896, il y avait dans le courant de cette année, aussi bien en Angleterre qu'au Pays de Galles, 609 individus mis en accusation pour ivresse sur chaque 100,000 habitants, et 671 individus accusés d'autres crimes ou délits. Les accusations portées pour ivresse constituaient donc la presque moitié de la totalité des mises en accusation, sans compter, au surplus, que dans les autres cas l'alcoolisme était pour une très large part dans la perpétration des crimes et délits, puisque, dans ces 609 cas, l'accusation portait directement sur l'ivresse comme action punissable en elle-même, et que l'on avait omis d'exprimer en chiffres l'influence que l'alcool avait exercée sur les individus au moment où ceux-ci perpétraient leur crime ou délit.

Après un examen approfondi de la question, Sir Mc. Hardy, président de la commission du service pénitentiaire, a évalué à 90 % le nombre des individus mis en prison grâce à l'influence directe ou indirecte de l'alcool. Il en est de même en ce qui concerne l'Irlande, où l'on attribue également à l'influence exercée par l'alcool 70 à 90 % de la totalité des crimes ou délits commis dans ce pays.

En France, on a établi que dans les départements où l'alcoolisme était très répandu, le nombre des actions criminelles augmentait en proportion, tandis que là où la consommation des spiritueux était moindre, le chiffre des affaires criminelles était de même inférieur.

C'est ainsi qu'on a pu fixer, dans le département de la Creuse, à 1.42 litre la quantité d'alcool par individu et à une le chiffre des condamnations prononcées par 1504 habitants, tandis que dans la Seine-Inférieure la consommation des spiritueux était de 13.92 litres par personne et le nombre des condamnations de une par 220 habitants.

L'on a également démontré que dans les années riches en vin le nombre des attentats commis contre la vie et la sûreté personnelle avait toujours augmenté en une notable proportion.

En Allemagne, on a également soumis cette question à un examen; et bien que là non plus la statistique officielle ne nous fournisse pas les données nécessaires, les observations privées de certains savants ne laissent pas que d'être édifiantes.

Le Dr Baer, qui a écrit son livre si connu sur l'alcoolisme, s'est adressé aux autorités et directeurs des prisons et des maisons de correction, en vue de recueillir les données grâce auxquelles il a pu établir que, sur les 32,837 individus détenus dans les 120 établissements de détention de l'Allemagne, 13,706, soit 41 % étaient des ivrognes. Sur ce nombre, il y avait 7269, c'est-à-dire 22.1 %, individus ivrognes d'occasion, et 6128, c'est-à-dire 20.4 % d'ivrognes invétérés. Dans ce total, les hommes figuraient pour 30,041 individus, les femmes pour 2796. En considérant le total des actions criminelles, l'influence de l'alcool peut être établie surtout dans les crimes suivants : dans les crimes d'assassinat la proportion des alcooliques est de 41 %; dans l'homicide volontaire, de 63.2 %; dans les cas de coups et blessures graves, de 74.4 %; dans les cas de coups et blessures simples, de 63.4 %; dans les affaires d'outrages aux autorités publiques, de 76.5 %; dans les attentats contre la pudeur, de 60.2 %. De ce qui précède, il ressort que l'influence de l'alcool se manifeste surtout dans les cas d'attentat contre la vie, la sûreté des personnes, l'ordre public et la pudeur.

Krohne affirmait, en 1883, que 70 % des actions criminelles commises en Allemagne étaient plus ou moins attribuable à l'influence exercée par l'alcool.

Dans son livre « Das Verbrechen und seine Bekämpfung » (Du crime et des moyens de le combattre) récemment paru, le professeur Dr Aschaffenburg dénonce l'alcool, tout en s'appuyant sur des données statistiques, comme la plus fatale cause des actions criminelles.

Il est évident que l'ivrognerie est pour une très large part dans les causes de la criminalité, et c'est surtout dans les attentats commis contre la sûreté de la personne, d'outrage porté aux autorités publiques, de violations de domicile, de vol du bien d'autrui, d'attentats à la pudeur que cette néfaste influence de l'alcool s'annonce directement.

Il n'est pas sans importance de considérer que plus d'un tiers des cas de coups et blessures tombent sur le dimanche; mais ce qui caractérise d'une manière tout à fait typique l'effet exercé par l'alcool dans les cas de coups et blessures, c'est ce fait indiscutable, qui démontre à n'en pouvoir douter, que là où la consommation des spiritueux est plus grande qu'ailleurs, le nombre des cas de coups et blessures l'est également. En Allemagne, par exemple, une période de 15 ans donne la proportion de 1.33 % de coups et blessures graves par 1000 habitants. Mais ce pourcent augmente en des proportions énormes lorsqu'il s'agit des régions spéciales de consommation de l'alcool, de régions vinicoles telles que le Palatinat par exemple. Là, le nombre des cas est de 4.81 %; dans la Haute et la Basse Bavière il est de 3.52 à 4 % dont la cause doit être attribuée à un excès de consommation de la bière. Dans les régions de Bromberg, particulièrement adonnées à l'usage des spiritueux, le pourcent des cas de coups et blessures est de 3.44 pour le même nombre d'habitants et la même période d'années.

En face de l'accroissement proportionnel du nombre des jeunes criminels pendant les derniers lustres, ainsi qu'en face de l'augmentation sans cesse croissante du nombre des criminels adultes, en général, l'on constate en Allemagne une augmentation à peine perceptible, durant ces derniers temps, des actions criminelles commises par des femmes. C'est donc à

peine s'il est permis de douter encore que cet effet doit être attribué à l'influence de l'alcool.

En outre du rôle qu'il joue dans les attentats dirigés contre la vie et la sûreté des personnes, l'usage de l'alcool fait naître encore des dispositions toutes spéciales et incite à mettre le feu quelque part. Sur un total de condamnés pour des faits de cette nature, il n'y avait pas moins de 47 % d'alcooliques, et les débats relatifs à certains faits d'incendie volontaire ont démontré que, après avoir consommé une certaine quantité d'alcool, des individus ordinairement sobres et inoffensifs avaient été exposés, sous l'empire d'une singulière auto-excitation, à mettre le feu.

En ce qui touche l'*Autriche*, nous manquons, il est vrai, de données officielles de statistique établissant la connexité des actions criminelles avec l'abus de l'alcool. Cependant il y eut des personnes qui, privément, se sont occupées de cette question, et le Dr Loeffler, professeur à l'Université, expliqua cette connexité au Congrès antialcoolique tenu à Vienne en 1901. Il y fit connaître une foule de données intéressantes et tirées des victimes des tribunaux criminels.

Le pourcent était élevé surtout dans les cas d'outrages portés aux autorités et fonctionnaires publics. En 1897, il n'y eut pas moins de 258 individus condamnés de ce chef à Vienne, et sur ce total il y avait 198 personnes qui étaient en état manifeste d'ébriété au moment où elles commettaient leur délit.

Sur un total de 130 individus condamnés durant cette même période et dans la même ville pour coups et blessures graves, il y eut 75 ivrognes, sans compter les personnes en état complet d'ivresse dont la punition ne relève pas des tribunaux criminels.

Sur un total de 687 individus détenus pendant l'année 1899 dans les prisons et maisons de correction de Prague, il n'y eut pas moins de 380 alcooliques, c'est-à-dire 55.3 %.

En *Russie*, l'examen des actions criminelles et des circonstances et causes qui les ont déterminées, a donné le résultat ci-après : sur les 10,000 affaires examinées par *Grigorieff*, 7658 tombaient sur Saint-Petersbourg et 2342 sur les

territoires du gouvernement du même nom. Dans la période comprise entre 1883 à 1898, les délinquants dans les 40.5 % des cas étaient ivres et l'ivrognerie pouvait être établie dans les 44.9 % des affaires. Sur les 3226 affaires criminelles jugées dans la période comprise entre 1885 et 1894 par le tribunal du district de *Kasan*, 42.68 % des cas étaient en connexité avec l'ivrognerie (données Kroll).

En *Suède*, la statistique officielle s'occupe également de ce sujet, et cela en vertu de l'instruction du 18 décembre 1886. Les pasteurs employés dans les établissements de détention sont tenus d'adresser à la direction des prisons un rapport sur tous les individus détenus dans l'établissement, condamnés aux travaux forcés ou à une peine privative de la liberté non convertissable, qui ont commis leur action criminelle en état d'ivresse, ou qui étaient atteints d'ivrognerie chronique avant la perpétration de leur crime ou délit.

Les questionnaires ainsi remplis firent ensuite l'objet d'un rapport résumé par M. Wiselgreen, directeur des prisons, et les données obtenues de cette manière ont été présentées au Congrès pénitentiaire tenu à Bruxelles en 1900.

Nous empruntons à ce rapport les résultats ci-après : pendant la période comprise entre 1887 à 1897, le nombre des individus détenus dans les établissements de détention soit pour avoir été condamnés à une peine privative de liberté non convertissable, soit aux travaux forcés par mesure de punition, avait été de 24,398 hommes et de 3054 femmes. Sur ce total il y eut 17,374 hommes, ou le 71.2 %, et 360 femmes, soit le 11.8 %, qui rattachaient leur action criminelle à l'usage des boissons spiritueuses.

En *Suède*, l'ivresse elle-même est réputée action criminelle si elle se manifeste sur la voie publique, dans les rues, sur les places ou lieux publics. On peut se faire une idée du nombre des individus condamnés de ce chef si l'on sait que, sur un total de 78,614 personnes condamnées dans la période comprise entre 1892 à 1897 à des peines convertissables pour une raison quelconque, 54,063 individus, c'est-à-dire 68.7 % étaient redevables de leur punition à l'ivrognerie manifestée soit par elle-même, soit en connexité avec une autre contravention.

Pour la *Norvège*, ce fut Bang qui fournit des données au III^e Congrès antialcoolique tenu à Christiania en 1890. D'après ces données il y eut, du 1^{er} juillet 1886 au 30 juin 1889, un nombre total de 992 hommes et 240 femmes admis dans les établissements de détention de la Norvège. Sur ce total, il y eut 509 hommes, ou le 51.3 % et 38 femmes, soit 15.8 %, c'est-à-dire un total de 547 individus, ou 44.4 % adonnés à l'ivrognerie. Et sur ce nombre de 547 condamnés, il y en avait 218 qui avaient commis leur action criminelle en état d'ivresse.

En *Italie*, Rossi Virgilio a trouvé 56 alcooliques sur un total de 69 individus retenus en détention préventive, ce qui ne laisse pas que de constituer un respectable pourcent. Là non plus les autorités ne dressent aucune statistique officielle à ce sujet.

En *Belgique* aussi l'on a recueilli des données relatives à cette question, et ce furent les prisons de Gand, de Liège, d'Anvers et de St-Gilles qui fournirent, durant les années de 1876 à 1896, les données relatives aux individus détenus dans les établissements de détention.

Cette enquête a donné comme résultat les chiffres suivants : sur un total de 4202 hommes soumis à une observation ayant pour but de fournir des données statistiques, 1998, c'est-à-dire 47.5 %, étaient atteints d'ivrognerie chronique ; parmi les femmes, la proportion était moindre, puisqu'elle ne s'élevait qu'à 24.8 % d'alcooliques.

D'après les données contenues dans le livre du D^r Aschaffenburg, ci-dessus mentionné, il y avait en Belgique, durant une période de 24 ans, un total de 59.9 % d'alcooliques parmi les condamnés à mort, et 54.6 % parmi les individus condamnés aux travaux forcés à perpétuité.

Pour ce qui est de la *Hollande*, nous n'avons pas de données détaillées. D'après *Visscher*, 75 à 80 % au moins des actions criminelles ont été commises sous l'influence pernicieuse de l'alcool.

En *Suisse*, on fit un relevé de données de statistique vers l'an 1890, et ce furent les directeurs de prison qui en avaient été chargés.

Les proportions, exprimées en pour-cent, étaient les suivantes : pendant que l'internement portait sur un total général de 5243 personnes, hommes et femmes y compris, 9.8 % des hommes et 2.7 % des femmes devaient leur punition absolument et exclusivement à leur ivrognerie, 25.9 % des hommes et 10 % des femmes devaient leur incarcération soit à l'ivrognerie seule, soit à l'ivrognerie figurant comme cause « unique » ou « principale » dans l'accomplissement de l'action criminelle. Mais en examinant l'ivrognerie comme « cause concomitante principale » (car l'examen portait aussi sur ce détail) les proportions s'élevaient à 38 % chez les hommes.

En continuant cet examen de l'ivrognerie figurant dans les crimes à titre de « cause concomitante », et en ajoutant ce nouveau contingent aux chiffres obtenus ci-devant, le total des victimes de l'alcoolisme s'élevait à 38 % chez les hommes, à 28 % chez les femmes et à 36.4 % sur le total général des condamnés.

Ces chiffres et aussi les précédents, dit M. Hélénius, qui dans son livre (« Die Alkoholfrage ») communique ces données, ne doivent être considérés qu'à titre de chiffres officiels minimaux, et c'est, en même temps, la raison pour laquelle il faut y attacher une plus grande importance, car dans la réalité ils peuvent être de beaucoup supérieurs. J'estime que M. le D^r Guillaume est dans le vrai lorsque, comme il l'a fait au Congrès pénitentiaire tenu à Londres en 1872, il affirmait que 50 % au moins des actions criminelles étaient perpétrées par des alcooliques, ou, tout au moins, étaient commises sous l'influence exercée par l'alcool.

Dans les *Etats-Unis de l'Amérique du Nord* on attache une non moins grande importance aux recherches appelées à fixer et à établir la connexité de l'alcoolisme avec les actions criminelles. A New-York on estime de 85 à 90 %, à Philadelphie à 80 % le chiffre des actions criminelles dues à l'ivrognerie. Mais c'est dans l'Etat de Massachusetts que ces recherches se font avec le plus de soin, car elles remontent jusque dans la vie antérieure du condamné. Le résultat ainsi obtenu n'a pas laissé que d'être effrayant dans ses conclusions : 82 à 84 % de la totalité des actions criminelles commises peuvent être

ramenées à l'action funeste de l'alcool. D'après *Héliénus*, ce résultat est d'autant plus stupéfiant, que cet Etat avait, jadis, lui-même frappé de prohibition toutes les boissons alcooliques, et le mouvement anti-alcoolique y est aujourd'hui même encore très prononcé.

En *Hongrie*, les dispositions existant contre l'alcoolisme sont absolument insuffisantes, et la statistique pénitentiaire ne dresse aucune donnée relative à l'alcoolisme. L'ivresse est punie d'une petite amende (§ 84 du Code de contravention) chez l'homme qui paraît en lieu public dans un état d'ébriété scandaleuse. Mais l'ivresse dans un lieu public devrait constituer en elle-même déjà un fait punissable, attendu qu'elle menace sans cesse l'ordre public.

Le § 89 de cette même loi frappe d'une amende celui qui cherche à enivrer autrui, ainsi que le débitant qui sert des spiritueux à un homme qui est déjà en état d'ébriété.

Ces amendes augmentent si les contraventions portent sur des mineurs. En cas de récidive réitérée, le contrevenant peut être frappé d'une interdiction d'exercer son métier pendant une durée qui varie entre trois mois et un an, si deux années ne se sont pas écoulées encore depuis la dernière contravention punie.

Le § 74 de la même loi punit la non-observation du couvre-feu, aussi bien le débitant que son hôte, et contient des dispositions relatives au contrôle à exercer par les autorités à ce sujet.

La procédure de contravention relève de la compétence des autorités administratives; mais comme les agents de la sûreté publique, gendarmes, gardiens de la paix et autorités communales n'aiment pas dénoncer les cas de contravention portés à leur connaissance, se contentant généralement de sévir en cas de contraventions des plus flagrantes, l'on se trouve en face de l'impossibilité de frapper parce que personne ne veut se charger de recueillir les témoignages, et que personne n'est là pour soutenir l'accusation.

Il y aurait lieu également de rendre plus sévères les dispositions pénales concernant la responsabilité des débitants et cabaretiers que l'on devrait obliger à porter à la connais-

sance de la police municipale tous les faits contraires à l'ordre public se commettant dans leurs débits et établissements.

Il existe bien certains municipes, comme celui de *Trencsén* par exemple, qui ont enjoint à leurs autorités communales et agents de l'ordre public, de dénoncer toutes les contraventions portées à leur connaissance; mais ce ne sont là que des exceptions, et ces instructions mêmes ne sont pas toujours observées.

Mais même en ce qui concerne le peu de données statistiques dont nous disposons, il n'est pas possible d'en faire ressortir l'effet qu'exerce chez nous l'alcoolisme.

La circulaire N° 5401, publiée par le ministère de justice le 10 décembre 1899 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1900, circulaire qui a inauguré le système du bulletin individuel, n'est certes pas sans présenter beaucoup de bonnes qualités. Elle ordonne de dresser des bulletins individuels de toutes les personnes ayant fait l'objet d'une plainte portée contre elles pour crime ou délit et ayant été frappées par un jugement ayant force de chose jugée; de toutes les affaires de contraventions portées devant le tribunal d'arrondissement; enfin, de tous les individus détenus dans les prisons des parquets et tribunaux d'arrondissement, pénitenciers, établissements de détention. Elle oblige bien les autorités compétentes à envoyer ces bulletins individuels au bureau de statistique, mais ces bulletins ne fournissent aucun renseignement permettant de juger la marche ascendente suivie par l'alcoolisme. Il me semble qu'il serait facile d'ouvrir une colonne destinée à mentionner en combien de cas l'ivrognerie avait été invoquée comme circonstance atténuante, combien de personnes auraient été acquittées par an pour cause d'irresponsabilité, etc.

Au point de vue des circonstances particulières à la *Hongrie*, M. le D^r Philippe Stein a adressé, dans le courant de l'année 1903, une circulaire-questionnaire à tous les parquets et directions de prison. Mais, écrit-il à la page 47 de son livre de « L'alcoolisme » paru à Budapest en 1903, seuls les dépôts de Budapest, les prisons de Debreczen, Keeskemét, Ipolyságh et Fehértemplom lui ont fourni des données sur les conjonctures régnant dans ces établissements. Quant aux autres, ils

se contentèrent de répondre simplement qu'on ne tenait aucune comptabilité statistique de cette question. Les données ainsi obtenues lui ont cependant permis d'établir que, sur un total de 1098 individus condamnés, il y eut 490 alcooliques, c'est-à-dire 44 %.

L'on pourrait arriver à une conclusion instructive si l'on pouvait disséquer la procédure pénale de nos tribunaux au point de vue de la criminalité des alcooliques, à l'instar de ce qui a été fait par le Dr Loeffler avec la procédure des tribunaux impériaux de Vienne et Korneubourg.

* * *

La réponse faite à la seconde partie de la question ne pourrait être satisfaisante que si l'on embrassait en même temps tous les points de vue généraux auxquels les législations pénales sont appelées à se placer par rapport aux crimes commis par les alcooliques et aux peines à leur infliger, et que l'on tînt compte des idées et projets qui se sont produits sur ce terrain, ou tout au moins en ce qui concerne les principaux.

Dans les cercles de jurisconsultes, ce thème fait l'objet d'une certaine prédilection, surtout depuis que le code civil allemand a ordonné la mise sous tutelle pour cause d'ivrognerie. Et le résultat en a été que cette discussion, menée simultanément avec celle qui se rapporte à la question du droit privé, a fait naître également une foule d'idées dans les cercles de droit pénal.

A ce propos, je me bornerai à citer la revue allemande « Juristisch-Psychiatrische-Grenzfragen » (questions de limites juridico-psychiques) paraissant à Halle dans l'édition de M. Charles Marhold, et dont le 4^e fascicule renferme une conférence tenue par le professeur Endemann de Halle, au IX^e congrès anti-alcoolique sur la mise sous tutelle des ivrognes. Il publia cette conférence après l'avoir refondue et enrichie de nouvelles idées qui méritent d'attirer l'attention de tous les spécialistes. Il y différencie notamment l'ivresse d'avec l'ivrognerie chronique (maniaque) et celle-ci d'avec l'ivrognerie simple. Certains membres du susdit Congrès avaient classé

l'ivresse aussi parmi les maladies mentales; mais sur ce terrain l'auteur nous met en garde contre nous-mêmes, et déclare que ce serait pécher contre tout sentiment de droit que de vouloir considérer l'ivresse comme un motif qui, ipso facto, exclut toute punition. Il estime que l'homme ivre est également responsable pénalement, sauf à classer cette responsabilité dans une phase précédente, c'est-à-dire à déclarer que l'homme ivre est responsable parce qu'il s'est mis en état d'ivresse. En effet, il faut supposer que chaque individu doit connaître et les effets que produit l'alcool et la mesure de ses propres forces de résistance à lui. Ne doivent constituer une exception à cette règle générale que ceux des cas d'ivresse, qui ont pour base un état maladif, la nervosité, l'épilepsie et la faiblesse mentale, constituant tous des cas d'ivresse pathologique dont l'appréciation forme certes une très lourde et difficile tâche pour le juge appelé à prononcer.

Je suis d'avis qu'il y a lieu d'établir une différence entre l'ivresse et l'ivrognerie chronique, cet état pathologique qui entraîne quelques-uns irrésistiblement vers la consommation des boissons, une sorte d'état maladif de la cervelle qui subsiste à l'état permanent et le différencie d'avec l'ivresse accidentelle.

Considérée sous ce point de vue, l'ivresse n'implique pas nécessairement l'absorption constante d'une grande quantité d'alcool par un individu alcoolique quelconque. Il y a lieu de considérer plutôt que l'ivrogne chronique réagit d'une autre manière sur l'alcool qu'un individu à état normal, et que des causes et des phénomènes différents se manifestent dans sa manière de penser et d'agir.

Parmi les individus atteints d'ivrognerie chronique, il y a lieu de distinguer les *ivrognes aliénés* chez lesquels l'intolérance contre l'alcool et l'incapacité de résister a pour cause une faiblesse d'esprit innée ou des lésions cérébrales ultérieures, une anomalie intellectuelle. Ceux-ci doivent être mis sous tutelle en leur qualité d'aliénés, tandis que les *ivrognes chroniques invétérés*, c'est-à-dire ceux qui souffrent d'un alcoolisme induré (*ivrognes habituels*), seront placés sous tutelle en vertu de dispositions spéciales de la loi (loi civile, § 6, N^o 1).

Les ivrognes habituels perdent leur capacité de résistance contre le poison de l'alcool, non pas en une fois, brusquement, mais en passant par une longue succession de degrés parcourus les uns après les autres. Le sentiment du devoir moral s'affaiblit; ils dépensent en boissons l'argent nécessaire à l'entretien de la famille; ils sont grossiers à l'égard de leurs femmes et de leurs enfants; ils négligent leurs affaires et résistent aux injonctions de l'ordre public; ils blessent la pudeur publique; jaloux et rageurs, ils se jettent sur leurs femmes et leurs enfants qu'ils brutalisent, tandis qu'ils perdent l'aplomb et s'aplatissent lâchement devant toute personne qui leur oppose une résistance énergique.

En outre des projets que l'auteur propose d'introduire sur le terrain de droit civil, il s'étend aussi sur les questions de droit pénal. Il démontre les abominables crimes à la perpétration desquels l'alcool entraîne sans cesse ceux qui s'y adonnent, ainsi que la désespérante situation dans laquelle se trouvent, par contre, les juges appelés à statuer. La plupart du temps, l'excuse invoquée c'est l'ivresse. L'accusé prétend avoir été en état complet d'ivresse au moment où il a perpétré son crime et que cet état exclut a priori toute responsabilité. Puis on apporte un certificat médical établissant qu'il y avait une cause qui anéantissait totalement, ou en partie tout au moins, toute manifestation de libre volonté. Dans cette occurrence, le juge se trouve placé devant l'alternative ou de condamner l'ivrogne en ne tenant aucun compte de son irresponsabilité, ou de prononcer son acquittement avec la certitude de le voir revenir sous peu et accusé d'un nouveau crime.

Aucune de ces deux sentences ne satisfait. Le sentiment de droit de la nation exige un remède à cet état de choses, car il est inadmissible que l'individu dangereux puisse glisser des mains du tribunal en vertu d'un certain privilège; au nom de la sûreté commune, il faut que le juge dispose du droit de le renvoyer dans un établissement de guérison pour ivrognes.

En conséquence, il propose que tout individu condamné pour crime menaçant la sûreté publique, coups et blessures graves ou attentat contre la pudeur commis en état d'ivresse, ou acquitté par le tribunal parce que, au moment de com-

mettre son crime, il était frappé d'irresponsabilité due à l'usage abusif de l'alcool, soit envoyé, en outre de la peine à lui infliger, ou en lieu et place de cette même peine, dans un établissement de guérison destiné à recevoir les ivrognes. La durée du traitement obligatoire serait fixée par le jugement même et ne pourrait aller au delà de deux ans. Les parquets auraient pour obligation de faire exécuter le jugement, et le traitement obligatoire pourrait être imposé pour un temps illimité jusqu'à ce que guérison s'ensuivît; l'on pourrait établir, en outre et en même temps, que toute plainte portée pour refus de mise en liberté, devra être déposée au parquet et, en cas de décision négative rapportée par le parquet, au juge criminel lui-même.

La nécessité de la création d'établissements spéciaux, destinés à la guérison des ivrognes, a été affirmée déjà par le Dr Bær « Der Alkoholismus » (première édition, page 906). La question à résoudre se pose ainsi: Faut-il placer les alcooliques qui ne sont pas encore atteints d'aliénation mentale dans les asiles ordinaires d'aliénés afin d'y être traités et guéris?

L'éminent Dr Joseph Parrish dit: « Interner les ivrognes dans un seul et même asile ou établissement avec les aliénés, voilà une chose qui ne me paraît pas recommandable et que l'on ne saurait tolérer. Oui, l'amélioration des ivrognes peut être obtenue si on les place dans des établissements, dans des asiles spéciaux. Par contre, cette guérison ne peut être espérée si on les interne dans une maison d'aliénés », et le savant docteur ajoute: « Soit que l'internement des ivrognes ait lieu sur l'intervention de l'Etat qui veut les punir en même temps que guérir, soit qu'il se fasse sur initiative privée, dans le but d'écartier un danger temporaire ou d'obtenir un amendement durable, il ne peut avoir lieu ni en ayant recours à la prison, ni en faisant appel à l'asile d'aliénés. » Ici il faut des établissements spéciaux comme ceux des asiles pour ivrognes (Inebriate Asylums) créés dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord. Le premier de ces asiles fut inauguré en 1857 à Boston, puis ce fut au tour de New-York en 1867, et ainsi de suite jusqu'à ce que chaque Etat de l'Union eût son refuge, certains d'entre eux même plusieurs.

Evidemment, continue le D^r Bær, il est excessivement difficile de nettement circonscrire l'idée de l'ivrogne habituel. On peut classer parmi les ivrognes habituels même l'homme qui s'est déjà entièrement habitué à l'usage des spiritueux et chez lequel le fonctionnement essentiel de l'organisme souffre des troubles causés par l'abstinence; c'est le cas, par exemple, chez un homme qui a pris l'habitude de boire de l'alcool avant de se coucher et que le sommeil fuit par suite de l'absence de la dose habituelle de spiritueux, ou qui, pour citer un autre exemple, est incapable de prendre son repas ou d'exécuter un travail dans un certain moment donné, uniquement parce qu'il n'a pas bu de l'alcool.

Mais l'ivrognerie considérée sous ce point de vue n'a pas du tout la même signification, et elle n'acquiert de l'importance devant la loi que dans le cas où *l'intérêt moral ou matériel de l'ivrogne même ou de sa famille commence à en souffrir, ou que la sûreté publique est exposée à se voir insultée.*

Les condamnés atteints de responsabilité limitée purgent leur peine, conformément à la législation actuellement en vigueur, dans les prisons ordinaires; mais d'éminents juristes et psychiatres commencent, depuis quelque temps déjà, à réclamer pour ces hommes des établissements à aménagement spécial.

La Société internationale de droit pénal s'occupa notamment dans une de ses dernières sessions nationales d'Allemagne et par la voie de M. le D^r Delbrück, directeur de l'asile d'aliénés de Brême, de la question relative au régime à appliquer aux individus atteints de responsabilité limitée. Le savant docteur désirerait modifier le § 51 du code pénal allemand de manière à ce que la loi fût forcée de prendre en considération la responsabilité limitée pour tous ceux qui se trouvent sur la limite de l'aliénation mentale et de l'état normal. Il ne faut pas que ces individus soient punis moins sévèrement, et ce qu'il demande ce n'est pas une peine de moindre durée, mais bien plutôt une punition ayant un autre caractère. Chaque fois que le juge aurait affaire à un crime commis en état d'ébriété, il devrait être tenu à examiner si l'accusé n'est pas atteint

d'ivrognerie chronique et décider dans son jugement de ce qu'il y aurait à faire avec les individus qui avaient été acquittés pour avoir commis un crime en état d'ivresse.

En Angleterre, on les envoie simplement dans les établissements d'Etat pour la correction des ivrognes (State-Reformatories), et en Norvège (voir ci-dessous) dans les établissements de guérison pour ivrognes; ces derniers ont cependant en même temps le caractère d'une maison de force.

M. le professeur de Liszt, second rapporteur de la question, a reconnu et prouvé par des exemples que la responsabilité ne peut, quelquefois, être considérée comme exclue dans l'accomplissement de certains crimes, mais seulement limitée dans une mesure considérable.

La démonstration de ces cas ainsi que leur discussion détaillée, ne relèvent pas de la compétence des juristes, mais plutôt de celle des médecins. Il désirerait que ces criminels fussent punis moins sévèrement, qu'ils purgeassent leur peine privative de la liberté dans des établissements ou locaux spéciaux et en prenant en considération les principes de la science médicale, consentant, en outre, à ce que ces criminels, reconnus dangereux par les experts, fussent internés par décision du juge dans des établissements de guérison ou de traitement rationnel. Il dit qu'il serait désirable que l'exécution de cette décision du juge fût confiée à l'autorité administrative compétente. Si le condamné peut être puni, son internement dans un établissement de cette nature ne peut avoir lieu qu'après avoir purgé la peine qui lui aura été infligée; dans le cas contraire, l'internement dans cet établissement devra être considéré comme si le condamné purgeait sa peine dans un établissement de détention, et l'internement devra être maintenu jusqu'à ce que tout danger ait cessé d'exister.

Ces deux rapports furent l'objet d'un vif débat auquel prirent part juristes et docteurs, et la réunion, agissant conformément à l'opinion unanime exprimée par tous les orateurs, adopta les principes conformes à ces rapports, délégua une commission chargée de recueillir tout ce qui avait été écrit sur cette question et d'élaborer un projet de loi qui correspondrait à ces idées.

Il est hors de doute que les débats des prochaines réunions de jurisconsultes rouleront autour de cette question dans une mesure de plus en plus large.

La Société hongroise des jurisconsultes s'est également occupée de cette question de la responsabilité limitée, qui a déjà été discutée dans plusieurs séances de cette société tenues au printemps 1903 et où nombre de médecins et de psychiatres sont entrés en lice et réclamaient l'inscription, dans les lois, de la responsabilité limitée, appuyant tout particulièrement sur la nécessité absolue de créer des établissements spéciaux pour des individus de cette catégorie.

Le code pénal de Norvège, qui est la plus récente création sur ce terrain de la codification pénale, a introduit dans le chapitre relatif aux peines cette disposition en vertu de laquelle l'accusé peut être placé dans une maison d'aliénés ou dans une maison de force aménagée pour ivrognes, dans le cas où il aura été acquitté pour irresponsabilité, ou si l'existence d'une responsabilité limitée aura été reconnue comme circonstance atténuante et, enfin, s'il aura décidément été reconnu dangereux pour la sécurité publique.

En son essence, ce n'est pas là autre chose qu'une disposition préventive. Mais comme en vertu de ce chapitre de la loi *ces asiles d'ivrognes sont non seulement des établissements de guérison, mais encore des maisons de travail*, les condamnés qui y sont internés ne peuvent considérer ces établissements chargés de l'exécution de la peine comme des asiles présentant toutes les commodités.

Ces établissements ne se contentent pas de guérir ceux qui y sont internés, mais ils possèdent encore un certain caractère de pénalité. Il est bien entendu que tout leur aménagement doit, en tous points, différer de celui des asiles ordinaires d'ivrognes.

Je pense que voilà la voie qu'il nous faut suivre si nous tenons à donner à la question une solution tant soit peu équitable.

* * *

Bien que les règlements intérieurs des pénitenciers laissent peu de champ libre à l'usage des boissons alcooliques, ils n'en

contiennent pas moins plus d'une disposition qui est de nature à alimenter l'alcoolisme au sein des détenus et à l'invétérer plutôt qu'à l'en extirper.

Le temps plus ou moins long que le détenu passe dans l'établissement de détention pourrait amener un changement du tout au tout dans sa manière de vivre, la guérison absolue de sa passion malade. Mais, au lieu de cela, nous assistons à une autorisation, accordée à de rares exceptions il est vrai, et dans une mesure très limitée, c'est encore vrai, de pouvoir faire usage de spiritueux; la seule promesse alléchante de recevoir de l'alcool est parfaitement bien faite pour entretenir dans l'âme de ces hommes l'irritation malade qui les pousse vers les boissons spiritueuses, et le fait même de la rareté de cette autorisation accordée à de longues périodes d'intervalle, donne à l'alcool le caractère d'une sorte de prime, augmente encore cette irritation, fait considérer cette boisson comme un aliment reconnu par l'autorité qui, pour ainsi dire, le recommande aux détenus.

Les règlements de nos prisons admettent dans certains cas déterminés et jusqu'à une certaine mesure la consommation du vin, limitée de temps à autre. Cependant ce n'est pas seulement l'habitude de la consommation de l'eau-de-vie qui aggrave le danger de l'alcoolisme; chez nous, pays vinicole par excellence, les ivrognes sacrifient surtout au jus de raisin, souffrant des conséquences de cette passion. L'interdiction doit, par conséquent, s'étendre non seulement à l'usage de l'eau-de-vie, mais à toutes les boissons spiritueuses, exception faite, bien entendu, en ce qui concerne les ordonnances médicales.

On ne peut donc applaudir à cette autorisation qui permet aux détenus de faire usage du vin à titre de faveur exceptionnelle, pas même sous la forme instituée par le § 37 de la circulaire ministérielle n° 2106, du 9 août 1880, qui admet cette autorisation comme faveur exceptionnelle accordée aux sujets faisant preuve d'une bonne conduite particulièrement remarquable, à raison de un demi-litre par semaine pour les détenus et de un demi-litre tous les quinze jours pour les condamnés dans les prisons et pénitenciers de la Hongrie. La

même quantité leur est accordée le jour de l'anniversaire de Sa Majesté et le jour du roi St-Etienne.

Je condamne comme un défaut de notre système pénitentiaire cette disposition des règlements de prison qui permet aux condamnés d'employer, pendant la durée de leur peine, une partie de leur salaire à l'achat d'articles alimentaires et autres. Evidemment, il n'y a aucune objection à élever contre cette disposition qui admet qu'un condamné puisse retenir une partie de son salaire, attendu que cela peut exercer sur lui un effet correctif et favoriser le développement du principe de l'économie. Il est de même parfaitement admissible qu'un certain pourcent du salaire du condamné soit par lui employé à se procurer des jouissances intellectuelles, à faire le bien, à s'acheter des articles de propreté. Mais je considère comme chose tout à fait inadmissible et manquée cette autre disposition qui lui permet, s'il fait preuve d'une excellente conduite, d'employer cette partie de son salaire à l'amélioration de son régime alimentaire, tel que achat de lard, de pain blanc, de lait, de beurre, de fromage, de fruits, de sucre et autres semblables, plus un demi-litre de vin par mois, et aux prisonniers d'employer cette partie de leur salaire à des emplettes d'articles alimentaires, en outre de ceux déjà mentionnés ci-dessus (tel que le café et le thé sans alcool), de un demi-litre de vin chaque second dimanche, les simples détenus chaque dimanche même, comme l'autorisent l'alinéa g du § 36 du second appendice n° 80 de la circulaire ministérielle n° 2106, l'alinéa g du § 34 de l'appendice IV et le § 49 de l'appendice V du ministère de la justice.

Dans les pages 74 et 75 de sa conférence intitulée « Notre situation pénitentiaire », conférence faite à la Société des juriconsultes et parue à Budapest en 1888, M. le professeur Dr Eugène Balogh a déjà condamné cette faveur. Il la dénonce comme incompatible avec la coercition exercée par l'Etat, avec le but correctif du système pénal, avec l'entente qui devrait régner parmi les condamnés. Il affirme que cette autorisation d'acheter des articles alimentaires et des boissons est directement nuisible au point de vue de l'économie nationale, et j'ajoute, de ma part, que je la considère nuisible encore à la

santé physique et morale des détenus; car, avec la permission d'acheter des boissons spiritueuses, les individus qui inclinent déjà vers l'alcoolisme ne peuvent s'affranchir de ce penchant maladif qui reçoit sans cesse de nouveaux aliments dans ce miroitement devant les yeux du condamné à qui il fait entrevoir la possibilité de se procurer la jouissance qui chatouille ses sens.

En outre, il serait désirable de faire, dans les établissements de détention, des conférences de tempérance aussi souvent que faire se pourrait, et d'ouvrir ainsi les yeux du condamné sur le danger qui le menace sans cesse du côté de l'alcool.

C'est aux pasteurs et docteurs qu'incombe en premier lieu ce devoir des conférences antialcooliques, sans compter les délégués des sociétés de tempérance et les sociétés antialcooliques qui pourront également faire beaucoup sous ce rapport.

Dès 1894, je constatais, page 21 de mon modeste ouvrage sur la répression de l'ivrognerie, cette grande activité que déploie la société de tempérance de l'Eglise anglicane qui, par cette *mission intérieure*, s'efforce de corriger les ivrognes de leur vice. En 1885, la Church of England a employé à cet effet 22 délégués, dont 3 femmes (femal missionary), qui ont visité les prisons de la police et les pénitenciers, tandis qu'ils relançaient les anciens forçats jusque dans leur demeure et cherchaient à exercer sur eux de l'influence dans le sens de la tempérance. La Ligue anglaise nationale de tempérance a déployé la même action bienfaisante.

En outre de ces conférences faites par les délégués, il y aurait lieu de déposer dans les bibliothèques des établissements de détention plusieurs exemplaires des fascicules et brochures appelés à répandre les idées de la tempérance.

En ce qui concerne les *condamnés libérés*, il y aurait lieu également à prendre des mesures afin de les défendre contre l'ivrognerie.

Certes, les conférences données sur la tempérance dans les prisons et pénitenciers ne seraient pas sans produire un certain effet moral, mais encore serait-il désirable que la fidé-

lité à cette tempérance leur fût recommandée une fois encore lors de leur mise en liberté. Il serait également propice que les pasteurs et docteurs fonctionnant dans les prisons, de même que les délégués des sociétés de tempérance leur adressassent quelques paroles engageantes et stimulantes qui, vu la solennité du moment, ne manqueraient pas, dans certains cas, de laisser des traces profondes. A cette occasion, il serait utile de leur remettre aussi des brochures écrites en langue populaire.

Le § 126 de l'instruction ministérielle publiée le 10 juin 1870 sur le service pénitentiaire a parfaitement raison quand il ordonne que « le pasteur doit vouer des soins tout particuliers aux détenus qui sont sur le point de quitter l'établissement pour être remis en liberté ».

Quant aux criminels dangereux atteints d'ivrognerie chronique, ils ne doivent pas être remis en liberté après avoir purgé leur peine, comme je l'ai déjà dit, mais faire l'objet d'un internement dans un établissement spécial de pathologie pour ivrognes, dont la création constitue un des plus urgents devoirs.

Les sociétés de patronage des anciens détenus libérés, qui ont pour tâche d'adoucir les grandes et graves difficultés qu'entraîne souvent une longue peine privative de la liberté, et de rendre à ces libérés la possibilité de redevenir des membres utiles de la société, feraient bien, elles aussi, de porter leur attention sur la défense des libérés contre l'ivrognerie. Leur influence pourrait s'exercer, par exemple, même dans le cas où le mal proviendrait de la contagion exercée par le milieu; en ce cas, elles pourraient porter leurs efforts vers un but qui serait de faire changer de milieu cet ancien détenu libéré et lui donner un nouvel entourage exempt de vice. Il serait également utile que les sociétés de patronage soumissent les anciens libérés suspects d'ivrognerie à un certain temps d'épreuve, avant que de leur accorder un secours quelconque. Ce temps d'épreuve pourrait se faire en internant le libéré dans une station ou sur un chantier intermédiaires installés par les sociétés.

La société de patronage de Hambourg, qui s'est constituée dans cette ville le 23 juin 1903, soumet les libérés à une épreuve

de longue durée, ne distribuant son secours qu'à ceux des individus qui se sont affirmés pendant ce temps comme sincères et qui ont donné la preuve de leurs intentions sérieuses.

J'ai l'honneur de déposer ci-après, sous forme de propositions, les résultats tirés des avis et observations ci-dessus développés :

I. Il est nécessaire que la collection des données qui constituent la base de la statistique pénitentiaire démontrent la connexité existant entre les actions criminelles et délits, d'une part, et l'alcoolisme, d'autre part.

En conséquence, il y a lieu d'ouvrir une colonne destinée aux données relatives non seulement aux peines encourues pour ivresse, aux actions criminelles perpétrées en état d'ébriété, aux acquittements prononcés pour cause d'ivresse ou d'ivrognerie chronique, mais encore à tous ces cas dans lesquels l'alcool a joué un rôle en exerçant une influence soit directe soit indirecte sur la perpétration du crime ou délit.

II. Il est indispensable d'ériger au plus tôt des asiles spéciaux de correction destinés à recevoir les criminels atteints d'ivrognerie chronique.

Il faut, en outre, que le juge puisse, en même temps que son jugement, prononcer l'internement de l'ivrogne dangereux dans un de ces établissements spéciaux, après expiation de sa peine et pour un temps plus ou moins limité, ou bien qu'il puisse décider que la punition elle-même sera purgée dans cet établissement si la chose est nécessaire dans l'intérêt du condamné.

Cependant, le caractère de ces établissements spéciaux doit être tel qu'on soit à même de les distinguer facilement des autres établissements privés ou publics destinés au traitement pathologique des ivrognes, attendu qu'il importe que, outre leur caractère médical de traitement pathologique individualisant, ils aient surtout celui d'une maison de travail.

III. Dans les règlements des établissements de détention, le système alimentaire doit être organisé de sorte que, sauf en ce qui concerne l'ordonnance médicale, l'usage de l'alcool soit interdit, autant que faire se peut, de la manière la plus absolue à tous les détenus qui ne doivent jouir d'aucune faveur

ayant pour but de leur accorder l'usage de boissons spiritueuses quelles qu'elles soient, ni sous forme de récompense pour leur bonne conduite, ni par l'octroi d'une autorisation à employer une partie de leur salaire à l'achat de ces boissons prohibées.

IV. Dans les prisons et pénitenciers il y a lieu de favoriser les conférences faites sur la tempérance, surtout en ce qui a trait aux détenus sur le point d'être libérés, qui doivent être l'objet de soins tout particuliers d'instructions et de recommandations.

V. La protection des détenus libérés contre l'alcoolisme doit également faire l'objet de soins spéciaux, et les sociétés de patronage sont à même de déployer sur ce terrain une activité d'une très grande utilité si, par l'influence exercée sur lui, elles songent à écarter l'alcoolique du milieu qui a causé sa perdition et à l'introduire dans un autre milieu s'il y a nécessité à le faire.

Il serait également probant que les sociétés de patronage soumettent les individus suspects d'ivrognerie à une épreuve en les envoyant en observation avant de leur accorder leurs secours, qui ne pourraient être reçus qu'après qu'ils auraient passé un certain temps dans une station intermédiaire ou un chantier de même nature créés par la société de patronage.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r méd. AUG. FOREL,

D^r jur. et phil. h. c., ancien professeur de psychiatrie
à l'Université de Zurich, à Chigny près Morges (Suisse).

Selon les pays, on trouve que 50 à 75 pour cent des crimes contre les personnes sont dus en tout ou en partie à l'alcoolisme — surtout à l'ivresse occasionnelle — c'est-à-dire commis sous l'influence de l'intoxication alcoolique. La statistique d'O. Lang, à Zurich, sur le nombre des délits commis

dans les divers jours de la semaine est absolument typique. Moyenne: 4 délits le mardi (jour), 4 délits le mercredi (jour), 4 délits le jeudi (jour), 4 délits le vendredi (jour) — 25 délits en tout pendant les nuits du mardi au vendredi — donc en moyenne 10 délits par jour plus nuit du mardi au vendredi. 60 délits le dimanche, 22 le lundi (bleu) et 18 le samedi (paie). — La statistique de Bær à Berlin (faite sur 34,000 détenus) et celle de Loeffler à Vienne sont tout aussi probantes.

Que faire? Mais c'est simple comme le livret d'une école infantine. Comme c'est l'alcool qui cause l'alcoolisme, et qu'un ivrogne ne peut être guéri que par l'abstinence totale et à vie des boissons alcooliques, il y a lieu de prendre les mesures suivantes:

1° Supprimer toute boisson alcoolique (y compris le cidre, le vin et la bière) de toute maison de détention, en particulier comme « récompense ».

2° Transformer chez les délinquants qui sont *ivrognes d'habitude* encore curables la détention ordinaire en détention dans un asile pour alcoolisés curables.

3° Mettre les incorrigibles sous tutelle et les envoyer d'office dans un asile pour individus dangereux et incurables (voir mon rapport sur la question 4 de la section 2). En ce qui concerne la tutelle, il y a un grand avantage à avertir et menacer d'abord le buveur d'habitude qui n'a pas encore commis de délit, et même à le placer d'office dans un asile pour buveurs curables avant de l'interdire définitivement. C'est ainsi que le recommande le nouveau projet suisse de code pénal.

4° Recommander à tous les détenus qui ont commis leur délit sous l'influence de l'alcool d'entrer à leur sortie du pénitencier dans une société d'abstinence.

Pour le faire d'une façon efficace, on devrait leur fournir une bonne littérature antialcoolique et même leur faire si possible prendre l'engagement d'abstinence totale. Les sociétés de patronage des détenus libérés devraient agir dans ce sens.

Mais c'est une grave erreur, dans laquelle on tombe très souvent, que de s'acharner à vouloir « sauver » ou « relever » de vieux alcoolisés invétérés et déjà incurables. Ce sont surtout

les buveurs encore peu invétérés, corrigibles, et surtout les gens ivres d'occasion, qui commettent des délits « *parce qu'ils ont le vin mauvais* » — qu'il faut rendre abstinents. Alors on aura vraiment de beaux résultats sociaux.

Je renvoie du reste à mon travail: Die Errichtung von Trinkerasylen und ihre Einfügung in die Gesetzgebung, 1892 — Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes, Postfach 4108, Bâle.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r GENNAT, directeur des prisons de Hambourg.

I. Dans ses éclaircissements sommaires sur ce sujet, la circulaire fait remarquer que l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité est un fait démontré pour nombre de pays et qu'il paraît dès lors désirable de soumettre la question à une nouvelle et sérieuse étude, dont les bases avaient déjà été jetées au Congrès de Bruxelles en 1900. Il est reconnu que l'empire d'Allemagne compte malheureusement parmi ces Etats et ce serait faire œuvre de mérite et faciliter le présent travail que de rechercher les causes pour lesquelles la *patrie de l'Allemand*¹⁾

¹⁾ Expression tirée d'un hymne national allemand commençant par ces mots : « Was ist des Deutschen Vaterland? Ist's Preussenland? Etc. » — Note du traducteur.

marche à la tête des pays où l'on use et abuse de l'alcool. Cette enquête mettrait encore plus en lumière les fils secrets qui lient l'alcoolisme et la criminalité (voir plus loin, § V).

Mais une entreprise de cette nature nous conduirait ici trop loin et doit être réservée à l'économiste national, à celui qui s'occupe de politique sociale, au champion de la civilisation et au psychologue des peuples. Il n'est nul besoin de démontrer, pour qui veut bien voir et entendre, que l'alcoolisme, sous ses formes les plus diverses, a profondément pénétré et s'est peu à peu développé comme un redoutable cancer dans toutes les classes de la population. L'expérience vient confirmer chaque jour cette vérité, c'est que l'alcoolisme est l'ennemi le plus irréconciliable de la prospérité et du bien-être du peuple. Nombreux sont ceux qui sont convaincus de ses relations avec la criminalité.

II. Le rôle prépondérant que joue l'alcoolisme dans la perpétration d'actes criminels est un fait d'une telle évidence, en particulier pour le fonctionnaire d'une maison de détention, que celui-ci serait idiot ou aveugle s'il n'en avait pas conscience et n'en faisait en quelque sorte, au bout de quelques semaines d'activité, un article de foi au sujet duquel il estime qu'il n'y a plus guère à discuter. Et ceci d'autant moins que, depuis une vingtaine ou une trentaine d'années, il a été publié toute une littérature spéciale, émanant de juristes et de médecins des plus compétents en matière de droit pénal et d'application de la peine. On a procédé à de minutieuses enquêtes en vue de découvrir si l'acte délictueux avait été commis dans l'ivresse ou si le coupable était un buveur invétéré; dans quelles conditions particulières le crime avait été commis: à l'occasion de fêtes générales ou spéciales; après la paye du salaire ou durant le chômage volontaire du saint-lundi; en un mot dans toutes les circonstances où l'alcool joue plus particulièrement son rôle et exerce le plus son influence néfaste dans la perpétration des crimes. Ceux-ci ont même été classés d'après les jours et les heures où ils avaient été commis, et l'on est arrivé ainsi à démontrer que le nombre des délits était directement proportionnel à la consommation plus ou moins grande des boissons alcooliques.

Des preuves de cette nature sont établies tantôt pour de grands Etats ou des pays de moindre importance, tantôt pour certains districts ou des établissements pénitentiaires. La statistique dressée pour les pénitenciers et les prisons relevant du Ministère prussien de l'Intérieur indique en particulier, année par année, le pour-cent des délits et des crimes commis dans l'ivresse, ainsi que des ivrognes qui ont encouru une peine. Ces chiffres et ceux qui sont recueillis ailleurs manquent toutefois d'exactitude, parce que les enquêtes officielles sont généralement défectueuses; d'autre part, étant donné le grand nombre des condamnés, ces enquêtes exigeraient trop de temps et, malgré toutes les peines, les données obtenues ne seraient pas toujours absolument justes.

On obtient parfois des renseignements de bonne source; mais, sur la question essentielle, on en est réduit aux informations de gens qui sont tentés d'exagérer les choses ou de dire trop peu. Le premier système est pratiqué quand on tient à alléguer l'excuse favorite de l'ivresse, soit que le fait ait été vrai ou seulement dans une faible mesure; la seconde méthode est adoptée, d'autre part, par les personnes plus respectables qui ont honte d'avouer leur état d'ébriété. Il est encore plus difficile de découvrir avec sûreté les ivrognes invétérés. Celui qui n'est pas complètement dépravé comprend encore combien son vice est condamnable; il en a honte et en nie effrontément l'existence, même quand un coup d'œil suffit à l'observateur pour le reconnaître. Un autre le confessera en souriant, car il considère sa passion comme une chose toute naturelle qui lui est départie par le sort; aussi n'a-t-il aucune conscience de sa culpabilité. Il se croit même très intéressant et c'est pour quoi il est porté à l'exagération en avouant son vice.

Ces circonstances étant données, on a discontinué à Hambourg les enquêtes de ce genre, d'autant plus que des essais tentés occasionnellement ont conduit à un résultat identique, s'écartant sans doute fort peu de la réalité.

III. Si l'on ne peut arriver par des enquêtes générales ou particulières à des chiffres d'une certitude absolue, je n'en prétends pas moins, d'après mes observations personnelles, que :

- 1° Environ le 10% des délits non compris dans les catégories sous chiffres 2 à 4 ci-après,
- 2° le 50% au moins des actes de brutalité et des voies de fait réprimés par la loi,
- 3° le 75%, pour le moins, des délits contre les mœurs sont dus à l'usage immodéré des boissons alcooliques,
- 4° que le 80 et même le 90% des cas de désœuvrement ou de fainéantise habituelle, de mendicité et de vagabondage de profession, ainsi que de prostitution, sont intimement liés à l'ivrognerie, dans une mesure telle que ce vice est tantôt la cause, tantôt la conséquence de ces habitudes d'inconduite.

La catégorie des délits sous chiffre 2 comprend en particulier la violation de domicile, les outrages et menaces, les dégâts à la propriété d'autrui, la résistance à l'autorité et les coups et blessures. Sous chiffre 3 viennent se classer les délits contre les mœurs commis sur des enfants ou avec eux, l'excitation à la débauche par des propos ou une conduite impudique, actes criminels qui tendent à augmenter dans une progression effrayante.

Les délits contre la propriété commis dans l'ivresse (chiffre 1^{er}) sont même assez fréquents (vol, filouterie, falsification de documents, extorsion et brigandage). Le fait peut paraître étrange au premier abord et me surprend moi-même; mais il n'en est pas moins réel, car l'alcool éveille un désir immodéré de posséder, fût-ce même des choses inutiles ou sans valeur.

Des actes de cette nature sont précisément commis par de joyeux compagnons de bouteille. L'un d'eux s'avise, par ostentation, de montrer et de faire admirer à ses camarades un objet de valeur, généralement une montre ou un anneau; la pièce est mise en circulation et ne revient pas au propriétaire. Un autre se trouve dépouillé parce que le voleur n'a plus d'argent pour continuer à boire. L'un paie pour son compagnon et surcharge ensuite le compte. Un autre ne voulant pas continuer à désaltérer à ses frais toute la société est menacé de mort ou de mauvais traitements s'il ne le fait pas. On procède aussi assez fréquemment à des échanges où, dans

la plupart des cas, l'une des parties est trompée par l'autre, qui n'a pas craint de prôner à tort les qualités de sa marchandise. Parfois encore, on extorque des signatures ou bien l'on en fait à l'insu et contre la volonté de la personne intéressée.

Souvent la consommation de boissons alcooliques a pour but de donner au délinquant le courage nécessaire pour accomplir l'acte criminel. Il s'agit ou bien de surmonter d'importantes et multiples difficultés ou de stimuler ses forces, ou bien de prendre une détermination, soit au point de vue des moyens d'exécution, soit à celui de l'objet du crime ou de la victime.

Il n'est pas rare que l'usage immodéré de l'alcool soit la cause d'une série de délits qui s'enchaînent et se succèdent en quelque sorte logiquement. Prenons pour exemple le fait suivant qui se reproduit presque régulièrement ou d'une manière analogue.

Un homme en état d'ivresse vient de dépenser à l'auberge son dernier centime et demande encore une consommation. Celle-ci lui est refusée. Là-dessus, tapage, injures et menaces contre le débitant. Invité à sortir, le pochard reste et continue à tempêter. L'agent de police est appelé à l'aide, mais il est accueilli par de nouvelles vociférations et par l'impérieuse injonction de retourner d'où il vient. L'agent veut procéder à l'arrestation de l'ivrogne, mais il est repoussé et frappé. Avant que le consommateur furieux ait pu être mis à la porte, il a encore réussi à briser un verre, une vitre ou autre chose. Dans la rue, le tapage et la résistance persistent et ne prennent pas même toujours fin à la salle de police.

Aussi longtemps que l'hôte payait, l'aubergiste en avait déjà supporté souvent l'ivresse bruyante. Peut-être a-t-on même exagéré son écot et marqué à la craie plus qu'il ne devait. Or, l'accusé a maintenant à répondre d'une série de contraventions et de délits: tapage troublant la tranquillité publique, insultes, menaces, violation de domicile, outrages à un fonctionnaire public, résistance à l'autorité et dégâts commis.

Si un homme accidentellement en état d'ivresse peut se trouver dans une situation semblable, à plus forte raison doit-il

en être ainsi pour l'ivrogne invétéré, bien que celui-ci soit parfois fort paisible et que le buveur d'occasion se conduise au contraire comme un forcené. Il ne s'agit pas ici, je le répète, d'un exemple purement spéculatif, artificiellement combiné pour les besoins de la cause, mais bien d'un cas presque typique que j'ai constaté moi-même des centaines de fois.

IV. Mais l'alcool ne provoque pas l'acte délictueux uniquement pendant ou tôt après un usage immodéré des boissons fermentées. Les effets s'en font encore sentir plus tard: la tête demeure lourde et embarrassée, la sensibilité physique est atrophiée, les résolutions et les sentiments sont vagues et confus, les idées sont incohérentes. C'est ainsi que nombre de ceux qui paraissent n'éprouver aucun inconvénient dans la période où ils abusent des boissons alcooliques deviennent fatalement plus tard les victimes des suites de leur intempérance. La plupart des délits contre les mœurs en sont précisément un exemple frappant. L'alcool paralyse les fonctions sexuelles, mais l'assoupissement et le demi-sommeil de l'homme ivre ne laissent pas de provoquer chez lui des images voluptueuses et de réveiller d'autant plus l'appétit des sens. Un défenseur de l'alcool a pu dire — et le mot est resté — «qu'après une nuit de *ribote*, les désirs charnels deviennent irrésistibles et réellement ridicules». S'il n'en est pas absolument ainsi, il y a là néanmoins une bonne part de vérité.

V. Cependant la criminalité a encore avec l'alcoolisme un rapport plus éloigné, moins direct, il est vrai, mais qui n'en est pas moins d'une extrême importance. Un certain nombre, en effet, d'actes délictueux qui n'ont pas été commis dans l'ivresse ont pourtant l'alcool pour cause. C'est ce que démontrent les faits suivants:

1° La boisson a pour effet de diminuer la capacité productrice, physique et intellectuelle; elle réduit dès lors les chances de gain et conduit tout d'abord au dégoût du travail, puis à l'impossibilité de trouver une occupation suffisamment rémunératrice pour assurer l'existence indépendante de l'individu. De là naît la misère, source de bien des découvertes et inventions, mais aussi d'un plus grand nombre de crimes.

2° La boisson détruit la force de volonté chez celui qui y est adonné; elle émousse en lui les sentiments religieux et moraux, en même temps que les notions naturelles de justice; elle le rend incapable de résister aux tentations et l'expose ainsi à faillir à la première occasion.

3° Le buveur ne s'inquiète nullement de sa situation financière, qui devient de jour en jour plus mauvaise. Aussi finit-il par recourir à des voies illégales pour subvenir à ses besoins. On le voit tour à tour mendier, dérober, frauder, etc., uniquement en vue de satisfaire sa passion.

4° Le buveur se désintéresse peu à peu et de plus en plus complètement du sort des autres; il en arrive bientôt à ne plus songer qu'à lui-même. Il perd l'amour du foyer; il néglige sa famille, dont les membres sont maltraités, manquent du nécessaire et sont même obligés de se dépouiller pour lui de ce qu'ils ont ou de ce qu'ils gagnent. Quoi d'étonnant alors, si la femme et les enfants se livrent à la mendicité et s'attaquent à la propriété d'autrui pour apaiser leur faim, se garantir du froid et couvrir leur nudité?

5° L'exemple du chef de famille est néfaste et contagieux pour la femme et les enfants; il contribue à créer chez les uns des ivrognes, des ennemis du travail et des dépravés ou, chez les autres aussi, des prostituées.

6° Les enfants de dipsomanes sont cacochymes et dégénérés, faibles d'esprit dès leur enfance ou leurs plus jeunes années, avec des inclinations et des penchants naturels qui les prédisposent au mal. La plupart d'entre eux achèvent leur triste existence dans les hôpitaux, les hospices, les asiles d'indigents, les maisons de correction ou les pénitenciers.

Il est hors de doute que ces suites de l'alcoolisme sont de beaucoup plus importantes pour la criminalité que les délits commis dans l'ivresse. Il importe dès lors d'y vouer d'autant plus d'attention qu'elles sont moins visibles et passent généralement inaperçues, parce qu'elles ne s'étalent pas au grand jour.

VI. 1° Il ne m'est pas possible d'indiquer ici quelles mesures *spéciales* devraient être prises pour combattre l'alcoolisme parmi les détenus.

a) Dans les établissements où les boissons alcooliques sont tolérées comme alimentation supplémentaire ou même délivrées d'office, il y aurait lieu de s'en tenir au strict nécessaire, soit comme quantité, soit en ce qui concerne le degré alcoolique de ces boissons. Il vaudrait même beaucoup mieux, comme nous le faisons chez nous, revenir au précepte de Pindare: *ἄριστον μὲν ὕδωρ*. C'est ainsi que, dans notre établissement, il n'est délivré de la bière, du vin et du cognac qu'aux malades et sur l'ordonnance du médecin; aucune boisson alcoolique n'est tolérée sous quelque forme et quelque désignation que ce soit, à titre de supplément de pension à la charge des détenus. En revanche et tout à fait exceptionnellement, il est délivré à chacun, les jours de Noël, de Pâques et de Pentecôte, un demi-litre de bière brune comme supplément réglementaire de la saine alimentation journalière.

Les détenus supportent généralement bien l'abstinence absolue, de sorte que les cas de *delirium tremens* sont assez rares et sont calmés au besoin par un peu d'eau-de-vie.

On ne fait usage d'alcool que dans *un seul* de nos ateliers, l'ébénisterie, qui occupe peu de détenus et n'est établie que pour les besoins du pénitencier. On le dénature alors avec de la quinine, en présence des ouvriers, mais sans que ceux-ci sachent en quoi consiste la matière additionnelle; l'alcool n'est employé pur que pour certains travaux exceptionnels.

Il est clair que les tentatives faites pour se procurer des boissons alcooliques ne font pas défaut; mais elles sont beaucoup moins fréquentes que celles qui ont pour but de se procurer du tabac.

b) L'abus de l'alcool et celui du tabac marchent souvent de pair. Les effets du premier sont aggravés par ceux du second, car l'usage immodéré du tabac peut avoir des suites analogues à celles de l'alcool. Dans les prisons de Hambourg, le tabac est interdit sous toutes ses formes et des peines sévères sont infligées à ceux qui usent, possèdent ou tentent de se procurer du tabac et des boissons fermentées.

c) Les écrits signalant les dangers de l'alcoolisme ne manquent pas; il y en a plutôt à profusion. Les avis donnés à bon escient au cours d'une prédication religieuse ou d'une

leçon ne sont pas sans valeur; mais leur effet est de courte durée. Il en est de même des entretiens confidentiels avec celui que l'alcool a fait sortir de la voie droite et de l'honneur. On écoute tout d'abord avec attention; on reconnaît volontiers la justesse des observations et l'on promet une amélioration, mais on tient peu cette promesse.

d) Il me paraît superflu d'ajouter que tout fonctionnaire d'un établissement pénitentiaire doit donner l'exemple de la sobriété et qu'il importe, dans le cas contraire, de lui donner sans délai son congé sans avoir aucun égard à ses capacités ou aux services qu'il peut rendre. J'ai formellement interdit à mon personnel de surveillance l'usage de l'eau-de-vie et je n'autorise la consommation de la bière et du vin que dans une mesure restreinte au dîner et à la petite collation de l'après-midi. Les tonneaux doivent être sous clef. Pour stimuler la vigilance durant le service de nuit, il est permis de fumer modérément en dehors des locaux occupés par les prisonniers.

2° a) Il importe donc de veiller le mieux possible à ce que les détenus n'aient aucune occasion de toucher à des boissons alcooliques ni d'être soumis à une tentation de ce genre. Je ne crois pas pouvoir ajouter autre chose au point de vue général, le reste dépendant de circonstances toutes spéciales.

Comme je l'ai déjà signalé plus haut, l'abstinence absolue pratiquée durant la détention conduit au fond à des résultats de peu d'importance. Je ne nierai pas que nombre d'alcooliques reviennent à la bouteille dès les premiers jours de leur libération; mais je n'en ai pas moins la conviction qu'on n'obtient rien non plus en cherchant à corriger le buveur par la renonciation lente et progressive à sa passion. Il se complait dans sa douce et chère habitude; à la vérité, la consommation est plus restreinte et diminue peu à peu, mais l'homme n'est pas corrigé et, dès qu'il sort de prison, il ne tarde pas à boire autant, si ce n'est plus, qu'autrefois.

Le système de l'abstinence totale dépasse le but pour la généralité des buveurs; mais il se justifie pour ceux dont nous parlons ici et pour lesquels on peut espérer quelque résultat. Celui qui a des habitudes invétérées sait par expérience que celles-ci ne cèdent guère qu'à la force. La cure d'abstinence

à la manière douce et à pas lents ressemble pour moi à la méthode qui consisterait à couper peu à peu et par petits morceaux la queue d'un chien, sous le prétexte qu'en la tranchant d'un seul coup l'animal souffrirait trop.

b) On ne peut conjurer avec succès les dangers de l'alcoolisme que par une législation hardie entrant dans le vif de la question sur le terrain du droit pénal, de la police des industries et de la politique d'impôt. Les effets de cette législation se répercuteront aussi sur les détenus dipsomanes, non point durant leur séjour en prison, mais après leur libération, de même que pour tous ceux qui, étant adonnés à la boisson, viennent à commettre un délit. L'examen, ni l'augmentation éventuelle des nombreux remèdes proposés ne rentrent dans le cadre du présent mémoire. Je ne puis, toutefois, m'empêcher d'ajouter que je fonde beaucoup d'espérances sur la législation mentionnée, à teneur de laquelle l'ivresse qu'on s'est procurée soi-même ne serait plus considérée comme la circonstance *atténuante* d'un délit; mais bien plutôt (de même que pour l'ivresse qui a pour but de stimuler à l'accomplissement d'un acte criminel) comme une circonstance *aggravante* justifiant une peine plus sévère.

VII. Les éclaircissements donnés par la circulaire sur le sujet qui nous occupe soulèvent la question de savoir s'il ne conviendrait pas de transférer les détenus alcooliques dans des établissements spéciaux. La même question se trouvant formulée sous chiffre 4^b de la section II, on a été sur le point de la biffer ici.

1° Il me paraît tout d'abord que des établissements spéciaux ne doivent être créés que dans les cas de nécessité absolue, sinon l'on dérogerait au principe fondamental de l'exécution de la peine: uniformité du traitement appliqué aux condamnés, sous les régimes du groupement, de l'isolement et de l'individualisation.

Il faut reconnaître, sous ce dernier rapport, que les résultats obtenus jusqu'ici laissent encore beaucoup à désirer; il importe dès lors de stimuler les efforts et d'entrer résolument dans la voie des réformes. Mais combien d'établissements voulons-nous créer pour ces diverses catégories de détenus et

quel en sera le lien commun, si l'on vient à fonder, pour satisfaire à tous les vœux émis de divers côtés, des prisons spéciales pour les déments, pour les faibles d'esprit, les épileptiques, les tuberculeux, les vieillards, les alcooliques, les invalides et les vétérans du crime? On a déjà créé, ici et là, l'un ou l'autre de ces établissements et la loi prévoit des prisons spéciales pour les jeunes détenus.

Jusqu'ici les détenus alcooliques ont passé plus ou moins inaperçus dans la foule des autres condamnés. Or, comment se représente-t-on qu'on puisse réunir dans *un seul* et même établissement 500 à 600 ivrognes déclarés, qui ne le sont pas devenus pour les mêmes motifs, n'abusaient pas des mêmes boissons et de la même manière? On ne peut avoir ici qu'un but, celui de les traiter d'après des lois spéciales.

Celles-ci seront-elles plus sévères ou plus douces que celles qui régissent les détenus en général? Dans ce dernier cas, garantissent-elles encore une réelle exécution de la peine ou n'en arrive-t-on pas au contraire aux simples asiles pour buveurs? En quoi consisteraient, le cas échéant, les lois plus sévères? Ou bien le fin mot de l'affaire ne serait-il point de séparer purement et simplement ces détenus des autres, tout en continuant à les soumettre au même régime qu'aujourd'hui? Tandis que les buveurs en contact avec les autres détenus s'imposent encore une certaine retenue, parce qu'ils savent fort bien que toute infraction à la règle serait immédiatement découverte, ils perdraient au contraire d'une manière absolue, dans la société de leurs semblables, tout sentiment de responsabilité, le peu d'empire qu'ils ont sur eux-mêmes et ils s'estimeraient, plus encore qu'aujourd'hui, les victimes de conditions sociales défectueuses et de lois absurdes. Ce qui ne présente guère d'inconvénients dans les conditions actuelles ne tarderait pas à devenir dangereux, tout d'abord par le fait que ces détenus mis à part s'imagineraient ne plus être soumis à la règle commune, dans les limites de laquelle leur sort est désormais fixé. Habités à se considérer comme des membres de la société particulièrement dignes d'intérêt, ils pourraient se figurer qu'ils sont en quelque sorte au-dessus de l'humanité, puisqu'on prend à leur égard des mesures spéciales.

Les études et observations attentives des fonctionnaires des maisons de détention sur la criminalité dans son ensemble, sur son origine et ses causes plus ou moins directes, sur le milieu où elle se développe et sur sa propagation se perdraient peu à peu pour faire place à la spécialisation avec ses côtés obscurs, ses exagérations et ses aberrations.

2° Il est incontestable que les buveurs invétérés constituent un danger général permanent, surtout au point de vue de la criminalité. Leur internement dans des établissements spéciaux paraît néanmoins d'un avantage douteux pour leur *criminalité*; ce serait en outre, d'après mon expérience, une mesure inutile pour le maintien de la *discipline*. Je concède volontiers que leur présence augmente parfois l'irritabilité; mais on y remédie aisément par les moyens ordinaires. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, privés désormais de boissons excitantes, les détenus alcooliques sont généralement ramollis et sans énergie, plutôt passifs que disposés à l'action et notamment à l'insubordination, à la révolte et à la résistance. C'est précisément pour cette raison que j'ai moins de peine avec eux qu'avec les autres.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. J. S. GIBBONS, C. B.,
président de la Commission générale des prisons d'Irlande

La loi sur les ivrognes (Inebriates Act) promulguée en 1898, avait pour but de substituer à l'emprisonnement le traitement curatif des réformatoires, dans certains cas de délits ou de crimes causés par l'ivresse. Cette loi conférait aux juges et aux magistrats de nouveaux pouvoirs pour faire interner les délinquants susceptibles de guérison dans l'une ou l'autre des institutions décrites ci-après. On s'est basé, pour décréter cette loi, sur les recommandations de plusieurs Commissions royales, et sur l'avis des personnes que leur charge ou leurs inclinations philanthropiques avaient amenées à connaître de

près la classe des alcooliques criminels. L'expérience a prouvé que l'amende et l'incarcération ne réussissent pas le moins du monde à réformer les habitudes invétérées d'un buveur. On n'a encore trouvé aucun système pénal qui soit arrivé à produire quelque effet sur l'ivrogne condamné aux huit ou quinze jours de prison traditionnels.

Il y a peu de types plus ordinaires que celui de l'ivrogne habituel des cités ou des campagnes, de l'ivrogne oisif et débauché qui se fait condamner maintes et maintes fois à des peines de très courte durée, et qui constitue un centre de désordre et de mauvais exemple dans la localité où il réside. Une forte proportion des individus de cette classe grèvent lourdement le budget de l'Etat, en tombant à la charge de l'assistance publique, ou en finissant leur déplorable existence par devenir des imbéciles ou des lunatiques dangereux qui vont peupler les asiles d'aliénés. Et le fardeau qui pèse sur les citoyens tempérants ne se borne pas à l'entretien des ivrognes. Il faut encore que les impôts défraient les nombreuses forces de gendarmerie qu'il est nécessaire de maintenir pour préserver les alcooliques d'eux-mêmes et pour préserver le public des alcooliques. Et ce n'est pas tout: les contribuables doivent encore subvenir aux frais des cours correctionnelles, des poursuites publiques et de leurs auxiliaires: prisons et maisons de correction. Les 60% des crimes sont commis, soit dans le but de se procurer de la boisson ou les moyens d'en obtenir, soit dans un état d'irresponsabilité mentale produit par l'alcool. Ce fut pour remédier à cet état de choses que l'on recourut au conseil d'experts s'intéressant à la diminution du crime et de l'alcoolisme, et l'adoption de la «Loi sur les ivrognes» en résulta pour le Royaume-Uni en 1898. Les classes que concerne cette loi sont (section I) les ivrognes habituels qui commettent, sous l'influence de la boisson, des actes tombant sous le coup de la loi et (section II) les ivrognes habituels qui se font condamner quatre fois dans la même année pour certains délits d'ivresse prévus. Cet Acte confère aux juges et aux magistrats le droit de faire interner dans un réformatoire les personnes rentrant dans ces deux catégories, au lieu de les condamner à la prison. Il prescrit

un mode de traitement indulgent et doux, mais assez prolongé pour assurer raisonnablement la guérison et la régénération probables des ivrognes.

On espère, par cette loi, atteindre un double but: d'abord, on veut éloigner l'ivrogne, pendant une assez longue période, de la localité où il réside et dans laquelle il constitue un centre de désordre et d'exemple pernicieux; ensuite, on veut le réformer lui-même par un traitement curatif assez prolongé pour agir efficacement. La durée maximum de l'internement est de trois ans. L'expérience a prouvé que l'on ne peut faire grand'chose avec de courtes incarcérations d'un an ou de dix-huit mois.

L'Acte de 1898 prévoit deux types distincts de réformatoires: 1° le réformatoire de l'Etat pour buveurs; 2° le réformatoire patenté pour buveurs. Les ivrognes habituels de la première section peuvent être internés soit dans un réformatoire de l'Etat, soit dans un établissement patenté dont les administrateurs consentent à se charger d'eux. Quant à ceux de la deuxième section, ils doivent être placés en premier lieu dans une institution privée. C'est la nécessité de classer et de séparer les ivrognes qui rend indispensable ces deux genres de réformatoires. Bien plus encore que toute autre classe de gens, les ivrognes se rangent en deux catégories: celle des traitables et celle des intraitables. Il faut attribuer ce fait à l'action exercée sur le système nerveux par l'usage continu de l'alcool. Les mesures disciplinaires et restrictives et les règlements qui suffisent pour la majorité traitable restent absolument sans effet sur les 10% des «cas»; la douceur et la bonté ne les touchent pas davantage. C'est à ces indomptables-là qu'est destiné le réformatoire de l'Etat, avec ses règlements disciplinaires plus sévères et ses méthodes en une certaine mesure pénales. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les «cas» difficiles sont plus nombreux parmi les ivrognes classés dans la première section que parmi ceux de la seconde, et quoique les premiers, conformément aux termes de la loi, doivent entrer tout d'abord dans un réformatoire patenté pour buveurs, ils peuvent aussi, en vertu d'autres pouvoirs conférés par l'Acte aux autorités compétentes, être

promptement transférés dans un établissement du second type (section 6, *d*). Ainsi donc, un « cas » bien disposé et traitable, préalablement interné dans un réformatoire de l'Etat peut être transféré dans une institution patentée dont la direction consente à le recevoir. D'autre part, lorsque les administrateurs d'un réformatoire privé ont affaire avec un « cas » pénible, sur lequel échouent les moyens plutôt doux et persuasifs dont ils disposent, ils peuvent le faire entrer dans un réformatoire de l'Etat. Les « cas » rebelles internés dans une institution patentée sont considérablement impressionnés et tenus en respect par l'idée qu'on les transférera, s'il le faut, dans un établissement où la discipline est plus rigoureuse et le système plus pénal.

Le réformatoire de l'Etat pour buveurs est une institution du gouvernement. En Irlande, il est contrôlé et administré par la Commission générale des prisons, et défrayé par les subsides votés par le Parlement.

Quant aux reformatoires patentés pour buveurs, ils peuvent être fondés : 1° par des conseils de district ou de communes, qui en prennent l'initiative séparément ou conjointement ; 2° par des associations philanthropiques ou religieuses ; 3° par des particuliers. Quoique les fondateurs d'un réformatoire privé doivent se procurer eux-mêmes les moyens nécessaires à la création et à l'entretien de l'établissement, il leur est alloué par le Trésor une contribution très respectable, prélevée sur les deniers votés par le Parlement. Cette allocation se monte à 10 sh. 6 d. (13 francs environ) par semaine et par tête pour les internés de la première section et à 16 sh. (20 francs) pour ceux de la deuxième. On compte sur les autorités locales pour ajouter à ces subsides une somme suffisante, afin que les instituts en question puissent s'organiser et se maintenir avec succès. Il faudra faire entrer aussi en ligne de compte le produit du travail des internés. Après 1905, l'Etat supprimera ses allocations, à moins que les autorités locales n'accordent une contribution de 7 sh. au moins par semaine et par tête pour les internés de la deuxième section.

Pour obtenir une patente, le réformatoire privé doit remplir certaines conditions. Le bâtiment proposé pour cet usage doit être situé dans un endroit salubre, éloigné des grands

centres populeux ; il doit être convenablement aéré, pourvu de la canalisation nécessaire ; il faut aussi qu'il soit entouré d'une étendue de terrain suffisante pour le travail en plein air et les récréations. La maison elle-même doit être conforme à certaines exigences quant aux dortoirs, aux salles destinées au travail en commun et aux heures de récréation, aux chambres de bain et aux infirmeries, aux cuisines, aux lieux d'aisance. Le mode de traitement à employer est soumis également aux règlements et au contrôle de l'Etat. L'alcool doit être rigoureusement prohibé. Il faut mettre en œuvre tous les moyens possibles pour régénérer la vigueur musculaire et nerveuse du patient, pour refaire sa constitution, pour lui inculquer l'habitude d'un travail régulier, sain et utile. Il faut recourir aux influences morales et religieuses, et s'efforcer d'aider les alcooliques à reconquérir leur volonté déchue, et de les préparer à recommencer une nouvelle vie dans des conditions favorables.

Etant donné le fait que les alcooliques spécialement visés par l'Acte de 1898 appartiennent surtout à la classe des ivrognes débauchés, rentrant dans la deuxième section, et que, selon les termes actuels de la loi, ces ivrognes-là ne peuvent être internés, au début, que dans un réformatoire patenté, il est évident que la création d'établissements privés pourvus d'un personnel suffisant s'impose avec urgence. Aucun réformatoire patenté n'existe encore en Irlande, mais la création d'un établissement de ce type est à l'étude. L'Angleterre et l'Ecosse en possèdent déjà plusieurs.

Le gouvernement irlandais a établi et installé un réformatoire de l'Etat pour alcooliques criminels à Ennis, dans le Comté de Clare. Cette institution s'est ouverte le 1^{er} juin 1899. Les bâtiments qu'elle occupe servaient autrefois de prison de district ; ils ont été modifiés, réparés et convenablement appropriés à leur usage actuel. Le réformatoire d'Ennis est situé dans une des régions les plus salubres de l'Irlande, sur un domaine d'une étendue de quatre acres. Les internés ont chacun leur propre chambre particulière, bien chauffée en hiver par un système de chauffage central à eau, et toujours parfaitement bien ventilée. Ces petites pièces sont meublées

simplement, mais confortablement. Chaque chambre a un lit à ressorts, garni d'une literie scrupuleusement propre, un petit tapis devant le lit, un lavabo, une table où se trouvent des livres et peut-être un vase de fleurs cueillies au cours d'une promenade dans les champs — et ces deux derniers détails ont bien leur importance. Il y a des salles de réunion, des ateliers, un vaste jardin, une petite pelouse pourvue de bancs, un emplacement — fort usagé et fort apprécié — pour le jeu de balles. Pour les jours de mauvais temps, les alcooliques ont à leur disposition des revues, des journaux, des jeux d'échecs et de dominos. L'établissement des femmes, situé tout près, est aménagé exactement de la même manière jusque dans les moindres détails. Les femmes internées à Ennis sont confiées aux soins d'une dame directrice spécialement nommée, aidée d'un personnel de surveillantes. Toute l'institution est placée sous le contrôle de M. King, directeur énergique et zélé, qui prend fort à cœur l'œuvre de réforme.

Le traitement du réformatoire est surtout hygiénique, il est basé sur un régime alimentaire sain et abondant, sur une vie salubre et régulière, sur l'acquisition d'habitudes laborieuses et l'apprentissage d'un métier, sur l'exercice en plein air, la discipline, l'abstinence totale et les bonnes influences du personnel et des aumôniers. Les hommes sont occupés à des travaux de jardinage, de cordonnerie, de menuiserie, etc., à scier et à fendre du bois de chauffage, etc. Les femmes travaillent à la cuisine, blanchissent le linge, nettoient la maison, tricotent, cousent, confectionnent des uniformes pour les surveillantes attachées au service des prisons, etc. Tous les alcooliques d'Ennis suivent leur « cure » sérieusement, avec espoir et confiance, et l'on arrive à d'excellents résultats. Voici comment on procède ordinairement. Lorsqu'un alcoolique entre à Ennis, le directeur s'adresse immédiatement à la police du district d'où il vient, qui le connaît, pour la prier de lui communiquer confidentiellement tous les détails possibles concernant son existence antérieure, son genre de vie, ses habitudes, les circonstances de son cas; il cherche à savoir si quelqu'un des membres de sa famille s'est adonné déjà à la boisson, et se renseigne sur tous les points connus de la

police qui peuvent intéresser le docteur de l'établissement. Les mêmes informations sont prises sur le compte de chaque détenu à son arrivée au réformatoire. Les données recueillies sont inscrites, ainsi que toutes les particularités à noter sur l'état physique et mental du patient, dans un registre appelé « Livre d'histoire médicale » que le directeur garde sous clé et qu'il ne laisse consulter qu'au docteur et à l'inspecteur de la Commission des prisons. Ce livre, qui constitue un guide précieux pour le traitement à suivre, a un complément non moins utile: c'est le registre dit « After Treatment Book » où l'on consigne tous les renseignements qui peuvent être obtenus sur les faits et gestes des alcooliques après leur libération, sur leur entourage, leurs occupations, etc. Ce dernier recueil a une double valeur. D'abord, pour en réunir les matériaux, il faut que l'on porte aux patients un intérêt sympathique et bienveillant, après leur sortie. Et puis, lorsque les informations recueillies indiquent une rechute temporaire ou permanente, il faut en déterminer les causes afin de les enregistrer, et les renseignements ainsi acquis sont précieux, car ils signalent à la direction certains dangers contre lesquels il s'agit d'armer les patients pour le moment de leur libération. Sauf dans les cas d'alcoolisme exceptionnellement bénins, une période de deux ans au moins est nécessaire pour obtenir de bons résultats. Tout alcoolique dont l'internement est suffisamment long passe par trois stages, de six mois chacun. Par son assiduité au travail et sa bonne conduite, il peut obtenir 2 points par jour, et 364 points représentent un stage. Quand il en a gagné ce nombre, il est promu dans le stage suivant. Chaque stage comporte certains privilèges. Dans tous les stages, l'interné peut obtenir une gratuité de un penny par jour, à condition qu'il mérite le maximum de deux points. Le petit pécule qu'il gagne ainsi lui est remis à sa sortie, à moins qu'on ne le confie pour lui à quelqu'un de ses proches. Après avoir accompli la première moitié du second stage, il a l'autorisation de sortir du réformatoire pour se promener dans la campagne, sous escorte, et dans la seconde partie du troisième stage, on lui permet de se promener seul, sur parole. Après avoir séjourné 18 mois au réformatoire, il passe dans ce qu'on

appelle la « classe intermédiaire » et peut alors être relâché conditionnellement. Si sa conduite a été exemplaire durant le troisième stage, s'il a donné pleine satisfaction au directeur et au médecin, et s'il y a vraiment lieu de croire qu'il pourra s'abstenir totalement de boisson, et qu'un tuteur digne de confiance soit disposé à s'occuper de lui, son cas est soumis au Comité d'inspection. Celui-ci peut alors autoriser le directeur à soumettre le nom du sujet à la Commission générale des prisons, afin qu'elle obtienne pour sa libération conditionnelle le consentement du Secrétaire en chef d'Irlande. Le permis de libération conditionnelle contient des conditions sévères qui doivent prémunir l'alcoolique contre les dangers de la rechute durant ses premiers mois de liberté. Les pasteurs, les sociétés de patronage, les amis et les proches de l'alcoolique libéré, la police unissent leurs efforts pour l'aider à mener une vie utile et honnête. On voit donc que c'est au bout de 18 mois seulement qu'un buveur interné au réformatoire peut être relâché conditionnellement. Avant d'avoir atteint le terme de cette période, il peut toujours, il est vrai, adresser une requête au Lord Lieutenant pour obtenir sa libération et, dans ce cas, toutes les circonstances qui pourraient justifier la clémence de la Couronne sont examinées attentivement. Mais il faudrait des cas bien exceptionnels pour qu'il pût être sage de relâcher un alcoolique juste au moment où les bonnes influences du traitement et de la discipline commencent à agir sur lui. Le premier symptôme de régénération que manifeste le buveur, c'est un ardent désir d'être mis en liberté. Il commence à sentir le retour de sa santé physique et morale, et prend ses bonnes intentions pour le pouvoir de volonté de résister à la tentation. Mainte rechute a prouvé combien ce sentiment est illusoire! Il faut laisser agir les nouvelles influences pendant une période assez longue pour assurer leur effet durable. Quant à la classe de gens internés au réformatoire d'Ennis, je ne saurais mieux la décrire qu'en citant les paroles mêmes de M. King, le directeur si capable et sympathique de l'établissement. Il s'exprime en ces termes: « Quant à ce qui concerne la classe de gens ordinairement internés, qu'on me permette de manifester le désir qu'ils soient internés et

« réinternés beaucoup plus tôt. C'est à notre institution qu'incombe la charge de traiter pour la première fois des gens qui se sont adonnés à la boisson pendant de longues années, des ivrognes sur lesquels on n'a jamais exercé qu'une contrainte des plus transitoires et de nature toute pénale. Nous avons eu plusieurs femmes qui s'étaient déjà fait arrêter de 60 à 333 fois. Je ne m'oppose point à recevoir ici des cas semblables, car il est juste de donner à tous, même à ceux-là, l'occasion de se régénérer; et il faut tout au moins les empêcher de nuire à autrui. Mais qu'on nous en envoie aussi d'autres aussitôt qu'ils sont devenus des buveurs habituels qualifiés pour le réformatoire, sans attendre qu'ils aient derrière eux un passé si lamentable compromettant gravement toute chance de succès. »

Il sera utile de noter ici quelques cas typiques, afin de montrer quel degré de régénération a été atteint par le réformatoire de l'Etat d'Ennis, durant les cinq années que l'Acte a déjà été en vigueur.

Premier cas.

Une femme. 36 ans. S'était adonnée à la prostitution et à la boisson pendant plusieurs années.

Condamnation: Douze mois d'internement. Sortie du réformatoire d'Ennis en juillet 1901.

Renseignements obtenus sur cette femme deux ans et huit mois après sa libération: « ... J'ai le plaisir de pouvoir vous informer que... marche très bien. Elle a épousé un caporal de l'armée, elle est sobre et convenable à tous égards. »

Deuxième cas.

Un homme. 41 ans. Avait été pendant de longues années un ivrogne habituel, désœuvré et débauché. N'exerçait aucun métier. Avait été sept fois en prison.

Condamnation: 18 mois d'internement au réformatoire d'Ennis.

Renseignements obtenus un an et dix mois après sa libération: « ... a une place de charretier et marche très bien. Il boit un verre de porter à l'occasion, mais toujours modérément. »

Troisième cas.

Un homme. 36 ans. Condamné 10 fois pour ivrognerie.

Condamnation: Deux ans d'internement au réformatoire d'Ennis.

Renseignements obtenus sur son compte un an et sept mois après sa libération: « Je me suis informé de... Les entrepreneurs le prennent à la journée, et il reste tempérant. »

Quatrième cas.

Une femme. 29 ans. S'adonnait désespérément à la boisson depuis plusieurs années. Mariée et mère de famille; son mari gagne 3 £ (75 francs) par semaine.

Condamnation: Un an et six mois d'internement au réformatoire d'Ennis.

Renseignements obtenus sur son compte 11 mois après sa libération: « ... demeure à ... avec son mari et sa famille. « M. ... déclare que sa femme est devenue tempérante et « qu'elle se conduit bien. Il lui remet une partie de ses gains « pour le ménage, et constate qu'un grand changement s'est « produit en elle. »

Cinquième cas.

Une femme. 50 ans. S'adonnait depuis 10 ans à la boisson. Mariée. Mettait en gage tous les effets du ménage et avait désorganisé complètement la famille. Avait été condamnée plusieurs fois pour voies de fait et mauvais traitements commis sur ses enfants.

Condamnation: Deux ans d'internement au réformatoire d'Ennis.

Renseignements obtenus sur son compte 10 mois après sa libération: « ... demeure à ... avec son mari et sa famille. « Les informations qu'elle vous a données dans sa lettre sont « exactes. Elle est sobre et va chaque jour à la messe. Son « ménage est propre et bien tenu, elle vit en très bons termes « avec son mari et ses enfants. »

Le 25 mars 1904, cette femme écrivait elle-même: « En « espérant que vous êtes tous en bonne santé, je vous informe

« que je me trouve très heureuse. Je ne bois plus du tout. « J'espère que vous prierez pour moi. Mon mari et tous mes « enfants se portent bien. »

Sixième cas.

Un homme. 45 ans. Condamné 76 fois pour voies de fait. Vagabond errant de lieu en lieu invariablement ivre ou entre deux vins.

Condamnation: Trois ans d'internement au réformatoire d'Ennis.

Renseignements obtenus sur son compte 10 mois après sa libération: « ... a été relâché conditionnellement sous la surveillance d'un tuteur en juin 1903. Son tuteur déclare ce qui « suit: J'ai le plaisir de vous informer que... se conduit bien, « grâce à Dieu. Il travaille régulièrement et ne touche plus « une goutte d'alcool, sous quelle forme que ce soit. »

Septième cas.

Un homme. Ivrogne invétéré. Condamné 23 fois pour ivrognerie et voies de fait. N'avait aucun métier. Relâché à l'expiration de son terme, en octobre 1901, il entra dans une place qu'on lui avait procurée, mais ne tarda pas à reprendre ses anciennes habitudes. Dans des cas semblables, le retour au réformatoire s'impose. Le Dr Braithwaite, inspecteur des réformatoires pour buveurs en Angleterre, déclare qu'il a vu bien des cas désespérés d'ivrognes reconquérir finalement leur force de volonté après plusieurs internements consécutifs dans des asiles et plusieurs rechutes, et il prévoit les mêmes résultats pour ce qui concerne les réformatoires.

Huitième cas.

Un homme. Un monsieur de bonne famille. Sa femme l'avait quitté parce qu'il buvait. Il avait dissipé par son vice une fortune considérable. Condamné à être interné au réformatoire d'Ennis, il fut relâché conditionnellement en 1902. Après s'être abstenu de boisson pendant trois mois, il succomba à la tentation. Sa libération conditionnelle fut révoquée. Il achève maintenant son temps au réformatoire. Son cas n'est point désespéré

Neuvième cas.

Un homme. Marié, père de famille. Avait occupé une charge publique importante, que son intempérance lui avait fait perdre. Sa femme l'avait quitté à cause de son vice. Il est actuellement interné au réformatoire d'Ennis et se conduit bien. Il a repris un nouvel intérêt à la vie, il apprend le métier de charpentier et se propose de partir pour l'Australie ou pour le Canada après sa libération. Son cas promet d'être fort satisfaisant.

Nous pourrions citer bien d'autres cas encore qui prouvent péremptoirement les bienfaits accomplis par le traitement du réformatoire d'Ennis. En somme, Ennis peut revendiquer à juste titre une proportion considérable de régénérations durables, soit 18 sur 35, car les 50 % environ des alcooliques libérés se sont bien conduits dès lors et, dans les cas de rechute, les causes d'insuccès ont été examinées et enregistrées. Le réformatoire a d'autres avantages encore qui ne doivent point être oubliés. L'ivrogne habituel cause beaucoup de mal et de déboires à son entourage. Il constitue un fléau public, une cause de scandale, et le réformatoire accomplit un bienfait public en le soustrayant pour une longue période à son milieu. Les familles que l'ivrogne ruinait et désorganisait par sa conduite peuvent se reconstituer lorsqu'il a été interné pour deux ou trois ans, ce que sa présence rendait impossible. Il y a, hélas! un nombre considérable d'hommes et de femmes qui s'adonnent graduellement au vice de l'ivrognerie, non seulement à leur propre détriment, mais à celui des pauvres enfants sans ressources qui dépendent d'eux. Or, la crainte du réformatoire réussit à elle seule à intimider ces buveurs qui sont légions, elle en a déjà retenu et elle en retiendra beaucoup encore sur la pente fatale de leur vice. Jusqu'à maintenant, on peut donc constater que la « Loi sur les ivrognes » de 1898 a été couronnée de succès, et que ses résultats justifient pleinement l'attente de ceux qui ont contribué à son adoption. Il ne faut point oublier que les considérations médico-légales qui ont abouti à la promulgation de cette loi sage et bienfaisante

sont basées sur la longue expérience des hommes qui ont eu affaire avec le crime causé par l'alcoolisme.

Un fait très réjouissant à constater, c'est que le maintien de la discipline au réformatoire n'a donné aucune difficulté. Les alcooliques qui se conduisent mal sont simplement isolés et condamnés à prendre leurs repas et leurs récréations à part. Les internés reconnaissent eux-mêmes que cette mesure est nécessaire dans les intérêts de toute la communauté de l'établissement.

Jusqu'au 31 décembre 1903, 62 alcooliques ont été internés au réformatoire de l'Etat pour buveurs d'Ennis. Ils se sont répartis comme l'indique le tableau ci-après:

En 1900	2 hommes et	5 femmes	Total	7
» 1901	8	» » 17	»	25
» 1902	3	» » 5	»	8
» 1903	9	» » 13	»	22
<i>Total</i>			22 hommes et 40 femmes	Total 62

Le 31 décembre 1903, il restait 31 internés au réformatoire d'Ennis, soit 12 hommes et 19 femmes.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r LEGRAIN,
médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Les données statistiques abondent sur la matière, dans les différents pays, sauf peut-être en France. Elles seraient de nature à entraîner la conviction, si le bon sens seul, aidé par l'observation psychologique, n'avait consacré depuis longtemps cet axiome : *tout individu alcoolisé, passagèrement ou continuellement, comme tout individu soumis à l'action d'un stupéfiant quelconque des facultés de contrôle, est exposé, suivant les occasions qui mettront en œuvre ses facultés inférieures, à commettre des délits ou des crimes.*

Je compléterai plus loin, par quelques chiffres — puisque la chose est redemandée — les données numériques déjà connues des précédents Congrès; mais je justifierai, au préalable, en quelques pages, l'axiome que je viens d'émettre.

I.

La succession régulière des processus psychiques dans l'ivresse, comme dans l'alcoolisme chronique, éclaire toute la question criminelle.

Je considère quatre étapes successives dans la désorganisation cérébrale au cours de l'ivresse alcoolique :

1° *Phase de désordre.* — C'est, en effet, le désarroi, la dislocation, la désharmonie des facultés supérieures qui sont les signes dominants et qui coïncident avec ce que l'on a appelé la période d'excitation. Les opérations se succèdent avec une rapidité qui altère l'attention et le jugement. Fugitivité des idées, associations rapides et superficielles, perte du contrôle, obtusion de la conscience, telles sont les conséquences de la paralysie de notre pouvoir frénateur. Les apparences brillantes du buveur sont un trompe-l'œil, car la raison est déjà atteinte gravement. C'est le moment où s'accumulent les erreurs et les faux jugements. Quelle admirable préparation à accomplir des actes fâcheux, ridicules ou répréhensibles!

En effet, tandis que l'activité individuelle proprement dite s'affaiblit en se troublant, apparaît la seconde phase :

2° *Phase sentimentale ou amoral.* — Le sujet s'abandonne sans réserve aux conceptions de son imagination aidée par une exubérante floraison d'images sensorielles. Suivant les contingences et aussi les prédispositions (héréditaires ou acquises) qui émergent à ce moment précis, le sujet est expansif ou déprimé. C'est en tout cas un sentimental, un sensitif même, un susceptible, un irritable. Aux troubles de l'intelligence succèdent les troubles de l'humeur, du caractère, les élans passionnels. Le sens moral est alors profondément troublé : aucun respect de soi-même ni des autres, absence de retenue, malpropreté, cynisme, propos grossiers ou obscènes, etc., telles sont les manifestations les plus communes.

Phase éminemment dangereuse, car c'est celle des sensations fortes, des émotions (colère, amour, jalousie, envie, haine, etc.), des penchants, des besoins, des désirs, de l'instinctivité. Mû par son moi sensible, en l'absence de son moi raisonnable, qui seul lui donnait la notion de l'équilibre, il est emporté, sans presque s'en apercevoir, au delà de limites qu'il ne franchirait point en d'autres temps.

D'ailleurs, dans cette phase, la conscience disparaît en général tout à fait avec la mémoire. Les buveurs n'en conservent le plus souvent qu'un souvenir imprécis.

Délits et crimes, surtout crimes passionnels, éclosent en quelque sorte spontanément. C'est simplement logique, notre être sensitif n'étant fait en somme que d'un chaos d'états subconscients infiniment variés, dont beaucoup, sinon la plupart, sont liés à l'instinctivité aveugle, à l'animalité. L'homme conscient, on le sait, dirige encore ses pensées; il ne dirige plus avec la même aisance tout ce qui relève du sentiment.

Ici les actes réflexes un peu compliqués qu'on appelle les actes volontaires existent encore, inspirés uniquement d'ailleurs par d'impérieuses situations de sentiments. L'être-sentiment domine et efface l'être-pensée et l'être-raison. Les volitions, malgré leurs apparences de liberté, sont conditionnées par des circonstances tout à fait fortuites et dont l'influence tout à fait anormale est pour les malades un sujet d'étonnement (amour, vengeance, haine, jalousie, impulsions sexuelles).

Mais voici que la volonté elle-même disparaît, et c'est la marque distinctive de la troisième phase :

3° *Phase aboulique ou automatique.* — Ici, plus de frein du tout, plus d'hésitation même. L'acte est lié instantanément à l'idée solitaire ou à la sensation, au sentiment ou à l'impulsion passionnelle qui le sollicite. Le grand ressort est brisé. Ici, l'intoxiqué va, vient, agit, tout comme un somnambule. C'est le moment où le jaloux frappe, où le persécuté tue, où le sexuel viole. Il le fait comme un être qui se dédouble, c'est-à-dire dont la moitié assiste à l'activité de l'autre moitié; mais, dans la plupart des cas, l'automatisme est absolu, c'est-à-dire inconscient, et la surprise de bien des délinquants ivres auxquels on révèle leurs actes, n'a rien de simulé.

Les actes passionnels, suscités au cours de la deuxième période, s'exécutent maintenant comme impulsivement. Bien plus — et cela est particulièrement grave — des états émotionnels refoulés en temps normal au fond du subconscient, d'où ils ne sortent souvent que la nuit dans le rêve ou dans le cauchemar, acquièrent une telle intensité de vie qu'ils commandent, sans le concours de l'être pensant, des actes passionnels *apparemment raisonnés et logiques*. On l'a dit avec juste raison : le vin met à nu les secrets les plus cachés de l'âme humaine.

4° *Phase paralytique*. — Je ne la cite que pour mémoire. C'est l'effondrement même de la réflectivité la plus inférieure. Même, dans l'ivresse profonde, mortelle, les manifestations de l'animalité sont quelquefois abolies. L'être équivaut au décapité.

Je me résume : l'alcool fragmente son action destructive sur les centres nerveux qu'il dissèque en quelque sorte ; la partie la plus vulnérable est précisément la plus noble : c'est l'être pensant, la raison, le jugement. C'est ce qui est altéré en toute première ligne et très rapidement ; circonstance grave qui transforme l'ivresse, même légère, en un état de courte folie. Cette constatation de psychologie élémentaire, qui est à la portée de tout le monde, est la seule réponse à faire à quiconque, même parmi les meilleurs, croit encore que l'ivresse volontaire (?) n'est pas une cause d'excuse et que l'individu qui se rend coupable d'un acte répréhensible sous l'influence d'un excès de boissons alcooliques n'est pas un irresponsable. Les criminalistes et les médecins sont unanimes à déclarer que l'idiot qui tue est plus à plaindre qu'à punir ; c'est ce que l'on fait d'ailleurs. L'ivrogne est identifiable à l'idiot. Il est seulement fâcheux qu'une foule de circonstances extérieures et même étrangères à l'homme l'induisent à cet état d'excitation passagère.

Je ne parle pas ici du cas où l'homme, sentant que son bras est débile, en temps normal, pour perpétrer un crime, obscurcit volontairement son intelligence pour libérer son bras.

Les facultés de contrôle ayant disparu, l'être sensible, jusque-là dominé, entre en ligne et jouit de sa liberté. L'intelligent devient le passionnel.

Puis le passionnel abdique au profit de l'automate.

Puis c'est le néant.

Ainsi s'effondrent les étages superposés par ordre de noblesse : l'intelligence, le sentiment et la volonté qui est à leur service.

Il y a des boissons alcooliques qui, comme les boissons à essence (absinthe, vermouth, amers, etc.), ont le privilège de stupéfier instantanément et de supprimer les deux premières étapes d'un seul coup, créant l'automatisme parfait. Les crimes et délits des absinthiques, accomplis dans le vertige, sont démonstratifs. Ils ont donné à la criminalité moderne, surtout dans notre pays, patrie de l'absinthisme, une physionomie tristement originale.

J'ai dit que la psychologie éclairait toute la question criminelle afférente à l'alcoolique ; je pense l'avoir démontré : chez l'homme en puissance d'alcool, le crime est une chose latente, logique, prévue, fatale si l'occasion s'en présente. Le simple raisonnement explique donc le parallélisme, partout reconnu, entre les courbes de la consommation alcoolique et de la criminalité.

Or, ce qui a été dit de l'ivresse simple peut se redire de *l'alcoolisme chronique*. Au point de vue psychologique, l'alcoolisé chronique développe, en un nombre d'années variable, les quatre étapes que j'ai décrites, ou, si l'on préfère, l'accès d'ivresse condense en quelques heures toute la vie d'un alcoolique. Mais ici une foule de circonstances viennent modifier, interrompre, troubler profondément la marche des événements, parce qu'ils s'échelonnent sur un long espace de temps.

Ici le facteur individuel doit être pris en très sérieuse considération par le criminaliste, car, si, dans l'ensemble, l'alcoolisme mental évolue suivant des lois bien déterminées, cette évolution est altérée par des contingences si nombreuses que le cas général se réduit à des cas d'espèce, à analyser séparément. Cela ne se produit pas pour l'ivresse, qui est un fait simple, brutal, essentiellement aigu et transitoire. A l'inverse de ce que l'on croit, c'est beaucoup plus pour l'alcoolisé chronique que pour l'homme ivre que les graves problèmes de la responsabilité peuvent se poser et se discuter.

Quoi qu'il en soit, en thèse générale, la mentalité de l'alcoolisé chronique subit les mêmes altérations progressives, et dans le même ordre, que j'ai relatées pour l'ébrié simple. Cela résulte pour moi de l'étude détaillée des milliers de buveurs qui ont passé par mes mains dans les asiles depuis 17 ans.

Ce sont tout d'abord les aptitudes intellectuelles qui déclinent: « L'homme perd ses moyens. » Il apparaît nettement diminué, à quelque milieu social qu'il appartienne, quelque profession qu'il exerce.

Je dis, une fois pour toutes, que les altérations psychiques, dès qu'elles sont acquises, sont définitives, c'est-à-dire permanentes, si l'intoxication ne cesse point. C'est une déclaration importante, au point de vue de l'analyse mentale que l'on pourra faire d'un ancien intoxiqué devenu criminel.

Après quelques années de troubles intellectuels purs, la phase passionnelle, sensationnelle, instinctive s'installe. C'est la période la plus intéressante pour le criminaliste. Les troubles du caractère, du sentiment, de l'affectivité dominant; l'état de souffrance de l'organe cérébral, souvent ignoré de l'intoxiqué lui-même, dirige désormais l'activité psychique et conditionnent les réactions. Elles sont presque fatalement antisociales, ou au moins antifamiliales (troubles du ménage, abandon des enfants, divorce, jalousie morbide — c'est la forme la plus fréquente et la plus fertile en actes criminels — paresse, actes de cruauté, de lâcheté, dévergondage sexuel, vagabondage, etc., etc.). Il serait facile d'établir une longue liste des actes répréhensibles qui sont la conséquence logique de la prépondérance définitive d'une sentimentalité malade. On conçoit que c'est surtout dans cette période, où les facultés intellectuelles sont seulement en déclin et souvent assez développées encore pour en imposer, que l'expert aura un champ vaste et délicat d'investigations individuelles.

A la troisième période, la tâche de l'expert devient simple, car la volonté a complètement disparu; l'intoxiqué apparaît nettement comme l'automate, l'impulsif. La seule difficulté réside dans la détermination de l'époque où commence cette période. Elle est difficile à résoudre. Plus que jamais, c'est une affaire d'espèce.

Je ne parle pas de la quatrième période, qui est celle de la démence irrémédiable.

II.

Cela étant, interrogeons quelques statistiques et justifions un fois de plus les rapports de fait entre l'alcoolisme et la criminalité.

Il ne saurait s'agir ici de statistique d'ensemble pour chaque nation. Cela n'existe point encore. Seule la Suisse paraît, et encore n'est-ce que pour les grandes villes, posséder dans ses statistiques officielles des rubriques sérieuses pour l'alcoolisme, considéré comme élément causal des méfaits individuels et sociaux.

Il est donc impossible de connaître « l'influence reconnue » de l'alcoolisme sur la criminalité dans les différents pays. Il n'y a point de doctrine à cet égard.

Mais, en revanche, les données statistiques, tant officielles que privées, dont on peut utilement tirer des conséquences positives sur le sujet qui nous occupe, fourmillent littéralement. Et il s'en dégage un sentiment intense, d'une éloquence persuasive, contre laquelle rien d'ailleurs ne saurait prévaloir, et qui joue un peu, vis-à-vis de la vérité tangible, le rôle que les causes morales jouent vis-à-vis des causes matérielles.

Je ne prétends point donner l'ensemble des chiffres que l'on connaît sur la matière; il faudrait des volumes.

En outre des rapports du précédent Congrès pénitentiaire, on consultera avec fruit le livre du Dr Hoppe: « *Die That-sachen über den Alkohol* » et celui de Matti Helinius: « *Die Alkoholfrage* », deux ouvrages récents et qui sont de véritables encyclopédies.

Je rappellerai quelques-unes de ces données qu'on peut considérer comme classiques, en les complétant par quelques autres qui ne sont pas sans intérêt.

1° En France, sur 10,000 meurtres, 2374 ont été commis dans les cabarets (Guerry)¹⁾. D'après une nouvelle statistique de M. Marembat, greffier de la prison de Poissy, sur 5322 in-

¹⁾ *La Sentinelle*, décembre 1901.

dividus examinés, 66.4 % étaient ivrognes. La plus forte proportion d'ivrognes se trouve parmi les condamnés pour crimes contre les personnes (82 %). Parmi les 5322 examinés, il y avait 71 % de récidivistes, parmi lesquels 75.8 % d'ivrognes¹⁾.

2° En Belgique, une enquête faite par le docteur Masoin, portant sur 22 années et comprenant des milliers de condamnés, a donné les résultats suivants: étaient ivres au moment de l'attentat, 22.2 % hommes et 5,6 % femmes. Étaient buveurs d'habitude: 44.6 % hommes et 23.2 % femmes²⁾.

D'après Lombroso³⁾, en Belgique, 25 à 27 % des crimes sont dus à l'alcool.

M. F. Thiry, professeur de droit pénal à Liège, a fait une enquête personnelle portant sur 103 condamnés dont plus de 50 % avaient subi l'influence de l'alcool au temps de l'action⁴⁾.

La statistique judiciaire belge pour 1898 constate que parmi les hommes 33.41 % des récidivistes, 11.62 % des condamnés primaires avaient commis leur crime sous l'empire de la boisson, ou étaient buveurs d'habitude, ayant subi des condamnations pour ivresse⁵⁾.

Dans 485 cas d'aliénation mentale avec crime, l'action directe ou indirecte de l'alcool a été constatée 57 fois sur 100.

Le fait le plus éloquent résulte d'une statistique nouvelle du Dr Masoin portant sur 22 années, à la prison de Louvain. Sur 2045 condamnés à un minimum de 5 ans, 11 % étaient ivres au moment du crime, 44 % étaient ivrognes d'habitude; sur 130 condamnés aux travaux forcés à perpétuité, 40 % étaient ivres au moment de l'acte et 54 % étaient ivrognes d'habitude. Sur 88 condamnés à mort, 45.1 % étaient ivres au moment du crime et 60 % étaient ivrognes d'habitude.

Ainsi, plus les crimes sont graves et sanglants, plus l'influence de l'alcool est fréquente, et l'on est en droit d'énoncer la loi inverse: l'alcool pousse au crime sanglant.

1) Congrès pénitentiaire, Bruxelles 1900.

2) *Bull. de l'Académie de Médecine de Belgique*, 1891.

3) Lombroso, *Le crime et ses remèdes*.

4) F. Thiry, *L'alcool à la prison de Liège*, 1897.

5) *Statistique judiciaire belge*.

3° En Allemagne, en 1888-89, il y eut dans toutes les prisons prussiennes 7375 hommes admis et 1717 femmes. Dans ce nombre, on comptait 14.5 % hommes ivres au moment de l'acte et 1.3 % femmes; on comptait 15.4 % hommes buveurs d'habitude et 6.05 % femmes.

De 1872 à 1875, en Allemagne, il y eut 202 condamnés à mort, sur lesquels on compte 59 % buveurs d'habitude et 43 % ivres au temps de l'action.

En 1898, la statistique criminelle de l'Empire a établi que les crimes commis contre les personnes, aux divers jours de la semaine, ont été entre eux dans le rapport numérique suivant: jeudis 62, vendredis 48, samedis 103, dimanches 254, lundis 125, mardis 69, mercredis 62¹⁾.

En 1902, d'après le professeur Hocker, 17 hommes suicidéurs sur 49 ont tué en même temps leur femme par suite d'un délire de jalousie alcoolique²⁾.

En 1901, dans 120 prisons militaires de l'Allemagne, 46 % de tous les meurtriers ont accompli leur crime sous l'empire de l'alcool³⁾.

D'après Lombroso⁴⁾, 58 % sur 2178 crimes ont été commis le dimanche soir.

A Dresde, en 1900, sur 4934 affaires judiciaires examinées par M. Oertel, juge de paix, 16 % étaient d'origine alcoolique⁵⁾.

En 1898, le docteur Monkemöller, médecin de maison de correction, a publié que, sur 200 détenus, 134 avaient commis des délits ou des crimes. Or, dans 42 % des cas où l'on a pu se procurer des renseignements, les enfants étaient issus d'alcooliques⁶⁾.

4° En Angleterre, d'après Lombroso⁷⁾, 10,000 sur 29,752 crimes d'assises ont été causés par l'alcool. 50,000 sur 90,903 condamnations sommaires ont été originaires du cabaret.

1) *Statist. génér. de l'Empire et Abst. Arbeiter*, juillet 1904.

2) Prof. Hocker, *Vorläufige Mittheil. d. Medicin. Klinik*; Fribourg 1904.

3) *Kreuz-Zeitung*, 1901, anal. in *All. News*, juillet 1901.

4) *Loc. cit.*

5) *Allg. Zeitschrift für Psych.* 1902, 59^{me} Bd.

6) Monkemöller, *Revue universelle de Psych.* 1899.

7) *Loc. cit.*

En Ecosse, où existe la fermeture des cabarets le dimanche, on a établi qu'en 1897, contre 22 arrestations faites le dimanche, il y en avait 172 pour chaque jour de la semaine en moyenne¹⁾.

A Manchester, 91 % des crimes et sévices contre les enfants sont attribués à l'alcool. Dans le Middlesex, c'est 75 %²⁾.

Dans l'armée des Indes, les punitions et condamnations ont frappé en 1894 les abstinents dans la proportion de 48.86 pour mille et les non-abstinents dans la proportion de 92.84; en 1895, 42.51 et 97.50 pour mille; en 1896, 27.22 et 70.32; en 1897, 36.52 et 74.48; en 1898 39.70 et 92.32; en 1899, 26.59 et 66.98.

En 1899, à la prison de Glasgow, sur 245 condamnés à de longues peines, on en a compté 171 plus ou moins affectés d'alcoolisme au temps de l'action, et 74 sobres³⁾.

On compte une proportion annuelle de 600 nourrissons environ, étouffés par leur mère ivre pendant le sommeil⁴⁾.

Un relevé des délits et crimes commis en Angleterre sous l'influence de l'alcool dans la période des fêtes du 26 décembre 1903 au 9 janvier 1904 a atteint le chiffre de 3292, et le relevé est incomplet⁵⁾.

5° En Suisse, au pénitencier de Lenzbourg, au rapport de M. le Dr Hürbin, directeur, en 1893, sur 253 réclusionnaires, 64 % avaient commis leur crime sous l'influence de l'alcool.

Suivant le Dr Otto Lang, magistrat, les crimes commis à Zurich aux différents jours de la semaine ont été entre eux dans le rapport numérique suivant: samedi 18, dimanche 60, lundi 22, les autres jours 4⁶⁾.

Une enquête faite en 1892, dans 33 établissements pénitentiaires, sur la principale cause des délits et crimes a été ce qui suit: 2201 examinés (1816 hommes et 385 femmes); dans 168 cas (7.65 %), l'alcool seul a été en cause; dans

1) *Temper. Record et Alliance News* (mai 1898).

2) *Alliance News*, juillet 1902.

3) *Alliance News*, juillet 1899.

4) *Enthaltsamkeit*, mai 1904.

5) *Alliance News*, janvier 1904.

6) Otto Lang, *Alkoholgenuss und Verbrechen*.

307 cas (13.8 %), l'alcool a été cause immédiate et capitale, mais unie à d'autres; dans 905 cas (41 %) l'alcool a été mêlé à d'autres causes¹⁾.

Dans le canton de Berne, d'après une étude très détaillée du docteur Guillaume, il faut compter 74.2 % des condamnations dues à l'alcool.

6° Aux Etats-Unis, à New-York, suivant Lombroso²⁾, sur 49,423 crimes 30,509 ont été le fait de buveurs d'habitude.

En 1899, la *New Voice* a questionné 3000 directeurs de prisons et obtenu 1017 réponses. La moyenne des réponses reçues de 43 Etats à licences a donné 72 % de crimes dus à la boisson. La moyenne, dans les Etats de Prohibition n'a atteint que 37 %. Notons que, dans ces derniers Etats, il y avait 57 prisons complètement vides³⁾.

De même, en 1899, dans le Maine (Etat prohibitionniste), il y avait 13 prisonniers pour 10,000 habitants. Dans l'Etat de Massachusetts (Etat à licences), il y en avait 33⁴⁾.

En 1901, dans la maison de correction de Deer Island (Massachusetts), 30 % des pensionnaires purgeaient une condamnation pour ivrognerie⁵⁾.

Le docteur Drew, médecin de l'asile d'aliénés criminels de Massachusetts, a examiné 150 cas admis en 1901 et 1902. 23 avaient commis des crimes contre les personnes, dont 6 cas de meurtre. Sur 150 cas criminels, 7 seulement n'avaient jamais bu d'alcool; 62 % étaient de grands buveurs; 31 % buveurs modérés ou sans renseignements. 56 % fils de père alcoolique. 14 % fils de mère alcoolique⁶⁾.

A New-York (deuxième trimestre 1904), sur 46,643 arrestations, plus de 1/3 a été dû à l'ivrognerie simple ou scandaleuse⁷⁾.

1) *Schw. Gesellsch. für Straf- und Gefängniswesen*. — Enquête de 1892.

2) *Loc. cit.*

3) *New Voice*, 1899.

4) *Good Templar Watchword*, février 1900.

5) *Quart. J. of Inebriety*, janvier 1900.

6) *Quart. J. of Inebriety*, juillet 1903.

7) *Alkoholgegner*, déc. 1904.

7° En Hollande, les $\frac{4}{5}$ des crimes sont, suivant Lombroso, attribuables à l'alcool¹⁾.

8° En Danemark, 86,817 arrestations, de 1871 à 1880. 74 % alcooliques. Dans le même temps, 22.6 % des divorces ont eu pour cause l'ivrognerie²⁾.

9° En Suède, de 1842 à 1851, 148 assassinats ont été dus à l'alcool; dans le même temps, il y a eu 80,000 poursuites dues uniquement à l'eau-de-vie ou au désir de s'en procurer.

Sur 19,445 hommes, forçats ou réclusionnaires, entre 1887 et 1897, 74.80 % ont reconnu que leur crime se rattachait à l'abus de l'alcool³⁾.

10° En Russie, statistiques de 1883 à 1898, 47 % des plaintes ont visé des buveurs d'habitude ou des gens ayant accompli leur mauvais coup sous l'empire de l'alcool. Dans 44 % des cas suivis de sanction, l'ivrognerie du coupable ou de sa victime ont été en jeu⁴⁾.

11° En Italie, 60 % des coups et actes de rébellion ayant entraîné condamnation ont été commis sous l'influence de l'alcool. Sur 507 délinquants examinés par le docteur A. Marro, 372 étaient alcooliques⁵⁾.

12° Au Canada, en 1899, le nombre des criminels condamnés a atteint 1445, dont 154 abstinents, 449 ivrognes et 842 dits modérés⁶⁾.

13° En Autriche, la statistique pour Vienne en 1897 a donné: rébellion, 77.7 % d'ivrognes; attentats contre les choses et scandale public, 63.4 %; menaces sérieuses, 56.8 %; attentats graves contre les personnes, 54.1 %. Si l'on ajoute les crimes classés comme contraventions simples en raison de l'état avancé de l'ivresse, le total atteint 65 %.

Dans ce chiffre ne sont comptés ni les meurtriers ni les assassins. Sur 7 meurtriers, 5 étaient ivres au temps de l'ac-

¹⁾ *Loc. cit.*

²⁾ Docteur Delbrück, *Hyg. des Alkoholismus*, page 47.

³⁾ S. Wieselgreen, *Internat. Monatschrift*, 1900.

⁴⁾ Docteur Grigorieff, *Russ. Medicin. Rundschau*, 1903.

⁵⁾ Docteur A. Marro, *Bene sociale*, janvier 1904.

⁶⁾ *Bon templier Suisse*, février 1901.

tion. Sur 17 assassins, on a compté deux ivrognes au temps de l'action, et 7 buveurs d'habitude¹⁾.

14° Au Chili, 40 % des crimes et délits sont attribués à l'alcool²⁾.

Ces citations me paraissent, une fois de plus, suffisantes pour entraîner la conviction. On peut dire que, en ce qui concerne la réalité de l'influence des boissons alcooliques sur la détermination du crime, il y a consensus universel.

Il n'en est pas moins souhaitable, en raison même de l'importance et de la gravité des circonstances, que les diverses nations confectionnent et unifient des statistiques judiciaires où l'alcool, considéré nommément comme facteur de crimes, de délits ou de contraventions simples, occuperait une rubrique spéciale.

Je proposerai plus loin un vœu dans ce sens.

III.

On nous demande maintenant ce qu'il conviendrait de faire en vue du placement des condamnés ivrognes invétérés?

La réponse est simple, si l'on envisage la question superficiellement et telle qu'elle est posée.

Puisqu'il s'agit de «condamnés», il n'y a rien à faire, sinon à les laisser purger leur peine, tout en les traitant. Comment? Ce sera la matière de mon § IV.

Mais je ferai observer que, en matière criminelle, il n'y a point de questions que l'on ait le droit de traiter d'une façon simpliste et superficielle.

Il a été suffisamment établi, et c'est un titre de gloire pour la psycho-physiologie criminelle moderne, que l'ivrogne invétéré, quels que soient les actes qu'il accomplisse, n'est pas un être normal. Si donc il est expédient de se demander ce que l'on peut faire de lui pour le traiter une fois qu'il est condamné, il serait peut-être plus expédient, disons plus

¹⁾ *Der Abstinenz*, décembre 1904.

²⁾ Schültz, in *Bene sociale*, février 1905.

équitable, de se le demander avant de lui infliger une condamnation. Il n'est pas nécessaire d'attendre pour le traiter qu'il soit ivrogne invétéré.

Je me hâte de prendre acte des termes mêmes de la question posée; la préoccupation très louable qu'elle laisse percer implique justement l'idée d'un traitement, c'est-à-dire quelque chose de médical, une intervention qui ne sera pas seulement curative mais préventive. Or cet appel qu'on lance à la thérapeutique en faveur d'un être que l'on a *condamné* à quelque chose de tellement choquant, en soi, qu'il légitime les présents développements, lesquels répondent, j'en suis bien sûr, à des scrupules légitimes chez ceux mêmes qui ont posé la question.

Et la réponse à la question subsidiaire (je devrais dire préjudicielle) qu'elle dégage sera bien simple. Les Anglais, plus avancés que nous en cette matière, l'ont réglée définitivement par le *Drunkard's Act* de 1902. Lorsqu'un buveur d'habitude a été plusieurs fois poursuivi par la justice du fait d'avoir accompli sous l'influence de la boisson des actes criminels ou délictueux, il est appréhendé et dûment interné, à la disposition de la justice, dans un asile de buveurs de l'Etat, où il est traité et guéri si possible. Il est séquestré et subit une réforme médico-administrative qui est de la prophylaxie criminelle élémentaire et rationnelle.

On voit que, par cette méthode, simplement logique, on résout sans peine la question, qui se pose si fréquemment pour les buveurs, des responsabilités limitées. On peut même dire que l'on s'épargne le souci de la résoudre, puisqu'elle ne se pose plus. On voit encore que cette méthode ingénieuse de prophylaxie est un acheminement vers la création d'asiles spéciaux pour la rétention et la cure des buveurs d'habitude.

Et, si le Congrès veut bien considérer que les criminels se recrutent en grande partie parmi les alcooliques (faits de statistique); que les alcooliques, aigus ou chroniques, ont une propension normale vers les actes réputés crimes et délits (faits d'analyse psychologique), il ne craindra point d'émettre un vœu d'ordre général, en faveur de la création d'asiles spéciaux pour la cure des buveurs d'habitude, criminels ou non.

parce qu'il y verra le moyen le plus puissant d'obvier à la progression croissante et inquiétante de la criminalité.

Au point de vue pratique, le législateur français se verra dans l'obligation, comme le législateur anglais, de déterminer à quel moment le juge devra intervenir pour l'envoi d'un prévenu dans un asile spécial. La solution est tout artificielle d'ailleurs, le terme d'«invétéré» accolé à celui d'ivrogne étant, comme bien d'autres, d'une fâcheuse relativité.

IV.

La réponse à la question principale qui m'est posée découle maintenant de tout ce qui précède et je serai bref.

Les condamnés chez lesquels l'alcool a été considéré comme l'agent provocateur et responsable devront être *traités*.

Où cela? Dans des asiles spéciaux.

Pourquoi des asiles spéciaux?

Je ne vois pour cela que des raisons d'ordre moral: c'est pour accomplir un acte de justice; pour démontrer que le criminel alcoolisé n'est pas un criminel vulgaire, que le crime a revêtu un caractère nouveau, fortuit, disons maladif, du fait même que son auteur était en puissance d'un poison troublant ses facultés; pour établir qu'une méthode de simple répression n'est pas adéquate aux exigences d'une situation dont le condamné n'est pas exclusivement responsable; pour combler enfin un desideratum de la Justice moderne, plus éclairée, qui déjà a été conduite à d'importantes réformes dans la voie des sanctions pénales, en harmonie avec ce fait devenu très lumineux que la société a une part de responsabilité dans la genèse du crime. Sa complicité éclate plus que partout ailleurs, lorsqu'il s'agit de la criminalité alcoolique, parce qu'il est notoire qu'elle fait moins que rien pour tarir les sources empoisonnées où s'abreuvent imprudemment ou inconsciemment une foule de faibles, de simples et d'ignorants.

Ces raisons, d'ordre moral, me paraissent suffisamment déterminantes.

En effet, il ne serait pas impossible, dans les prisons actuelles, de réaliser l'atmosphère curative et même prophylac-

tique de l'anti-alcoolisme, si, dans l'espèce, cela devait suffire. On peut concevoir des prisons dont tous les pensionnaires, à l'exemple du personnel, les dirigeants y compris, seraient soumis au régime de l'abstinence rigoureuse de tout spiritueux, régime de sevrage pour les uns, régime d'exemple pour les autres. On peut concevoir des prisons où tout convergerait vers l'éducation anti-alcoolique, scientifique et rationnelle (conférences comme celles qui sont faites actuellement dans les prisons de la Seine, affichage, distributions de livres et de tracts, visites familières de membres de Sociétés de tempérance, etc.). Tout cela se peut concevoir, mais ne suffirait point.

Dans une prison, les condamnés verront toujours, quoi qu'on fasse, une rigueur dans un régime d'abstinence. Ils se rappelleront qu'on les mettait « au pain sec et à l'eau » quand, enfants, on voulait les punir. Dans un asile spécial, au contraire, où la *rétenion* légale (je ne dis plus « détention ») serait le seul régime en vigueur, les condamnés associeront plus aisément l'idée de l'alcool à celle de crime, l'idée d'abstinence à celle de cure, l'idée de cure à celle de rénovation. La portée morale d'un asile spécial est immense.

Il y aurait peut-être lieu d'envisager maintenant si le fait, pour un condamné, de passer de la prison, où il est *détenu et puni*, dans un asile spécial, où il ne sera plus que *traité et retenu*, doit avoir des répercussions sur sa situation pénitentiaire. Cela ne paraît pas douteux, mais soulève peut-être un problème hors du présent cadre.

Je me bornerai à avancer que de ce changement de situation doit découler fatalement, sous peine de rendre dérisoire toute œuvre de prophylaxie, la rétention *sine die* du condamné, même après l'expiration de sa peine, jusqu'à ce qu'il puisse être considéré comme *guéri* ou déclaré tel par les médecins, opérant sous le contrôle de la justice.

Conclusions:

1° Les données statistiques universelles, officielles ou privées, confirment les données de la psychologie élémentaire du buveur, à savoir qu'il existe entre l'alcoolisme et la criminalité un lien réel de cause à effet.

2° Le lien est démontrable chez l'individu isolé, et la notion généralisée en est applicable à la nation tout entière.

3° Les courbes croissantes ou décroissantes de la criminalité sont parallèles à celles de la consommation alcoolique.

4° Les raisons qui expliquent la propension du buveur au crime expliquent pourquoi l'on rencontre si fréquemment l'alcoolisme dans les antécédents des criminels et pourquoi l'alcoolisme est la principale cause des fortes criminalités.

5° Lutter contre l'alcoolisme est une nécessité qui s'impose par conséquent comme remède à la criminalité.

6° Il est urgent que les divers départements judiciaires, dans les différents pays, publient régulièrement des statistiques minutieuses, autant que possible sur un modèle uniforme, des relations qui unissent les crimes et délits, même les plus simples, avec les habitudes de boisson de leurs auteurs.

7° Il est logique d'affirmer qu'une nation qui traite méthodiquement les buveurs d'habitude, qui fournissent un si grand contingent de criminels, accomplit un acte de sage prévoyance.

8° La création d'asiles spéciaux pour le traitement des buveurs est un des principaux moyens d'enrayer la criminalité.

9° Il y a lieu de prévoir l'internement dans ces asiles des délinquants ou criminels dont les actes ont été perpétrés sous l'influence des boissons alcooliques.

Ils y seront traités, même après l'expiration de leur peine, jusqu'à ce que leur amélioration permette aux magistrats d'en ordonner l'élargissement sans faire courir de risques à la sécurité publique.

10° Il est souhaitable que les buveurs d'habitude, délinquants ou criminels, dont la responsabilité aura paru sujette à caution, bénéficient du traitement de faveur que l'on tend à préconiser pour les délinquants ou criminels à responsabilité limitée, et voient substituer à une condamnation infamante ou afflictive un traitement à durée indéterminée dans un asile de buveurs.

11° Dans l'attente d'asiles spécialisés et d'une législation réglant le sort des délinquants et criminels buveurs d'habitude,

il y a lieu de faire de chaque établissement pénitentiaire un foyer de propagande intensive en faveur de l'abstinence de toute boisson alcoolique, notamment par l'organisation de conférences, par la suppression de l'usage réglementaire ou de faveur des boissons alcooliques même fermentées, le recrutement d'un personnel abstinent, etc...

Les criminels ordinaires, non alcooliques (ils sont rares), n'ont que profit à tirer de cette organisation.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. BERTRAND-VICTOR MARAMBAT,
Greffier-comptable de la Maison centrale de Poissy.

A la première question nous répondons :

France: 72% en 1885; 66.4% en 1899; 68.6% en 1905.

Et pour l'ensemble des trois époques: 66.8%.

Telles sont les proportions que les enquêtes auxquelles nous avons procédé à ces différentes dates nous ont révélées.

Cette question, posée au Congrès de Bruxelles en 1900, ayant été inscrite à nouveau au programme du Congrès de Budapest, il nous a paru utile, au point de vue statistique, de renouveler également, pour les condamnés entrés dans la maison centrale de Poissy, de mai 1899 à mai 1905, les précédentes études.

Le nombre de ces individus a été de 3370, mais des renseignements certains n'ont pu être recueillis que sur 1106 condamnés.

Les tableaux et chiffres ci-après font connaître les résultats des nouvelles recherches faites; le premier tableau, notamment, contient en même temps ceux obtenus dans les examens antérieurs, ce qui peut permettre une étude d'ensemble.

AGES	1885		1899		1905		Proportions totales %
	Nombre de condamnés	Nombre d'ivrognes	Nombre de condamnés	Nombre d'ivrognes	Nombre de condamnés	Nombre d'ivrognes	
Périodes							
Au-dessous de 20 ans.	296	188	217	104	199	118	57.6
De 20 à 30 ans .	966	712	717	418	491	343	67.8
» 30 à 40 » .	771	585	705	457	239	171	70.7
» 40 à 50 » .	504	373	418	264	116	88	69.8
» 50 à 60 » .	269	192	217	121	42	28	64.6
» 60 ans et au-delà	144	74	98	48	19	11	51.0
Totaux	2950	2124	2372	1412	1106	759	66.8

Il ressort de ce tableau que, dans un espace de 20 ans, de 1885 à 1905, la situation n'a pas varié: le nombre des individus condamnés adonnés à la boisson s'est maintenu à peu près dans les mêmes proportions, entre 65 et 70%.

L'examen des crimes et délits pour la période de 1899 à 1905 a donné les résultats suivants:

Crimes et délits	Nombre de condamnés	Nombre d'ivrognes	Proportions %
Vol, abus de confiance, escroquerie, faux, détournement, banqueroute	693	445	64.2
Assassinat, meurtre, homicide volontaire, coups et blessures, rébellion, menaces de mort	226	189	83.6
Viol, attentat et outrage à la pudeur, détournement de mineure	111	70	63.1
Mendicité, vagabondage, interdiction de séjour	48	40	83.3
Incendie volontaire	28	15	53.6
Totaux	1106	759	

Les proportions % précédemment signalées au Congrès de 1900 étaient respectivement, pour chaque nature de crimes ou délits, de 64.2, 82.4, 51.5, 79.4 et 61.9%.

Seuls, les crimes touchant les mœurs et les incendies volontaires accusent une augmentation, les premiers de 12% et les autres de 8% sur les proportions antérieures.

Les proportions relatives aux vols et faits similaires, aux actes de violence, aux vagabonds, sont demeurés les mêmes.

Le relevé des récidivistes confirme, lui aussi, les précédentes statistiques qui accusaient 75.8% d'ivrognes.

En effet, sur les 1106 condamnés actuels, 852 ou 77% sont récidivistes; et parmi eux, 660, ou 77.5%, s'adonnent à la boisson.

De même, la démonstration de l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité dérive surabondamment de ce fait que les ivrognes sont en moins grand nombre parmi les condamnés primaires.

Ceux-ci, au nombre de 254, n'ont en effet que 85 ivrognes, ou 33.4 % de leur effectif, c'est-à-dire le tiers seulement, alors que cette proportion pour les récidivistes entre eux s'élève à plus des trois quarts de leur nombre.

De plus, parmi tous ces ivrognes, il s'en est trouvé 241, ou 31.8 %, que la loi sur l'ivresse a frappé, je ne dirai pas de ses rigueurs, car une amende de 5 fr. ne peut être considérée comme une répression sévère, mais dont elle a fait constater l'état d'ivresse habituel.

150 ont été condamnés une fois; 45 l'ont été deux fois, et 20 trois fois; 7 ont récidivé quatre fois et 7 autres cinq fois; il y en a eu 4 poursuivis six fois et 3 sept fois; les 5 derniers ont comparu devant le juge dix, onze, douze et même treize fois.

Tenant compte de ce que, généralement, il n'est exercé de poursuites vis-à-vis des individus ivres qu'en cas de bruit et de scandale public, il est permis de supposer que le nombre des ivrognes poursuivis pour le fait d'ivresse serait bien plus élevé sans la quasi-bienveillance exercée à leur égard par les représentants de l'autorité.

Nous avons complété notre examen des dossiers, comme antérieurement, par la recherche des individus oisifs. Or, sur 1106 individus, 690, ou 62.4 %, ne se livraient à aucun travail suivi, et, parmi eux, 561, ou 81.3 %, étaient ivrognes.

Et nous avons été ainsi amené à reconnaître que le nombre d'ivrognes restant sur le total général n'étant que de 69 pour 316 travailleurs, la proportion des ivrognes chez ces derniers n'est que de 21.8 %.

Les conclusions précédentes formulées en 1885 et en 1899 d'après les renseignements obtenus sur les condamnés de ces époques se trouvent donc confirmées par les résultats obtenus dans la nouvelle enquête; et il en résulte qu'il ne peut y avoir aucun doute sur la corrélation qui existe entre l'usage des boissons alcooliques à l'excès et les faits délictueux ou criminels survenus.

Mais le Congrès de 1900, tout en reconnaissant déjà l'existence de cette influence, soit directe, soit indirecte, s'était préoccupé avec raison de la recherche des cas où cette action

s'est exercée *directement*, c'est-à-dire où les faits délictueux ou criminels étaient commis dans un état d'ivresse certain.

Ces cas sont relativement peu nombreux; ainsi, dans les recherches actuelles, nous n'avons pu en relever que 24 seulement, mais tous pour actes de violence.

Les quelques indications ci-après établissent le degré de brutalité et même de férocité atteint par ces ivrognes sous l'empire de la surexcitation provoquée par la boisson.

1° Un soir, un fils frappant sa mère qui fuyait, lui disait : Rentre, ou je vais te casser la g....; le lendemain, la mère était trouvée morte dans un chemin.

2° S'enivrant fréquemment, et sous l'influence de la colère résultant d'un état alcoolique, un individu s'armait d'un couteau et en portait 34 coups à sa maîtresse.

3° Un condamné est signalé comme batailleur, ivrogne et la terreur des gens du pays.

4° Un autre, sous l'influence de la boisson, se livrait à des actes de brutalité sur ses parents, prétendant que c'était parce que sa mère se mettait parfois en état d'ivresse.

5° Un parquet signale qu'il est impossible de rappeler tous les actes de cruauté commis par un forcené sur sa femme, qui est morte à la suite d'une opération chirurgicale nécessitée par les coups qu'elle avait reçus.

6° Un infirmier, dans un hôpital, se livrait à des brutalités de la dernière violence étant ivre.

7° Un gamin de 16 ans, buveur d'absinthe depuis l'âge de 13 ans, et que la boisson rend furieux, capable des actes les plus violents, bat sa mère et veut la tuer.

8° Un individu, armé d'une hache, menaçait de tuer sa femme, couchée dans son lit; le lendemain, il la frappait à coups de corde et la laissait inanimée sur le sol.

9° Un autre, très doux quand il n'est pas sous l'influence de l'alcool, a tellement frappé sa mère à coups de pieds, de poings et de crosse de fusil, qu'elle est morte la nuit suivante des suites de ses blessures.

10° Le désir de boire pousse même un individu, clairon de pompiers, jusqu'à mettre le feu pour, participant aux secours, se faire offrir à boire par les sinistrés.

Ces quelques faits particuliers, ajoutés à ceux déjà relatés dans les précédentes études, ne laissent aucun doute sur le rapport de cause à effet que nous cherchons à démontrer.

Le rapport que nous avons présenté au 6^e Congrès pénitentiaire, en 1900, préconisait les moyens suivants : 1^o la lecture individuelle ; 2^o les conférences ; 3^o l'enseignement par les yeux.

Nous déclarions ne pas fonder grand espoir sur la lecture, les condamnés lisant peu ou ne lisant pas du tout les ouvrages moraux ou traitant de sujets sociaux, et nous ajoutions qu'en effet, les demandes de ces ouvrages n'étaient généralement faites — et encore très rarement — que par des condamnés d'une intelligence et d'une instruction au-dessus de la moyenne.

Nous ne pouvons actuellement encore que persister dans notre sentiment.

Seuls, les deux autres moyens nous semblaient efficaces.

Or, depuis l'année 1900, on est quelque peu entré dans la voie des conférences ; et, à des intervalles très éloignés toutefois, quelques-unes ont été faites par des membres distingués de Sociétés antialcooliques ; il serait à désirer que, pour parer à leur insuffisance, les aumôniers des divers cultes en prennent eux-mêmes l'initiative.

Quant à l'enseignement par les yeux, un très grand pas a été fait par l'affichage momentané dans le prétoire de justice disciplinaire d'un placard colorié avec figures ayant pour titre principal : L'alcoolisme, voilà l'ennemi.

Cette mesure a été encore généralisée par l'apposition permanente dans chaque atelier, sous forme d'affiche, d'un extrait du procès-verbal de la séance du conseil de surveillance de l'Assistance publique du 18 décembre 1902, relatif à l'alcoolisme et à ses dangers, affiche émanée de l'initiative du Directeur général de cette administration, M. Mesureur, avec la haute approbation de M. de Selves, préfet de la Seine.

Il a donc été donné, jusqu'à présent, satisfaction en grande partie aux vœux formulés au Congrès précédent.

Le Congrès actuel doit traiter en outre dans la deuxième section la question de savoir s'il est nécessaire de créer des établissements de détention spécialement affectés aux ivrognes invétérés.

D'une façon générale, il ne semble pas qu'il y ait, sinon utilité, du moins nécessité de créer ces asiles spéciaux.

Le seul séjour dans une maison centrale pendant un temps qui n'est jamais moindre de 8 à 10 mois, devrait pouvoir suffire pour guérir les ivrognes de leur passion, en raison de la privation absolue de vin qui leur est imposée pendant la durée de leur peine.

Le règlement autorise bien des allocations de vin à titre de récompense, mais dans des proportions restreintes ($\frac{1}{4}$ de litre) ; et il n'y a que certains travailleurs, tels que maçons, serruriers, chauffeurs, vidangeurs qui bénéficient de cette allocation à leurs frais.

Il est encore accordé aux prévôts de dortoir $\frac{1}{4}$ de litre de vin par semaine.

Ce n'est assurément pas la délivrance d'une aussi faible quantité de vin, boisson hygiénique, qui peut entretenir un condamné dans son vice, en supposant que ce condamné soit un ivrogne au dehors ; peut-être le mode de distribution présenterait-il plutôt ce défaut ; en effet, ce quart de vin distribué est absorbé d'un seul trait après le repas du matin, à l'appel du nom de l'intéressé, ce qui rappelle un peu le comptoir du marchand de vin.

Or, cette distribution pourrait se faire de telle sorte que le vin accordé soit consommé pendant le repas qui serait alors plus profitable au détenu objet de la faveur : il y a là uniquement une question d'organisation facile à régler.

En dehors des moyens ci-dessus préconisés et en partie adoptés, il ne semble plus y avoir alors d'autres ressources pour combattre l'alcoolisme que dans l'amendement moral individuel du condamné ; mais l'état d'esprit actuel dans nos établissements aurait, pour cela, besoin d'être modifié, ce qui n'est pas impossible, en s'inspirant des principes posés par l'administration supérieure depuis 20 ans dans ses circulaires spéciales.

Sans élever de critique à cet égard, il me sera permis de dire que, pour arriver à l'amendement du condamné, il faut laisser de côté toute idée préconçue à son encontre et se faire une compréhension exacte des devoirs imposés.

Pour tout dire, en un mot, il faut que ceux qui ont autorité sur les condamnés se pénètrent de cette idée qu'en assurant toutes les mesures de surveillance nécessaires à la garantie de leur responsabilité quant à la garde des individus renfermés, et en leur appliquant plus ou moins sévèrement les règlements disciplinaires, ils n'ont pas accompli entièrement leur mission, mais qu'ils doivent encore se livrer à un examen judicieux de chacun des détenus pour se préoccuper ensuite de leur relèvement individuel, en réservant leurs soins spéciaux principalement à ceux pour lesquels tout espoir de retour dans la voie honnête et sage n'est pas perdu.

C'est assurément une tâche ingrate, mais on n'obtient rien sans peine; cette tâche, pour être menée à bien, devra se continuer après la libération, de façon discrète, soit en dehors des Sociétés de patronage, soit avec leur aide.

Et c'est ainsi que sera facilitée une plus large application de la libération conditionnelle avec tous les bons effets qui découlent de cette mesure, et que la question de la création d'asiles spéciaux pour les condamnés ivrognes invétérés n'aura plus lieu d'être agitée.

TROISIÈME SECTION

PREMIÈRE QUESTION

Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?

A quels moyens spéciaux y a-t-il lieu de recourir à l'égard des condamnés en général pour combattre l'alcoolisme?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. ANDRÉ PIONTHOVSKI,
professeur à l'université de Kazan.

I.

Sous le mot «alcoolisme», on comprend les suites de l'empoisonnement par l'alcool, soit une combinaison de phases spécifiques de la nature psycho-physiologique, produites par l'absorption des boissons spiritueuses. Ces phases sont excessivement variées. En détruisant l'organisme, en troublant son fonctionnement normal, elles attaquent profondément leur sphère psychique en y produisant des modifications telles qu'elles changent entièrement sa physionomie, la rendant tout

à fait anormale. Suivant les données de la psychopathologie contemporaine, l'absorption de boissons spiritueuses et l'empoisonnement par l'alcool qui s'ensuit ont pour résultat un trouble dans les fonctions intellectuelles, un affaiblissement de la faculté de recevoir et de reproduire les impressions extérieures, la perte de la faculté de discernement de ses propres actes et opinions, par suite d'une réaction trop rapide sur les impressions reçues. L'abus de l'alcool produit encore des vacillations affectives très prononcées, qui se manifestent par la violence et les emportements, par la grossièreté, la trivialité, le trouble des sentiments moraux, qui favorisent le développement de différentes maladies mentales et aboutissent à une dégradation complète de la personnalité. Cet état, désigné par le terme scientifique d'«alcoolisme chronique», produit une dégénérescence complète des sentiments d'honneur, de justice, en un mot de tout sentiment bon, élevé; il dégrade l'homme, qui devient ivrogne, ayant perdu la faculté de résistance aux penchants immoraux et égoïstes, impropre à la vie sociale indépendante. En paralysant et en détruisant les meilleurs sentiments, en fortifiant les plus mauvais penchants de la nature humaine, en privant les instincts grossiers et égoïstes de tout principe de moralité, l'absorption de boissons alcooliques agit sur les facultés de l'homme de telle sorte qu'il perd la faculté de s'orienter et devient simplement un facteur de tout excès en général et d'activité criminelle en particulier. En se plaçant à ce point de vue, on peut dire avec raison que l'alcoolisme engendre les criminels. Les individualités créées par l'alcoolisme jouent un rôle important au sein de la population criminelle, ce qui est confirmé par la statistique de tous les pays, depuis l'Amérique du Nord jusqu'à la Russie. En se basant sur ses données, on peut dire, sans exagération, que la moitié des criminels le sont devenus grâce à l'abus des boissons alcooliques¹⁾.

¹⁾ *Obs.* Les données statistiques qui se rapportent à la connexité de l'alcoolisme avec la criminalité se trouvent dans les rapports des congrès pénitentiaires précédents, de même que dans les ouvrages de Bær, Aschrott, Wieselgren, Kychère, Jaquet et autres. La compilation de ces données est contenue dans mon article intitulé: «Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la criminalité.»

Ces données, qui confirment les déductions résultant directement des thèses de la psychopathologie contemporaine, démontrent d'une manière éloquente le rôle significatif de l'alcoolisme dans l'étiologie de la criminalité et établissent catégoriquement un rapport causal entre l'alcoolisme et la criminalité.

Ce rapport causal se confirme par d'autres données, qui résultent de l'observation des conditions ou circonstances de l'entourage.

Les observations qui se rapportent à la perpétration du crime, démontrent que les actions criminelles ont lieu pour la plupart du temps les jours de la semaine où l'alcool s'absorbe en plus grande quantité, ainsi les dimanches, les jours de fêtes, les samedis et lundis, tandis que l'étude des chroniques criminelles établit qu'une cause criminelle sans connexité avec le cabaret et sans que des buveurs d'occasion ou d'habitude en soient les acteurs présente un phénomène plus ou moins rare.

Enfin, bien que l'accroissement et le développement des crimes soient le résultat d'une combinaison de toute une série de facteurs excessivement variés, dont l'intensité et le groupement ne sont pas toujours stables et uniformes, l'on constate cependant un parallélisme entre leur accroissement et leur développement et ceux de l'alcoolisme. Ainsi, d'après les recherches de M. Ferri¹⁾ concernant la France (période 1850-1874), la criminalité marche de pair avec l'augmentation ou la diminution de l'absorption des boissons spiritueuses. Ce parallélisme se fait surtout remarquer quand l'augmentation ou la diminution dans l'usage des spiritueux a lieu dans des proportions considérables. A Bruxelles, de 1886-1888, le nombre des cabarets s'est augmenté et, par conséquent, aussi la consommation des spiritueux; de même, durant cette période, et bien que la population ne s'accroisse presque pas sensiblement et que les conditions de la vie restent à peu près les mêmes, le nombre des crimes et contraventions s'est considérablement accru²⁾. En Norvège, durant la période des années 1843 à 1879,

¹⁾ V. Ferri, *Sociologie criminale*, 1900 p. 405.

²⁾ V. *Anthéaume*, *De la toxicité des alcools*, 1897, p. 125.

l'absorption de l'alcool par individu avait diminué et l'accroissement de la criminalité s'était ralenti¹⁾. Enfin, il y a des pays où, il est vrai, à part quelques rares exceptions, l'usage de l'alcool ayant été supprimé, la criminalité a disparu entièrement. Si l'on ajoute à ce qui vient d'être dit que les criminels, comme le démontre l'étude de leurs chroniques de famille, descendent pour la plupart de parents alcooliques, dont les enfants sont ordinairement faibles, sans stabilité morale et physique, alors le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des crimes nous apparaîtra dans toute sa force. Ce rôle est excessivement grave. L'alcoolisme est un des puissants facteurs de la criminalité; son action ne se borne pas à peupler les rangs de l'armée criminelle, mais il a soin de développer le milieu où se recrute en grande partie le personnel requis par cette armée. En jouant un rôle si essentiel dans l'étiologie du crime en général, l'alcoolisme, néanmoins, n'agit pas toujours au même degré sur le taux de la criminalité. Il revêt pour ainsi dire des formes spéciales d'activité criminelle. Des relations de cause à effet entre l'alcoolisme et l'une ou l'autre des formes de l'action criminelle résultent ces particularités psychiques créées et évoquées par l'absorption des spiritueux et le caractère de l'activité criminelle en question. Plus il y a de connexité entre ces particularités et le caractère de l'activité en question, plus il y a lieu d'admettre la participation au crime des personnes douées de ces particularités.

De même, dans l'étiologie des crimes, les formes mêmes de l'empoisonnement par l'alcool jouent un rôle analogue: il arrive quelquefois que la palme est remportée par un ivrogne d'occasion (empoisonnement alcoolique aigu) et d'autres fois par un ivrogne invétéré (empoisonnement alcoolique chronique), ce qui, à son tour, se comprend jusqu'à un certain point par les mêmes considérations qui expliquent le degré du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des actes criminels en général.

L'état de choses actuel confirme ces thèses; et l'étude des données qui s'y rapportent permet d'arriver aux conclusions suivantes:

¹⁾ V. Anthéaume, De la toxicité des alcools, 1897, p. 126.

1. *Le rôle de l'alcoolisme est spécialement essentiel dans l'étiologie des infractions contre la personnalité, contre la propriété, l'ordre public et la tranquillité; dans l'étiologie des infractions contre la personnalité et des crimes agressifs en général, son rôle est plus prononcé que dans l'étiologie des crimes contre la propriété.*

2. *Dans l'étiologie des attentats contre la propriété, le rôle des ivrognes invétérés (l'alcoolisme chronique) est plus considérable que dans l'étiologie d'autres actes criminels.*

II.

Un rôle aussi prononcé dû à l'alcoolisme dans l'étiologie des crimes fait naître toute une série de problèmes de nature pénale et politique d'une gravité excessive et d'un caractère criminalo-hygiénique et criminalo-thérapeutique.

Comment combattre l'accroissement et le développement de l'alcoolisme? Comment réagir sur les criminels alcooliques? Telles sont les questions les plus importantes et de la plus haute signification pour la lutte contre la criminalité.

La lutte contre l'extension de l'alcoolisme est un moyen préventif puissant contre le développement de la criminalité.

Il n'est possible de lutter avec succès contre l'alcoolisme que par la voie de réaction sur les facteurs de ce fléau et par la création de mesures qui limiteraient son développement.

Comme facteurs concomitants de l'alcoolisme on peut considérer les conditions défectueuses du milieu social et économique, qui créent une situation matérielle égale à une complète mendicité, qui, à son tour, développe une pauvreté physique et morale, et rend plus âpre la lutte de la vie. La lutte contre l'alcoolisme provoque, par conséquent, l'urgence de réformes sociales ayant pour but de supprimer ces défectuosités. Cette lutte exige également des mesures spéciales qui limiteraient l'emploi de l'alcool (monopole, le système de Gottenborg) et détourneraient de cet abus par l'organisation de divertissements publics, par la création de théâtres, de bibliothèques, de cabinets de lecture, etc.

En dehors de ces mesures d'un caractère préventif, l'alcoolisme en exige d'autres d'un caractère thérapeutique, des mesures directes à appliquer aux criminels alcooliques. La question des mesures à prendre contre les ivrognes invétérés, les alcooliques chroniques, mérite, à cet égard, une attention particulière. D'après leur organisation psychique, les criminels alcooliques chroniques, qui doivent être considérés comme des personnes malades, exigent des mesures réactives spéciales, d'un caractère médical. L'application des mesures pénales ordinaires ne peut, dans ce dernier cas, conduire aux résultats désirés. Il serait urgent de remplacer les mesures pénales ordinaires par le placement de ces criminels dans des hôpitaux spécialement organisés pour les alcooliques. L'organisation de pareils établissements est de toute urgence. Leur absence est une grande lacune du système contemporain dans l'organisation de la lutte contre la criminalité.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le Dr A. BÆR,

conseiller intime, médecin en chef du pénitencier de Plötzensee, Berlin.

Je me permets de répondre à la question ci-dessus posée, en donnant un extrait du mémoire que j'ai présenté à l'assemblée des fonctionnaires des pénitenciers allemands, qui s'est tenue à Stuttgart en 1903.

Depuis les découvertes et les démonstrations de *Robert Koch*, on sait que la tuberculose pulmonaire est causée par de petits organismes en forme de bâtonnets (bacilles tuberculeux) qui pénètrent dans le poumon, s'y localisent et y produisent des lésions, dont résulte la destruction de cet organe. Le bacille tuberculeux se multiplie prodigieusement dans le foyer d'infection et conserve sa virulence très longtemps, même quand

il est transporté de son premier lieu d'acclimatation sur un autre terrain favorable à son existence et à sa propagation.

La contagion de la tuberculose provient de l'expectoration des matières infectieuses qui se sont formées dans les poumons malades. Si les crachats, au lieu d'être détruits, sont laissés dans des endroits où ils puissent se dessécher, par exemple dans un mouchoir, sur les habits ou le linge des malades, sur les parois ou sur les meubles de leurs chambres, ils se réduisent en poussières, qui sont inhalées avec les quantités de bacilles qu'elles renferment. Un autre mode de contagion, bien moins fréquent que l'inhalation des poussières de crachats desséchés, est celui qui a lieu directement d'une personne à une autre, par l'inspiration des petites gouttelettes d'eau contenues dans l'air exhalé par le phtisique.

Heureusement la tuberculose pulmonaire ne se déclare pas chez tous les individus qui introduisent dans leurs voies respiratoires un air chargé de bacilles tuberculeux. Il faut pour cela que l'agent infectieux trouve un terrain propice, sur lequel il puisse s'établir à demeure et se multiplier. Un individu de constitution robuste, dont le thorax est bien développé et dont les voies respiratoires sont intactes, sera d'autant moins susceptible de contracter la maladie; en revanche, elle aura toutes facilités d'éclorre chez les personnes qui ont une nutrition languissante, des organes de la respiration insuffisamment développés ou des poumons déjà malades.

Si nous nous demandons maintenant à quoi il faut attribuer la fréquence de la tuberculose parmi les détenus, la réponse sera facile.

C'est en premier lieu aux conditions défavorables de leur état de santé, à l'affaiblissement de leur organisme, et ensuite aux facteurs débilitants de la vie de prison. Nombre de détenus sont d'une constitution faible, qui est héréditaire ou acquise, et qui les prédispose au développement de différentes maladies et aussi de la tuberculose. Nombre de détenus ont été gravement atteints de scrofules dans leur enfance et portent encore dans les autres périodes de leur vie les signes de la tuberculose ganglionnaire. Nombre de détenus entrent dans la maison pénitentiaire avec une phtisie déclarée ou latente, dont ils

sont tôt ou tard les victimes. Il est cependant certain que tout autant de prisonniers, ou même un plus grand nombre, deviennent tuberculeux dans les prisons. Ils y entrent en bonne santé, mais les conditions dans lesquelles ils vivent affaiblissent peu à peu leur organisme et le préparent à l'invasion du bacille tuberculeux. Tout ce qui fait languir les fonctions vitales et diminue la force de résistance de l'économie, favorise le développement de la tuberculose. La détention avec toutes ses influences fâcheuses prépare, plus ou moins vite, selon l'individualité du détenu, un terrain des plus propices à l'acclimatation du bacille. Le séjour prolongé dans des espaces clos, le défaut d'exercice en plein air, l'inspiration d'un air confiné ou même vicié, le travail dans une situation assise ou courbée, dans laquelle les fonctions des poumons sont très amoindries dans les lobes supérieurs et presque supprimées dans les sommets; les privations de toute espèce, l'insuffisance de l'alimentation et l'usage exclusif des mêmes aliments chez des personnes assujetties à de pénibles travaux, — toutes ces causes pernicieuses entraînent une sorte d'épuisement, qui, l'expérience le prouve assez, favorise extraordinairement l'éclosion de la tuberculose. Certains détenus se trouvent aussi sous l'empire d'une dépression morale, qui nuit considérablement à leur santé physique. Il n'est pas rare que des prisonniers qui subissent leur peine écrasés sous le poids du repentir, succombent au bout de peu de temps à la phtisie et à une cachexie progressive. Des détenus qui étaient pleins de vie ont la conscience bourrelée de remords et s'étiolent rapidement; de fâcheuses nouvelles, des événements malheureux dans leur famille, l'anéantissement de tout espoir de libération prochaine, sont fréquemment des causes occasionnelles qui suffisent pour développer la maladie.

Des condamnés, qui avaient les poumons sains à leur entrée au pénitencier, y contractent, sous l'influence d'une longue détention, la prédisposition à la tuberculose et finissent par en être atteints, s'ils ne sont pas soustraits, dès la première manifestation de la maladie, à l'action nocive de la détention. La contagion se produit facilement dans les prisons. Si les prisonniers vivent en commun, elle a lieu le plus ordi-

nairement par la respiration d'un air chargé de bacilles provenant des crachats desséchés. Plus il y a de détenus tuberculeux enfermés avec des détenus sains dans les ateliers et les dortoirs, plus est à craindre aussi la transmission des principes contagieux. Elle est grandement facilitée lorsque les phtisiques souillent avec leurs crachats leurs vêtements, les planchers et les parois des salles communes, et les dangers de contagion sont d'autant plus grands que les prisons sont plus encombrées. Ceux qui subissent un emprisonnement de longue durée se trouvent naturellement dans les conditions les plus défavorables pour résister à l'action du contagion. Les bacilles virulents sont alors non seulement transmis du détenu malade au détenu sain par l'inhalation des particules de crachats, mais la contagion immédiate peut aussi avoir lieu par l'action des gouttelettes projetées hors de la bouche en toussant, en causant, etc.

Il est plus difficile d'expliquer la transmission du principe contagieux lorsque l'individu, entré sain au pénitencier, y est enfermé dans une cellule qui n'avait pas été occupée par un phtisique ou qui, dans le cas contraire, avait été ensuite parfaitement désinfectée; cet individu vit ainsi sans aucun contact avec ses codétenus et néanmoins il devient phtisique dans sa cellule. Il ne peut être question ici d'une contagion directe, à moins que la surveillance des détenus ne soit confiée à un employé tuberculeux. Or on sait que la mortalité des phtisiques dans les prisons cellulaires est considérable; elle est représentée par 80 % ou même par un rapport encore plus élevé. Ces dernières années, on a découvert des bacilles de tuberculose sur des ustensiles ou des outils (rabots) usagés par des détenus et à l'extérieur de leurs gamelles; il est donc possible que ces objets soient des véhicules de la contagion. Toutefois, les détenus qui deviennent phtisiques dans les cellules sont uniquement ceux chez lesquels se manifeste l'influence pernicieuse de la détention et qui acquièrent ainsi la prédisposition à la maladie.

Pour prévenir la propagation de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, les gouvernements de la plupart des Etats dans lesquels on se préoccupe de la santé des

détenus, ont ordonné des mesures prophylactiques, dont l'emploi est indiqué par la nouvelle doctrine des maladies infectieuses. Puisque tout tuberculeux engendre des principes morbifiques qui transmettent la maladie à d'autres individus par le moyen d'un contact direct ou indirect, il est de toute nécessité d'isoler les détenus atteints de tuberculose et de mettre ainsi les détenus sains à l'abri de la contagion. L'agent infectieux se trouvant dans les crachats des tuberculeux, il faut en prévenir la dissémination, en obligeant ces malades à ne cracher que dans des récipients, dont le contenu sera ensuite détruit.

Il est certain qu'en donnant aux détenus une nourriture plus substantielle, en évitant l'encombrement de leurs salles communes, en exigeant d'eux une grande propreté et en leur fournissant un air respirable aussi pur que possible, c'est-à-dire en améliorant les conditions générales de salubrité des prisons, on obtient une notable diminution non seulement de la mortalité générale, mais aussi de la morbidité et en particulier des cas de phtisie. Il va sans dire que le succès de ces mesures prophylactiques sera d'autant plus heureux qu'elles seront plus largement et plus rigoureusement appliquées.

Le traitement de la tuberculose a aussi subi à notre époque une transformation avantageuse. La science et l'expérience nous ont appris que cette maladie est guérissable à son début, pourvu que le malade soit soustrait à toutes les influences nuisibles, demeure soumis aussi longtemps que possible à un régime diététique parfaitement approprié à son état et vive dans des conditions hygiéniques favorables. L'inhalation d'un air pur et sans poussière, le séjour prolongé en plein air, une suralimentation rationnelle, qui produise une forte assimilation, l'usage de médicaments spécifiques et d'agents physiques (repos et exercice, bains, gymnastique, massage), telle est la méthode curative qui, jointe à une action bienfaisante sur le moral du malade, est employée aujourd'hui dans les sanatoriums et y donne d'excellents résultats.

Voyons maintenant quel traitement est appliqué aux détenus atteints de tuberculose. Au début de l'affection, si le malade a la fièvre, il est traité à l'infirmerie, en compagnie d'autres malades ou isolément. On y a pour lui, sous le rapport

de la médication, tous les égards compatibles avec sa qualité de détenu et il y reste jusqu'à ce qu'il soit en convalescence et ait repris des forces. Pour rompre la monotonie de ce séjour à l'infirmerie, on transfère le malade, sur sa demande ou même contre son gré, soit à l'atelier, où il est occupé à un travail facile, soit en cellule, où on lui donne également une occupation appropriée à son état de santé, soit, si possible, dans la division agricole, et il y reste jusqu'à la fin de sa détention ou jusqu'à ce qu'une recrudescence de la maladie oblige à le réintégrer à l'infirmerie ou à le placer dans le quartier des invalides. La maladie progresse alors généralement et l'issue fatale arrive après une consommation plus ou moins lente ou plus ou moins rapide.

Est-il possible d'améliorer le régime des tuberculeux dans les prisons ?

La réponse à cette question dépend de la manière dont on l'envisage au point de vue du droit pénal et de la justice répressive. On pourrait dire que l'Etat n'est pas tenu d'accorder aux criminels le bienfait des nouvelles méthodes curatives aussi longtemps que des milliers d'honnêtes et pauvres gens de la population libre ne sont pas appelés à en profiter. D'un autre côté, on peut soutenir que l'exécution d'une peine privative de liberté ne doit absolument pas entraîner la perte de la santé et de la vie et que, les détenus bénéficiant aujourd'hui, pour toutes les autres maladies, de tous les secours de l'art médical, il faut aussi leur accorder, quand ils sont atteints de la tuberculose, le traitement qui pourra le mieux les en guérir, pourvu qu'il se concilie avec le principe de la répression des délits. Si l'on veut qu'à sa sortie du pénitencier le détenu soit physiquement en état de gagner honorablement sa vie, il ne faut pas, quand il devient tuberculeux pendant sa détention, lui enlever la possibilité de se guérir ou du moins d'améliorer son état.

En se plaçant à ce dernier point de vue, on cherchera à procurer aux détenus un traitement efficace contre la phtisie et à cet égard il est possible, même dans les circonstances présentes, d'introduire de notables améliorations. Il est déjà aujourd'hui licite, aux termes du 2^e paragraphe de l'art. 487

du code de procédure pénale pour l'Empire d'Allemagne, de surseoir, en cas de maladie, à l'exécution d'une peine privative de liberté, quand il est à craindre que l'exécution de la peine ne mette sérieusement en danger la vie du condamné. Cette disposition légale permet d'ordonner l'élargissement du détenu qui est atteint de tuberculose. Tous les médecins des prisons seront d'accord pour reconnaître que, sous l'influence de la détention, dont les fâcheux effets sont inévitables aussi bien sous le rapport intellectuel qu'au point de vue physique, l'infiltration tuberculeuse des poumons fait toujours de rapides progrès. La guérison de la tuberculose pulmonaire ne pouvant s'obtenir que dans le premier stade de la maladie, le pronostic sera d'autant plus défavorable que la détention aura une plus longue durée. Dès le moment où un détenu est reconnu atteint de tuberculose, toute prolongation de son séjour dans la maison pénitentiaire augmente le danger d'une terminaison fatale de la maladie. L'expérience prouve que des détenus tuberculeux se rétablissent souvent en très peu de temps après leur sortie de prison; il est dès lors évident que l'application de l'art. 487 sera pour eux d'autant plus salutaire qu'elle aura lieu plus tôt. Au pénitencier de Plötzensee, sur 436 détenus qui ont été libérés dans l'espace de 28 ans (1874 à 1901) pour cause de maladie, 118, soit le 27 %, étaient tuberculeux. Ce nombre serait beaucoup plus élevé si la libération pouvait avoir lieu dès les premières atteintes de la maladie, et non pas seulement, comme cela s'est fait jusqu'ici, lorsqu'il n'est plus guère possible d'en arrêter l'évolution.

Il ne sera pas question d'accorder l'élargissement de tout détenu tuberculeux. Autant qu'on peut en juger par les relevés de la statistique officielle, les réclusionnaires ne sont jamais libérés, sans doute parce que des raisons de justice criminelle s'y opposent. Ceux qui ont subi plusieurs condamnations, même à de simples peines d'emprisonnement, ne pourront sans doute pas non plus, pour les mêmes raisons, obtenir leur libération. Enfin des condamnés primaires qui inspireraient de la confiance ne seront cependant pas libérés, lorsqu'il y a lieu de supposer que, s'ils étaient en liberté, leur indigence les empêcherait de rien faire pour se guérir et les priverait, sans

compensation aucune, des soins qu'ils ont en prison. Les détenus tuberculeux de toutes ces catégories resteront dans les établissements, où ils formeront encore un assez fort contingent et seront une cause d'infection permanente pour leurs codétenus. Ils y sont voués au dépérissement et à la mort, ou s'ils sortent de prison à l'expiration de la peine, ils seront une charge pour la commune et contagionneront leur entourage.

A notre époque, des voix se sont élevées pour réclamer des réformes fondamentales dans le traitement de ces détenus. *Schäfer*¹⁾ demande qu'on ne fasse pas travailler dans des espaces clos les détenus affaiblis, atteints de prédisposition héréditaire ou déjà tuberculeux; il conseille d'isoler ces derniers des autres détenus et de les occuper surtout aux travaux de la campagne. Une chose essentielle est aussi, à son avis, l'amélioration de la nourriture. *Büdingen*²⁾ estime que, pour lutter efficacement contre la tuberculose comme maladie populaire, il faut surtout supprimer autant que possible les foyers d'infection des prisons, où la tuberculose est à l'état endémique. Selon lui, pour un grand nombre de détenus tuberculeux, le jugement qui les a condamnés à une peine privative de liberté équivaut à un arrêt de mort, et ceux qui ne succombent pas au pénitencier, en sortent pour aller transmettre la maladie au sein de la population. Le Dr Büdingen demande donc en faveur des tuberculeux un sursis à l'exécution de la peine, ou la grâce conditionnelle, et propose de soumettre les détenus libérés conditionnellement, quand la maladie est encore dans la période de début, à un traitement forcé dans des établissements spéciaux ou dans des quartiers spéciaux des sanatoriums populaires. Il pense que ce serait le moyen d'obtenir la guérison de ces malades, peut-être aussi leur régénération morale, et de prémunir la société contre le danger d'une contamination. Quant aux individus qui, à l'époque de leur condamnation, sont atteints de la tuberculose avancée, ils

¹⁾ Dr. M. Schäfer: Über Gefängniskrankheiten, Blätter f. Gefängnisk. 1900, p. 191 et s.

²⁾ Dr. Th. Büdingen: Zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht, Deutsche V.-Zschr. f. öff. Gesundheitspflege, 1899.

seraient placés au pénitencier, mais y resteraient en dehors de tout contact avec les détenus sains.

Ces propositions, auxquelles on n'avait pas jusqu'ici prêté grande attention ou qu'on avait considérées comme irréalisables, ont été mieux accueillies ces derniers temps dans quelques Etats de l'Amérique du Nord. Ainsi le Dr *Blake*, médecin-inspecteur des prisons de l'Etat d'Alabama, demande l'internement des détenus tuberculeux dans des établissements uniquement affectés à cette destination et éloignés le plus possible des autres maisons pénitentiaires; son but est de soustraire les détenus non tuberculeux au danger d'une infection et de placer les malades dans de meilleures conditions de traitement. « La tâche de l'Etat », dit-il¹⁾, « est ici très simple et très nette. Il a le droit de priver le criminel de sa liberté, mais il n'a pas le droit de lui ravir sa santé. » Au Texas, ce progrès est déjà réalisé. Les détenus tuberculeux n'y sont pas seulement séparés des autres détenus, mais ils sont placés dans un sanatorium pénitentiaire où ils reçoivent les mêmes soins que les malades des sanatoriums ordinaires. « *The Example set by Texas is one to be copied* » (« L'exemple donné par le Texas devrait être suivi »), est-il dit dans ce rapport²⁾.

Si l'on veut modifier le régime des tuberculeux dans les prisons, des installations spéciales sont indispensables. Il faudra des locaux où ces malades puissent être isolés et où ils soient soumis au même traitement rationnel et systématique que celui qui est maintenant en usage dans les sanatoriums. Pour atteindre ce but, il ne sera nullement nécessaire de créer de grands établissements destinés à l'internement des détenus tuberculeux. On ne peut d'ailleurs pas penser à la création de pénitenciers de ce genre, parce que les malades devraient y être transportés de très loin, parce qu'il serait très difficile d'assujettir un si grand nombre de malades à la discipline d'une maison de détention et enfin parce qu'un pareil établissement occasionnerait des dépenses assez considérables, dont l'Etat n'a sans doute pas l'intention de se charger pour le

¹⁾ Separate Prisons for Tuberculosis. The Lancet 1900, p. 1769.

²⁾ Isolation of Consumptive Convicts in Texas. The Lancet 1901, p. 1576.

moment. Il sera beaucoup plus facile d'organiser une division spéciale dans les grands pénitenciers, avec des installations analogues à celles qu'on prévoit pour le sanatorium destiné aux tuberculeux dans les grands établissements hospitaliers, et cette organisation sera bien suffisante. Ces divisions doivent recevoir 40 à 50 malades, qui formeront de petits groupes selon les différents stades de leur maladie et dont le traitement pourra même être parfaitement individualisé. Voici comment s'est exprimé à cet égard le Dr *Schaper*, directeur de la Charité, le très ardent promoteur de ces installations dans les grands hôpitaux¹⁾: « On a dit que ces salles organisées pour les malades de la poitrine ressembleraient fort à des salles mortuaires; mais si nous avons des installations bien appropriées à leur destination et qui nous permettent d'individualiser le traitement, ces divisions spéciales de nos établissements hospitaliers donneront certainement, comme les sanatoriums, de bons résultats. Ces sanatoriums des hôpitaux doivent avoir de petites salles, avec des vérandas, des promenoirs, des réfectoires, et être pourvus de tous les moyens thérapeutiques que la science moderne met à notre disposition. » Un sanatorium de ce genre sera organisé, selon les indications si judicieuses de *Schaper*, dans le nouveau bâtiment de la Charité à Berlin, et il n'y a pas de doute qu'on aura là des installations modèles.

Larsen dirige un même sanatorium à Copenhague, depuis 1896, avec d'excellents résultats et il déclare qu'on peut organiser à peu de frais, dans nombre d'hôpitaux de province, une espèce de traitement sanatorial des tuberculeux²⁾.

L'organisation des sanatoriums pour de grands hôpitaux militaires a été vivement recommandée ces dernières années par le Dr *Unterberger* et il en a lui-même organisé avec beaucoup de succès dans les hôpitaux russes. Les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital de Zarskoje-Sselo sont des plus satisfaisants.

¹⁾ Über die Notwendigkeit der Einrichtung besonderer Abteilungen für Lungenkranke in grossen Krankenhäusern. Dr. *H. Schaper*: Berl. klinische Wochenschrift, 1898, p. 161.

²⁾ *A. Larsen*. Om Behandling af Lungentuberkulose pan Provinssygehuse. Deutsche med. Wochenschr., 1903, 5 Mars.

Il a traité au sanatorium de cet hôpital, dans l'espace de sept années, 310 malades atteints de tuberculose à ses débuts; sur ce nombre, 90, soit 29 %, ont dû être exemptés du service, c'est-à-dire qu'ils sont sortis de l'hôpital incapables de travailler, et 210, soit 71 %, en sont sortis pour rentrer sous les drapeaux. « Un air pur et riche en ozone, le soleil, l'hydrothérapie, une nourriture fortifiante et le repos du corps et de l'esprit, tels sont les agents au moyen desquels les sanatoriums rendent aux tuberculeux des forces et la santé. Toutes ces conditions, dit-il, peuvent s'obtenir à un haut degré par l'organisation de sanatoriums dans les établissements hospitaliers¹⁾. »

Les avantages qu'on retire de ces services spéciaux dans les grands hôpitaux peuvent se réaliser aussi dans les grands pénitenciers. Un sanatorium un peu vaste dans un de ces établissements suffit pour plusieurs pénitenciers et prisons et on pourra donc se contenter d'organiser un nombre très restreint de ces quartiers à destination spéciale. Cette réforme, facile à accomplir et nullement très coûteuse, fera profiter aussi les détenus des bénéfices du beau mouvement national qui se manifeste en faveur de l'institution des sanatoriums et conservera à beaucoup d'entre eux la santé et la vie. Les soins et la guérison que cette réforme procurera aux tuberculeux ne doivent, à vrai dire, que chercher à compenser, en toute équité, le mal qui leur est fait par la détention, sans que la main vengeresse de la justice puisse le leur épargner.

¹⁾ Über die Notwendigkeit der Einrichtungen von Haus-Sanatorien für Tuberculose in den Militärspitälern mit Berücksichtigung des heutigen Standpunktes über die Tuberkulosenfrage. Par le Dr *Unterberger*, conseiller d'Etat et médecin en chef de l'hôpital militaire à Zarskoje-Sselo. Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1898 und Die Tuberkulosenfrage. St. Petersburg 1903, p. 2.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r LADISLÁS BÜBEN, médecin pénitentiaire.

Etant donné le fait indiscutable d'après lequel les essais et expériences qui se sont affirmés déjà sont plus convaincants que les théories les plus plausibles, j'énumérerai dans leur ordre chronologique toutes les dispositions à l'aide desquelles nous avons réussi, non seulement à opposer une digue à la tuberculose dépeuplant notre seul pénitencier de femmes durant les 25 années qui constituent la première période de son existence, mais encore à réduire dans la seconde période de 22 ans le nombre des décès et à augmenter, d'année en année, le nombre des cas de guérison.

La commune de Maria-Nostra est située dans un entonnoir du Danube moyen, compris entre Vác et Esztergom, à 7 kilomètres au nord de la commune de Szob, et entouré de

collines fortement boisées. Sur les limites nord-ouest de cette petite commune de Maria-Nostra fut créé en 1858 le pénitencier actuel de femmes.

C'est un bâtiment rectangulaire, à deux étages, qui servait primitivement de couvent à des moines, n'avait alors qu'un seul étage et renfermait entre ses murs, semblable en cela à toutes les constructions monacales, deux grandes cours de forme carrée.

En 1894, ce bâtiment fut agrandi par des édifices cellulaires, un hôpital et une chapelle destinée au culte catholique-romain, le tout relié à l'ancienne bâtisse par un couloir ou corridor pratiqué entre les divers corps de bâtiment.

Attendu qu'au point de vue chronologique il est indispensable d'avoir connaissance des premières 25 années de l'existence de notre pénitencier, je me bornerai, en attendant, à ne faire connaître sommairement que le pénitencier et son aménagement, sans faire mention de ces nouvelles constructions.

Bien que le cloître soit un bâtiment très vaste et qu'en le transformant en pénitencier l'on ait élevé un second étage sur le premier qui existait déjà, et bien que les locaux ainsi obtenus au second étage aient été aménagés plus spacieusement, il n'en est pas moins vrai que les étroites cellules de moines, à murs épais, du rez-de-chaussée et du premier étage, et les longs et spacieux corridors voûtés produisent sur les visiteurs de l'établissement une impression analogue à celle que l'on ressent en visitant un couvent.

Les divers locaux de l'établissement se divisent comme suit: 29 dortoirs, 3 ateliers, 2 petites et 2 grandes pièces aménagées en hôpital, 3 chapelles destinées aux cultes catholique-romain, protestant et grec-orthodoxe. Chacun de ces locaux est pourvu d'un chauffage extérieur et muni de poêles en fer ne permettant aucune ventilation.

On y trouve en outre: les bureaux de la direction, les cuisines, une boulangerie, une buanderie, une salle de bains pourvue de 9 baignoires, des magasins; 8 cellules sombres situées au sous-sol et destinées à purger les punitions disciplinaires, complètent l'aménagement intérieur de notre établissement.

L'alimentation quotidienne est de 560 grammes de pain de seigle; 52 centilitres de soupe maigre au déjeuner; deux fois par semaine, soupe grasse avec une portion de bouilli pesant 90 grammes; cinq fois par semaine, soupe maigre préparée au roux ou mélangée de farine, avec, quatre fois par semaine, 52 centilitres de légumes, et une fois par semaine pâtes bouillies. Lorsque la peine a été aggravée par le jeûne, la détenue ne reçoit, à certains jours de la semaine, que du pain sec et de l'eau.

Les travaux à l'aiguille forment la principale occupation des détenues, ainsi que la filature et le tissage; les vieilles et les maladroites ébarbent des plumes. Une petite partie soignent les animaux domestiques dans la cour de l'économie agricole, coupent du bois et travaillent au jardin potager pendant la saison chaude.

Il y avait, en 1882, 25 ans que le pénitencier fut fondé. Alors on ne visa qu'à l'essentiel. Abstraction faite du jubilé, partout adopté et usité en ces occasions, cette date formait, au surplus, une limite naturelle dans son existence, attendu que ce fut en même temps la dernière année où l'effectif des détenues n'arriva pas au nombre de 400.

Durant cette première période de 25 ans, le plus petit effectif fut atteint en 1868 avec un nombre de 155 détenues, et le plus fort en 1882 avec un chiffre de 393.

Dans le courant de cette période, il y eut en tout 2894 détenues transférées dans l'établissement; il en est mort 481, c'est-à-dire 16.62 %. Sur ce nombre, il y eut 329 décès attribuables à la tuberculose, c'est-à-dire 11.37 % du total, ou, en d'autres termes, presque les trois quarts des décès.

A ces conjonctures défavorables de l'état sanitaire vint s'ajouter, par surcroît, la mise en vigueur du nouveau code pénal dans la seconde période, laquelle remonte déjà à 22 années. A la suite des transports ordonnés par la nouvelle loi, l'effectif quotidien atteignit en 1883 le chiffre de 405 détenues.

Comme il était à prévoir que l'effectif allait s'accroître encore à l'avenir, le nouveau médecin de l'établissement devait tenir compte d'une circonstance qui ne pouvait manquer de se

produire : « Si les cas de décès attribuables à la tuberculose étaient déjà si nombreux sur une population telle qu'elle avait été jusqu'alors, il était évident, se dit-il, que la mortalité imputable à cette maladie deviendrait plus effrayante encore avec une plus grande population confinée dans le même espace, vivant dans les mêmes conditions que la population moins forte qui avait précédé. »

Il était donc clair que sa position et ses obligations professionnelles lui faisaient un devoir urgent de mettre graduellement en vigueur des mesures préventives qui devaient, autant que possible, tenir compte des nouvelles conditions d'existence.

Je me propose, dans ce travail, de faire connaître sommairement la nature de ces dispositions, ordonnées et appliquées par le médecin.

1° Comme il ne put découvrir aucune donnée relative aux locaux que renfermait le pénitencier, il se mit à les mesurer lui-même et dut constater qu'en ne tenant compte que des plus modestes exigences de l'hygiène, les dortoirs de l'établissement ne pouvaient abriter plus de 290 personnes, tandis que dans les ateliers il n'y avait de la place que pour 185 détenues.

La conséquence de cette constatation fut qu'on ordonna la réduction des nombreux transports dès la fin de l'an 1883.

2° En attendant que l'on se mît en devoir d'agrandir le pénitencier conformément aux exigences résultant de l'effectif plus élevé des détenues, et que l'on ordonnât l'application des plus indispensables appareils de ventilation aux locaux pénitentiaires déjà surpeuplés, le ministère de la justice permit que les détenues prédisposées à la tuberculose fissent leurs travaux dans les cours clôturées par le massif du bâtiment et par un temps qui ne nuisît pas à leur état de santé. Les deux cours furent donc munies de bancs et la plus grande fut même plantée d'arbres.

3° En considérant la petite quantité d'albumine que fournissaient les aliments distribués dans le menu, il fut ordonné de peser chaque détenue deux fois l'an : au printemps et en automne.

Les trop grandes pertes en poids sont soumises à un examen médical, selon les résultats duquel on ordonne, soit la distribution aux détenues d'une certaine quantité de lait, soit le renvoi à une occupation plus en rapport avec leur état général de santé.

4° Il y eut, dans ce pénitencier, situé passablement au-dessus du niveau de la mer, sur un terrain non marécageux, mais entouré de vastes forêts, une moyenne annuelle de 60 cas de fièvres paludéennes et de 4 cas de fièvre typhoïde. En 1885, on se mit donc à nettoyer le vivier, héritage du temps des moines, cause de ces maladies, et qui n'avait jamais été curé durant tout un siècle, et dont les eaux étaient employées par les détenues pour y rincer leur linge. Du coup, l'établissement se vit à tout jamais débarrassé de ces maladies destructives du système nerveux, cause de tant de cas d'anémie et de mort même.

5° La ventilation artificielle fut introduite en 1886. Mais, aussi bien à cause de l'éloignement qui séparait les locaux pénitentiaires de l'établissement les uns des autres, d'une part, et la faible machine à vapeur, d'autre part, qu'en raison des grands frais que nécessitait cette installation, elle fut appliquée dans son expression la plus simple, c'est-à-dire en ayant recours aux forces naturelles qu'on avait sous la main. On se servit donc de la différence de température entre l'atmosphère intérieure et l'atmosphère extérieure ainsi que de la pression exercée par le vent, d'agents aspirateurs d'air, de même que de cette même différence de température et de l'écart qui existe entre la densité de l'air aux diverses altitudes, en employant les courants d'air ainsi obtenus comme des agents rénovateurs de l'air intérieur.

L'air extérieur est amené dans les locaux au moyen de tuyaux dits Tobin, faits de fer-blanc. Les orifices des deux extrémités sont munis de grillages en fer destinés à parer à l'introduction des ordures. L'orifice inférieur est placé à niveau du plancher de la chambre, il passe par le mur et donne au dehors, tandis que la partie la plus longue du tuyau, affectant la forme d'une pipe, est fixée contre le mur, où il s'élève aux deux tiers de la hauteur totale, pour se terminer ensuite par une petite courbe tournée vers la chambre.

Dans les ateliers, le diamètre du tuyau est de 40 centimètres, dans les locaux de l'hôpital de 20 centimètres. Chaque mur extérieur des locaux porte un de ces tuyaux de ventilation.

Des canaux à forme carrée, faits de planches clouées ensemble, servent d'issue à l'air corrompu des pièces. Ces canaux partent des planchers, passent par les plafonds des étages et par le grenier pour se terminer au-dessus du niveau de la toiture. Le côté tourné vers la chambre est muni d'une jalousie fermant les deux ouvertures qui y sont pratiquées; celle inférieure est tout près du plancher, tandis que la supérieure se trouve à hauteur du plafond.

L'orifice des canaux d'évacuation a été proportionné à celui des tuyaux de ventilation, de manière à ce que chaque personne séjournant dans les ateliers reçoive 43 centimètres carrés de surface de canal d'évacuation et 33 centimètres carrés du tuyau de ventilation; dans les locaux de l'hôpital, ces proportions sont doublées.

Cette ventilation a été appliquée dans les ateliers, dans deux grands dortoirs, dans les quatre locaux qui servent d'hôpital et dans la chapelle catholique, qui tous en ont été munis comme étant les locaux les plus peuplés.

6° Dans le courant de cette même année a été transformé aussi le bain d'été, alimenté par un ruisseau qui passe à travers le jardin, et qui était déjà devenu impropre à l'usage. Par cette transformation, l'eau presque glacée du ruisseau est recueillie dans un bassin où elle se chauffe de manière à pouvoir être employée même par les détenues plus sensibles au froid.

7° Le balayage du plancher, des pièces et salles a été réduit dans la mesure du possible et remplacé par l'emploi de linges mouillés que l'on y passe afin d'enlever la poussière qui s'y est accumulée. Là où l'état détérioré du plancher ne permet en aucune façon l'emploi des linges mouillés, le balayage se fait après que le plancher a été couvert de sciure imbibée et humectée de sulfate de cuivre, en attendant que, devenus tout à fait mauvais et hors d'usage, tous les planchers soient remplacés par des parquets enduits d'huile ou par de la terre de granit.

8° Les divers locaux, couloirs et corridors sont munis de crachoirs remplis d'eau.

9° Des dortoirs spéciaux ont été créés pour les personnes plus ou moins atteintes de tuberculose ou prédisposées à cette maladie. Dans chacun de ces dortoirs chaque personne dispose d'une capacité de 20 mètres cubes; chacun de ces locaux est, en outre, muni d'un appareil de ventilation.

10° Afin de pouvoir varier de temps à autre les travaux à l'aiguille, qui exigent que la personne qui les exécute se tienne constamment assise, pour les combiner avec des travaux horticoles et agricoles, la communauté des sœurs religieuses de la Miséricorde, chargées de la direction et de l'entretien de l'établissement pénitentiaire, a pris à bail une étendue de terrain de 250 arpents, où les détenues peuvent s'occuper surtout du jardinage, de la culture des fruits et de la vigne, ainsi que de travaux agricoles.

11° En 1895, l'on éleva un bâtiment cellulaire permettant l'application du système pénitentiaire progressif, et pouvant abriter 183 détenues, placées en autant de cellules. De plus, on construisit encore un bâtiment spécial destiné à servir d'hôpital pour 60 malades et aménagé conformément aux exigences modernes de la science médicale et une église catholique proportionnée au nombre très élevé des croyants, ce qui a fait cesser le trop-plein des locaux de la maison de force.

En même temps, on eut soin aussi d'agrandir la salle de bains de la maison de force, qui ne disposait jusqu'alors que de 9 baignoires, chiffre absolument insuffisant.

12° Considérant que notre menu n'a pas été amélioré jusqu'à aujourd'hui même, et qu'il ne fournit, à côté du sulfide carbonique, ainsi que des albumines végétaux, que fort peu d'aliment animal, de sorte que les occupations exigeant une position assise et permettant peu de mouvement occasionnaient chez la majeure partie des détenues des maux et des troubles digestifs, de l'anémie et la tuméfaction des glandes, se manifestant tous très tôt, le médecin de l'établissement chercha, dans son propre rayon d'action, à porter remède à cet état de choses, et ordonna, dès l'apparition de la saison froide, la distribution d'huile de foie de morue mélangée de créosote à

toutes celles qui manifestaient les susdits symptômes. Par cette mesure, il favorisa, d'une part, l'alimentation tandis que, d'autre part, c'était un moyen préservatif contre le développement de la tuberculose, ainsi que le remède exigé pour la guérison de la maladie même dans le cas où elle se fût déjà manifestée.

Encouragé, d'autre part, à la suite d'une conférence tenue à l'Académie de médecine française, le 14 avril 1891, par le professeur Germain Sée, qui traite avec succès ses malades tuberculeux dans des chambres imprégnées de vapeurs de créosote et de racines d'eucalyptus, il aménagea d'abord une des chambres de l'ancien hôpital, de manière à ce que l'orifice du tuyau d'aérage de l'appareil ventilateur fût recouvert d'un linge peu dense, mais imprégné d'huile de créosote et d'eucalyptus, ordonnant en même temps le chauffage de la pièce même durant la saison chaude. De cette façon, l'air extérieur faisant irruption dans la pièce entraîne une telle quantité de matière que la chambre est constamment saturée de vapeurs de créosote et d'eucalyptus. Dans la plus grande salle du nouvel hôpital, réservée au placement des malades tuberculeux, l'orifice aspirateur du calorifère système Meidinger est muni d'un linge imprégné de créosote.

Par ce procédé, les malades respirent constamment des vapeurs de créosote ayant presque la forme d'une rosée, et il en résulte que leur expectoration s'accomplit plus facilement, tandis que les quintes de toux deviennent moins violentes et moins douloureuses. Et bien que ces malades reçoivent rarement un autre remède que l'huile de foie de morue contenant 1% de créosote, elles montrent plus de patience, malgré la longue durée de leur maladie, parce qu'elles savent qu'elles respirent constamment des remèdes. Cette circonstance ne laisse pas que d'exercer une bonne influence sur leur état général et de fortifier leurs espérances. A tout bien considérer, cette dernière circonstance constitue en elle-même déjà un résultat qui n'est pas à dédaigner, surtout si l'on tient compte du fait que la population peu cultivée des maisons de force est habituée au charlatanisme et perd très vite, dans ses maladies à longue haleine, toute confiance et espérance placées dans les remèdes.

Je ne désire pas m'étendre davantage sur le rôle de ce dernier procédé dans la lutte de défense que nous avons engagée contre la tuberculose. Je me bornerai donc à faire la constatation d'un fait inéluctable : c'est que dans les 10 dernières années, il y eut 25 détenues malades franchement tuberculeuses qui furent guéries de leur maladie.

En terminant, je désire jeter encore un coup d'œil sur l'effet que ces dispositions et ces mesures ont exercé sur l'état sanitaire en général de notre établissement et surtout sur la tuberculose.

Dans la seconde période, allant de 1883 à la fin de 1904, et comprenant les 22 dernières années, il y eut 3806 personnes qui furent transférées dans notre pénitencier. Sur ce total, il y eut 421 décès, c'est-à-dire 11%, dont 291 = 7.6% cas imputables à la tuberculose.

Durant la première période de 25 ans, il y eut, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, 2894 personnes de transportées; sur ce total, les cas de décès en général s'élevaient au taux de 16.62%, et ceux imputables à la tuberculose à celui de 11.37%.

Si l'on considère maintenant que notre maison de force dut, dans le courant de cette seconde période, lutter par surcroît encore contre le trop-plein des locaux, que l'état général de la santé des détenues pendant la seconde période n'était en rien meilleure que celui des détenues de la première, et enfin que notre menu ne fut pas amélioré pendant cette dite période, l'on ne saurait attribuer l'amélioration de l'hygiène et la diminution des cas de décès imputables à la tuberculose qu'aux bons résultats obtenus par les dispositions et mesures ci-dessus mentionnées.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

J. W. DEKNATEL,

Médecin de la prison cellulaire et de la maison d'arrêt de Bréda (Hollande).

La question sera seulement posée pour les prisons cellulaires destinées à 200 jusqu'à 300 personnes, le système accepté et exécuté en Hollande. Les moyens de combattre et de traiter la tuberculose dans une prison reposent naturellement sur les idées fondamentales qu'on a sur cette maladie. Commençons donc avec un exposé aussi bref que possible des principes sur lesquels ces mesures doivent reposer.

La tuberculose est une maladie qui est causée par le bacille de Koch. La source principale de ces bacilles sont les hommes qui souffrent de la phtisie pulmonaire et qui répandent des bacilles dans l'air quand ils déposent les crachats

soit sur le plancher, soit dans un mouchoir. C'est par la dessiccation que les bacilles se répandent dans l'air. Ils entrent dans l'organisme et plus spécialement dans les poumons par deux voies : par la voie respiratoire, voie directe; par la voie du système lymphoïde (glandes lymphoïdes), voie indirecte.

Un seul bacille de Koch entré dans l'organisme ne mène pas à la phtisie pulmonaire. Deux circonstances sont à viser: la quantité des bacilles et l'état de l'organisme. On est prédisposé à la tuberculose par toutes les circonstances, héréditaires ou acquises, qui minent la vitalité. Cette prédisposition est déjà grande quand l'individu descend d'une famille tuberculeuse. Elle devient plus grande encore par toutes les maladies infectieuses aiguës, par les maladies constitutionnelles telles que le diabète, la syphilis, par une nutrition insuffisante, par des excès de tout ordre. On sait que la fréquence de la tuberculose est très grande, qu'environ 1/7 des décès est occasionné par elle (16.74 % en Hollande), que Nægeli trouvait dans 97 % d'une série de cadavres des traces d'une affection antérieure, pour la plupart guérie.

Les signes les plus importants indiquant la tuberculose pulmonaire naissante sont: l'hæmophyse; pâleur de la peau et des membranes muqueuses; l'amaigrissement; toux dont la durée surpasse 4 semaines; une température anale qui dépasse 37.6°C. après mouvement.

L'hygiène, la prophylaxie ont donc pour but: 1° d'anéantir les bacilles et de prévenir l'inhalation des bacilles, 2° de combattre la prédisposition.

Le traitement moderne repose sur les principes suivants: 1° traitement conservatif de la tuberculose locale, 2° traitement en plein air des malades souffrant de la tuberculose pulmonaire dans les deux premiers stades, 3° hygiène générale et individuelle.

Inutile de faire un long exposé pourquoi les prisonniers, pour la plupart débilités par l'existence antérieure, par la situation morale et enfin par l'emprisonnement lui-même, présentent un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Quelle est la proportion des détenus atteints à un degré quelconque de la tuberculose? On peut répondre à cette ques-

tion seulement dans les pays où se trouve une statistique scientifique. La seule qui soit possible et donne des résultats certains est celle qui repose sur le système des fiches individuelles. Or, ce moyen de faire connaître exactement l'état sanitaire des détenus de toute catégorie est seulement introduit il y a deux ans en Hollande et le résultat du matériel ainsi obtenu n'est pas encore connu.

Le côté antérieur de ces fiches est réservé pour les données administratives, tandis que sur le côté postérieur sont mentionnées les maladies dont le prisonnier a été atteint, avec les dates de la première visite du médecin, et de la dernière visite en cas de guérison, c. q. la date de la libération ou du décès.

Je n'attache que peu d'importance aux statistiques antérieures basées sur le système de tableaux. Pour donner une idée de la fréquence de la tuberculose dans nos prisons cellulaires, je veux seulement mentionner que le 1^{er} novembre 1904 se trouvaient dans la prison cellulaire de Bréda sur un nombre de 208 détenus:

2 cas de tuberculose pulmonaire.	1 %
4 » suspects de tuberculose pulmonaire.	2 %
2 » de tuberculose des os	1 %
3 » » glandulaire	1.5 %
2 » de scrofulose; cas suspects de tuberculose glandulaire	1 %
	<hr/>
	6.5 %

Quant à l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur le développement de la tuberculose, il faut séparer les cas de tuberculose reconnus et les cas latents. Une expérience de 7 années m'a appris qu'on peut soigner les malades reconnus comme atteints de tuberculose aussi bien à l'infirmerie de la prison que dans un hôpital quelconque et que la marche de la maladie est précisément la même que l'on observe au dehors. Toutefois le manque de la possibilité d'appliquer le traitement en plein air se fait sentir douloureusement. Néanmoins j'ai soigné p. ex. durant 4 ans un homme atteint de la tuberculose pulmonaire dans le premier stade, qui est

sorti de la prison dans un état excellent; mais il usa mal de sa liberté, entra en service dans la ville, dépensait par excès de tout ordre sa caisse de sortie, de sorte que le revoyant après 3 semaines, il était urgent de l'envoyer à sa famille où il succombait bientôt.

En ce qui concerne l'influence de l'emprisonnement sur le développement de la tuberculose occulte, il y a une expérience du plus haut intérêt, que chacun qui connaît nos prisons a pu faire, c'est qu'on voit très souvent le développement des tumeurs lymphoïdes, le plus souvent des glandes tuberculeuses. La diathèse scrofuleuse est intimement liée à la tuberculose sans qu'on puisse identifier les deux processus. Toutefois cette diathèse indique une prédisposition à la tuberculose en même temps que maintes fois l'infection tuberculeuse se trouve déjà dans les glandes lymphoïdes.

Par analogie nous sommes forcés d'admettre la même influence sur la tuberculose pulmonaire, bien que la preuve certaine soit difficile à fournir. C'est seulement une statistique reposant sur des cartes individuelles qui puisse donner des preuves. Néanmoins, du fait bien certain que pendant l'incarcération se développent les tumeurs lymphoïdes fréquemment, il s'ensuit que cette même influence néfaste existe sur la tuberculose pulmonaire occulte.

Où trouver la cause? Le manque de mouvement, d'air, de lumière, de nourriture suffisamment appropriée à la situation individuelle, et d'hygiène de la peau, voilà les causes principales.

Mesures adoptées, projetées, conseillées.

I. Diagnostic.

Il est évident que pour reconnaître la tuberculose il faut soumettre les hommes entrant dans une prison à un examen médical. Seulement, dans la pratique on ne peut pas exiger que le médecin attaché à un pénitencier fasse un examen médical de tout homme entrant dans la prison, même pour quelques jours, quand celui-ci se dit tout à fait sain. Cet examen est seulement nécessaire quand la durée de l'incarcération

passe une limite de, par exemple, 3 mois. Pour ces prisonniers, je voudrais une notice sur la fiche individuelle indiquant l'état de santé à l'entrée, avec le poids.

Examen médical à l'entrée; notice individuelle pour les hommes qui restent plus de 3 mois dans la prison; visite périodique (une fois par mois) à tous les détenus; dans les cas suspects, mesurer la température anale après mouvement; voilà les mesures nécessaires et possibles dans la pratique pour le diagnostic de la tuberculose dans les pénitenciers.

II. Hygiène générale; salubrité.

La salubrité des locaux, etc., est la première des mesures pour combattre la tuberculose. Pour cela il faut que les planchers, surtout dans les salles des malades, soient imperméables.

En Hollande, la prescription de mesures spéciales pour combattre la tuberculose date de janvier 1888. L'inspecteur général donna alors un ordre d'éviter le placement des malades tuberculeux auprès de malades dont on devait attendre un séjour prolongé dans l'infirmerie. Les crachats devaient être déposés dans des liquides antiseptiques. Les habits, le linge, etc., des malades seraient désinfectés d'après les prescriptions légales pour les maladies infectieuses. Ainsi serait fait quant aux locaux où sont soignés ces malades et aussi ceux qui ont souffert de maladies accompagnées de suppurations diverses.

En outre j'estime nécessaire de faire un lavage abondant des cellules avec une solution de créoline (agent fortement antiseptique et bon marché) après chaque sortie et, en vertu de la fréquence de la maladie, de nettoyer les habits, le linge, etc., par la vapeur surchauffée de tout individu sortant de la prison avant de les distribuer à un nouveau venu. J'étudie encore la possibilité de la désinfection des cellules en même temps que les habits, le linge, etc., par un désinfecteur à la Formaline.

Quant au choix de l'étoffe des vêtements de laine, il faut s'assurer que celle-ci soit assez résistante pour supporter un nettoyage à sec fréquent et qu'elle ne soit pas effilochante. Les vêtements seront souvent battus tout en prenant garde que la poussière ne se répande pas dans les endroits habités.

III. Hygiène individuelle.

Nous avons vu que sur le terrain de l'hygiène individuelle quatre questions se posent quand on veut combattre la propagation de la tuberculose.

- a. L'alimentation est-elle suffisante?
- b. Le mouvement libre dans l'air et l'emploi des forces musculaires sont-ils assurés d'une façon suffisante?
- c. Entre-t-il assez de lumière et d'air frais dans la cellule?
- d. L'hygiène de la peau est-elle assez sérieusement cultivée?

a. Quant à l'alimentation, l'expérience de seize années dans l'armée et de sept années dans les prisons m'a fait reconnaître que la première condition est d'avoir un cuisinier habile et honnête. Quand celui-ci manque, rien à faire avec des aliments exactement et scientifiquement choisis et pesés. Les cuisiniers des pénitenciers ainsi que ceux de l'armée suivent aujourd'hui en Hollande des cours dans les écoles ménagères des capitales. C'est le premier pas dans la voie qui mène à l'amélioration de l'alimentation. Le second est d'augmenter les graisses. C'est une chose cent fois répétée que le prisonnier manque de graisse. En beaucoup d'Etats on a amélioré l'alimentation réglementaire. En Hollande elle n'est toujours pas suffisante, c'est-à-dire : l'alimentation réglementaire. Le système de la cantine permet que les prisonniers qui travaillent peuvent acheter dans la prison des substances nutritives telles que le beurre (100 jusqu'à 150 grammes par semaine), le fromage, etc. Par ce système, on veut donner un stimulant aux prisonniers pour le travail. Je ne veux pas discuter ici ce système, qui a le tort que le prisonnier qui veut gagner autant que possible pour soi-même ou pour sa famille doit dépenser une partie de la somme gagnée pour sa nourriture. Ce tort est peut-être plutôt théorique que pratique. Toutefois le médecin de la prison a le pouvoir de donner tout ce qu'il trouve nécessaire aux prisonniers malades ou débiles. Ces deux circonstances, le système de la cantine et le pouvoir illimité du médecin, corrigent à peu près le manque d'une quantité suffisante de graisse dans la nourriture réglementaire. Celle-là ne contient en Hollande que 35 grammes par jour.

b. Mouvement libre à l'air. Exercices.

L'exercice musculaire accélère et vivifie la circulation, cause une oxydation plus rapide et plus complète des produits chimiques de la vie des cellules des différents organes, dont l'accumulation dans l'organisme mine la vitalité.

La tuberculose latente devient manifeste par manque d'air, de lumière et d'exercice musculaire.

En Hollande, les prisonniers se promènent pendant une $\frac{1}{2}$ heure par jour dans les préaux. La promenade n'est qu'un mouvement de va-et-vient sur un terrain limité.

Pour moi, il faudrait réfléchir sérieusement sur la possibilité de prolonger le séjour au grand air en établissant des préaux où les prisonniers peuvent faire leur travail tout en restant fidèle au système d'emprisonnement individuel et enfin d'instituer un cours de gymnastique dit « libre et d'ordre » pour les prisonniers jusqu'à 45 ans. La première mesure pourrait être en même temps un moyen de récompensation pour bonne conduite. Les exercices de gymnastique pourraient se faire dans l'intérieur des prisons; en Hollande, plusieurs de celles-ci étant bâties en forme de grandes coupes à quatre galeries de 52 cellules.

c. L'aération, l'éclairage des cellules.

En raison de ladite forme des prisons, des grandes coupes, la ventilation principale se fait par l'ouverture de la porte de la cellule durant le séjour du prisonnier dans les préaux. La partie de la fenêtre s'ouvrant au dehors est petite. Ce sera toujours très difficile d'effectuer une aération suffisante au dehors en raison des exigences de la sécurité. La solution de ce problème me semble très heureusement réussie dans les cellules destinées aux prisonniers préventifs, comme celles-ci ont été améliorées dernièrement.

On sait quelle influence on doit attribuer à la lumière directe du soleil pour combattre les maladies infectieuses. Aussi il va de soi que de la part du médecin on doit toujours insister sur la nécessité de recevoir de la lumière directe dans la cellule, ne fût-ce que durant un peu de temps. Les cellules donnant sur le nord ne reçoivent point du tout de lumière de

soleil directe. On doit les réserver pour les individus forts et qui ne subissent qu'une peine de courte durée.

d. L'hygiène de la peau.

La peau est un intermédiaire puissant pour l'amélioration de la constitution, pour l'accélération de la circulation, pour le relèvement des processus chimiques d'oxydation dans les organes et dans le sang. Quant à l'influence d'une bonne hygiène de la peau, nous rappelons l'influence des bains de mer, des bains salés (Kreuznach p. ex.) et enfin des frottements avec le savon noir sur les individus scrofuleux.

Pour les pénitenciers, nous croyons que le système des bains-douches avec l'emploi abondant de savon noir est de rigueur. Autant que possible et en tout cas tous les 15 jours les prisonniers doivent recevoir un tel bain-douche.

Il est évident que le personnel de garde doit avoir l'occasion et le temps nécessaire de se laver, leur service étant fini.

IV. Traitement.

Pour le traitement des prisonniers tuberculeux et notamment pour ceux atteints de tuberculose pulmonaire dans les deux premiers stades, il faut avoir l'occasion d'instituer le traitement dit « en plein air ». Pour la plus grande partie des prisons, il y aura occasion de bâtir une galerie ouverte (Liegehalle) sur le terrain environnant. Une mesure qui coûte si peu et qui peut donner de si excellents résultats ne peut pas être différée. Il dépend naturellement de l'étendue et de la situation du pénitencier, comment on peut effectuer ce traitement.

En aucun cas je trouve nécessaire ou utile de construire des prisons spéciales pour les tuberculeux. On peut très bien soumettre les individus tuberculeux à la peine, leur maladie étant chronique par excellence et capable d'amélioration, tout en restant fidèle au système de séparation individuelle et à la cure en plein air. (La question sur la prédisposition criminelle des individus tuberculeux se pose ici, mais si intéressante qu'elle soit, elle n'entre pas dans le cadre de ce Congrès.)

Quant aux salles des malades, celles-ci doivent être de préférence situées au rez-de-chaussée donnant sur un petit

jardin. Etant sur un des étages, les alités ne peuvent jouir du grand air.

Le traitement des individus souffrant de tumeurs glandulaires consiste de préférence en une cure dite de Kappesser (frottement avec du savon noir) puisque celle-là est facile, bon marché et efficace.

Les malades souffrant de tuberculose des os et les malades dans le troisième stade de tuberculose pulmonaire exigeront souvent le traitement au lit dans les salles de malades.

Pour les malades incurables et dont les jours sont comptés, il faut demander grâce comme règle générale. J'estime qu'il faut autant que possible éviter que les malades ne meurent dans la prison, et les envoyer chez eux ou dans l'hôpital de la ville avant que la mort ne survienne.

Conclusions.

1. *Expérience générale.* L'emprisonnement cellulaire tel qu'il est pratiqué en Hollande a certainement une mauvaise influence sur les individus prédisposés à avoir ou bien atteints déjà de tumeurs glandulaires dites scrofuleuses. Par analogie on doit supposer qu'il existe cette même influence sur la tuberculose pulmonaire occulte. Il est très difficile d'en fournir des preuves certaines. La marche des maladies tuberculeuses une fois reconnues dans la prison est la même que l'on observe dans les hôpitaux.

2. Quant à la *statistique*, la seule qui puisse donner des données scientifiques est celle qui est basée sur les fiches individuelles.

3. Pour le *diagnostic* : examen médical à l'entrée ; notice individuelle pour ceux qui subiront une peine de longue durée ; visite périodique à tous les prisonniers ; mesurer la température anale après mouvement.

4. *Prophylaxie.* On combat la propagation de la tuberculose par l'hygiène générale et individuelle. Mesures recommandées : planchers imperméables ; désinfection des cellules périodique et après sortie ; désinfection de tous les habits après sortie ; nutrition suffisante et appropriée (cuisinier ha-

bile et honnête); ouvroirs en plein air; gymnastique; aération suffisante des cellules; fenêtres ouvrant largement au dehors; possibilité de recevoir la lumière directe du soleil dans la cellule; bains à douche; emploi de savon noir.

5. *Traitement.* Il faut que toute prison de certaine dimension offre la possibilité de faire le traitement des tuberculeux en plein air. Il n'est pas nécessaire d'ériger des prisons spéciales pour les tuberculeux. Le traitement de Kappesser (frottement au savon noir) donne de bons résultats dans les cas de tumeurs scrofuleuses des prisonniers et est spécialement recommandé pour les jeunes individus.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r DELMARCEL, médecin des prisons, à Louvain.

La question de la tuberculose pénitentiaire est intimement liée à la lutte contre la tuberculose qui, dans tous les pays civilisés, a suscité tant de dévouement et a fait rivaliser toutes les administrations publiques de zèle, d'intelligence et d'humanité, pour prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Les sentiments humanitaires, qui ont présidé à l'élaboration des moyens préconisés contre la tuberculose dans la population libre, trouvent aussi leur raison d'être quand il s'agit des prisonniers.

Ainsi l'a compris, je n'en doute pas, la Commission pénitentiaire internationale quand elle a mis à l'ordre du jour du VII^e Congrès cette question si intéressante de la tuberculose dans la population pénitentiaire.

S'adressant à ceux qui par leurs fonctions ou leurs attributions spéciales sont à même de fournir des renseignements précis, cette question donnera lieu à des rapports dont les données statistiques relatives à la fréquence et à l'importance de la tuberculose pénitentiaire établiront aussi exactement que possible l'état actuel de la question.

En Belgique, une statistique des décès dus à la tuberculose pulmonaire et des cas de cette maladie constatés dans les établissements pénitentiaires a été dressée pour la période quinquennale 1894-1898. Le relevé a été fait de tous les cas de tuberculose diagnostiqués au moment de l'incarcération et de ceux constatés après une détention de moins de 1 mois, de 1 à 3 mois, de plus de 3 à 6 mois, de 6 mois à un an, de plus de 1 an à 3 ans, de plus de 3 à 5 ans, de plus de 5 ans à 10 ans et de plus de 10 ans. De même, pour les décès dus à la tuberculose, on a dressé deux tableaux dont l'un renseigne le nombre des décès suivant la durée de la détention au moment de la mort à partir de moins de 1 mois jusqu'à plus de 10 années de détention, et dont l'autre mentionne le nombre des décès suivant la durée de la maladie à partir de moins de 1 mois jusqu'à plus de 3 à 5 ans de maladie.

Voici les résultats de ces statistiques qui ont été faites sur la population moyenne journalière des différents établissements pénitentiaires. On y relève pour les *prisons cellulaires* 207 cas de tuberculose dont 93 sont diagnostiqués au moment de l'incarcération; 114 observés après une détention variant de 1 an à 10 ans. Ces derniers sont pris sur une population moyenne de 3724. De ces 114 cas, 36 ont été constatés en dedans les 6 premiers mois, 32 après une détention de 1 à 3 ans. Quelques cas seulement sont renseignés après 3 et 5 ans; sur les 207 cas il y a eu 48 décès, ce qui sur une population moyenne de 3724 donne une mortalité de 2,71 ‰. Dans les *prisons en commun* la somme totale est de 29 cas répartis comme suit: 22 constatés au moment de leur entrée et 7 postérieurement à l'incarcération sur une population moyenne de 820. De ces 7 cas, 4 ont été observés en dedans les premiers mois de la détention et pour les 3 autres, un après 3 ans, un autre après un séjour de 3 à 5 ans et le troisième après 3 ans d'emprisonnement.

Les 29 cas ont donné lieu à 8 décès. La population moyenne étant 820, la mortalité est donc de 2 ‰. Pour les *écoles de bienfaisance* on compte sur une population moyenne de 2225, 26 cas dont 7 sont constatés à leur entrée.

Des 19 autres, 1 a présenté des signes de tuberculose en dedans les 3 premiers mois, 2 en dedans les 6 premiers mois, 8 de la première à la troisième année, 6 après un séjour de 3 à 5 ans et 2 après 5 à 10 ans.

Le nombre des décédés a été de 22, ce qui fait une mortalité de 2 ‰. De ceux-ci 10 sont morts pendant les 6 premiers mois, ce qui fait croire qu'ils étaient déjà malades à leur entrée.

Le relevé des cas de tuberculose pulmonaire dans les *dépôts de mendicité* et les *maisons de refuge* nous donne sur une population moyenne de 8774 un total de 813, dont 151 sont diagnostiqués au moment de leur entrée. Des 662 autres cas, 287 sont constatés dans le courant de la première année, 374 après un séjour de 1 à 3 ans, le reste insignifiant de la troisième à la dixième année.

Pour les décès qui s'élèvent au chiffre de 208 on en a constaté 160 pendant la première année, 77 après un séjour de 1 à 3 ans, le dernier après 5 à 10 ans.

La mortalité a été de 4,82 ‰.

Indépendamment des renseignements fournis par cette statistique générale intéressant tous les établissements pénitentiaires du royaume, j'ai cru utile de communiquer le nombre des décès dus à la tuberculose pulmonaire dans la prison centrale de Louvain pendant la période quinquennale 1899-1903. J'ai relevé 11 cas de mort par tuberculose pulmonaire, ce qui fait 2 décès par an sur une population moyenne journalière de 540. L'âge moyen de nos détenus étant de 35 ans, le chiffre de la mortalité par tuberculose fourni par ma statistique correspond à celui donné par le tableau de Würzburg pour le même âge dans la population libre.

La durée moyenne de la maladie au moment du décès est difficile à déterminer exactement, car un certain nombre de détenus peuvent déjà porter les signes de l'infection tuberculeuse depuis un temps relativement long avant qu'il soit pro-

cédé à leur transfert à l'infirmerie. On ne saurait fournir donc comme durée que celle du séjour à l'infirmerie. C'est ainsi que dans les statistiques signalées plus haut on obtient :

- pour les prisons cellulaires une durée de 6 mois;
- pour les prisons en commun une durée de 14 mois;
- pour les écoles de bienfaisance une durée de 11 mois;
- pour les dépôts de mendicité et les maisons de refuge une durée de 3 mois.

Faut-il conclure de cette durée sensiblement plus courte dans la vie pénitentiaire que dans la vie libre que la tuberculose dans la population pénitentiaire évolue plus rapidement? Cela est possible pour des raisons diverses qui seront développées plus loin. L'analyse de ces statistiques nous conduit à cette affirmation : la tuberculose pulmonaire fait des victimes dans les établissements pénitentiaires, mais la mortalité tuberculeuse n'est de loin plus aussi fréquente que d'aucuns veulent le prétendre.

Quant à l'*étiologie* des cas de tuberculose pulmonaire constatés dans la population pénitentiaire, on peut dire, et les renseignements fournis plus haut en font foi, que la plupart des malades sont déjà atteints au moment de leur entrée.

D'autres détenus présentent une prédisposition naturelle, héréditaire, et chez un grand nombre la constitution, considérablement affaiblie avant l'incarcération par des excès de tous genres, les débauches, l'alcoolisme, doit forcément se ressentir de la vie cellulaire. Au cours de celle-ci ils vivent des moments pénibles, les uns repassant dans leur solitude les souvenirs d'une vie de misères et de privations; les autres aux prises avec de profonds et sincères regrets et des chagrins déprimants qui doivent fatalement amener ce surmenage moral dont l'influence est si grande sur la prédisposition tuberculeuse et sur l'apparition du mal durant les premiers mois de la détention. Ne voit-on pas souvent sous l'empire de cette dépression se réveiller des foyers de tuberculose restés latents jusqu'alors et dont l'origine remonte même à l'enfance? Vivant dans un milieu où les risques d'infection sont possibles, dans une cellule mal désinfectée, dans des dortoirs, dans des ateliers où ils peuvent être mis en contact avec des tuberculeux, ils

présenteront à ces influences nocives une faiblesse de résistance telle que la contamination sera fatale, inévitable.

A côté de cette prédisposition individuelle du détenu, héréditaire ou acquise avant son incarcération, il n'y a pas de doute qu'il peut se trouver pendant sa détention sous l'influence de *causes prédisposantes dues au régime pénitentiaire*.

Ainsi l'*alimentation* peut exercer une influence défavorable en provoquant des digestions difficiles et par conséquent une assimilation incomplète par le peu de variété dans le choix des aliments, le défaut d'assaisonnement, une préparation monotone; les mets souvent préparés en bouillies compromettent à la longue la digestibilité des aliments. Une autre cause de troubles gastriques peut se trouver dans la grande masse alimentaire qui dépasse souvent les forces digestives des détenus et les expose ainsi à la dilatation de l'estomac.

D'un autre côté le peu d'*exercices en plein air*, l'*insuffisance des promenades aux préaux*, une *ventilation* souvent incomplète des cellules dans lesquelles les détenus de nos prisons cellulaires doivent séjourner nuit et jour, ce sont là toutes conditions qui doivent fatalement créer une certaine misère physiologique qui met l'organisme en état de moindre résistance vis-à-vis de toutes les causes morbifiques et particulièrement à l'égard de la tuberculose.

Comme cause prédisposante nous devons, dans la question si importante du travail dans les établissements pénitentiaires, signaler le danger auquel expose la pratique de certains métiers, soit par les poussières auxquelles ils donnent lieu, soit par l'excès de fatigue qu'ils entraînent. De même les professions de cordonniers et de tailleurs, dont nous avons un grand nombre dans nos prisons, sont loin d'être hygiéniques par l'insuffisance de l'ampliation de la cage thoracique à laquelle elles exposent ceux qui les exercent. Il faudrait apporter à cet inconvénient inévitable un correctif en permettant aux détenus exerçant ces métiers d'interrompre leur travail une heure au moins par jour. Ils passeraient ce temps d'interruption en plein air.

Il me semble superflu de signaler l'influence défavorable que doivent avoir sur la santé des détenus et des jeunes gens

de nos écoles de bienfaisance les métiers pour la pratique desquels ils doivent dépasser leurs forces physiques. Dans le choix du métier on doit aussi tenir compte de la constitution et de l'âge de ceux qui sont appelés à l'exercer. Parmi les causes qui débilitent la constitution du détenu et de ce chef augmentent sa prédisposition tuberculeuse nous ne pouvons négliger *l'onanisme* dont l'influence déprimante au point de vue de la santé physique et mentale se vérifie tous les jours dans nos prisons cellulaires. Je ne doute pas que partout les directeurs et les médecins des prisons soient suffisamment pénétrés de ce danger de démoralisation et de dépression physique pour réagir dans la mesure du possible contre ces tendances vicieuses.

Toutes ces conditions favorisant la prédisposition tuberculeuse ne suffisent point pour produire la tuberculose pulmonaire. Encore faut-il que le facteur principal, le bacille puisse infecter les organismes déjà prédisposés ou, ce qui est plus important dans ses conséquences, ceux qui sont indemnes de toute tare au moment de leur entrée. *Cette infection*, peu fréquente dans les prisons cellulaires, peut se produire grâce aux crachats que les détenus contaminés expectorent dans leurs cellules, dans les ailes, dans les couloirs, dans l'école et la chapelle; ou bien grâce à la désinfection incomplète des vêtements ou des livres qui passent des détenus malades à ceux qui ne le sont pas. Ce sont là toutes causes d'infection qui n'échappent que bien rarement, il est vrai, à ceux qui par leurs attributions doivent garantir la bonne hygiène des établissements pénitentiaires. Telles sont les limites dans lesquelles peut se propager l'infection tuberculeuse dans les prisons cellulaires.

Mais dans les prisons à régime commun, dans les écoles de bienfaisance et les maisons de refuge où la vie commune est la règle dans les ateliers et dans les dortoirs, les chances d'infection sont multiples et méritent d'être prises en sérieuse considération.

Le danger d'infection est d'autant plus grand que le contact entre les détenus, les écoliers et les colons, est pour ainsi dire constant au cours de leur travail et cela dans des locaux

communs dont l'air est presque toujours souillé par les produits d'expectoration des sujets porteurs d'une tuberculose dont les débuts sont souvent méconnus du malade et même du médecin.

Les données étiologiques de la tuberculose pulmonaire dans les établissements pénitentiaires étant ainsi connues dans leurs grandes lignes tant au point de vue de l'infection que de la prédisposition héréditaire ou acquise, les *règles prophylactiques* s'en dégagent donc naturellement.

Seulement, avant d'aborder cette partie de la question, je me permettrai de faire ressortir les avantages qui résulteraient d'une *statistique* donnant tous les renseignements anamnésiques sur les maladies que les détenus ont eues avant leur entrée et sur celles de leurs parents; ce qui se fait déjà dans la plupart des pays. Pour les détenus suspects de tuberculose pulmonaire, la notice de renseignements devra signaler tous les symptômes cliniques constatés chez eux ainsi que les résultats de l'analyse bactériologique des crachats et ceux même d'une injection de tuberculine de Koch qui lèverait le plus souvent toutes les difficultés de diagnostic et nous donnerait à ce point de vue sans inconvénient des garanties presque certaines.

L'intérêt lié à un diagnostic précoce est tel qu'on ne peut négliger aucun moyen pour avoir à ce sujet une certitude. Bien plus, nous aurions ainsi un élément de plus pour dresser une statistique aussi exacte que possible sur les cas de tuberculose pénitentiaire.

Un examen aussi approfondi de la santé des détenus à leur entrée nous permettrait dans la suite d'établir à quel moment de la détention l'infection s'est produite chez ceux qui étaient indemnes du mal avant leur incarcération, et de constater l'influence de la détention sur la marche de la maladie chez ceux qui en étaient déjà atteints d'une façon latente. A l'expiration de la peine on soumettrait les détenus à un examen aussi complet au point de vue de leur santé.

Les détenus libérés pour cause de maladie seront dûment signalés dans cette statistique.

Des renseignements recueillis d'une façon aussi précise nous mettront à même de tirer des conclusions nettes sur l'importance de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires.

au point de vue des causes d'infection et des causes de prédisposition acquise pendant la détention.

Mesures prophylactiques propres à combattre l'infection.

Il n'y a pas de doute que la transmission de la tuberculose soit le plus souvent due aux crachats bacillifères expectorés par les tuberculeux. Rendre ces produits de l'expectoration inoffensifs doit être le moyen prophylactique par excellence contre l'infection. A cet effet il faudra avant tout empêcher que les détenus crachent par terre dans leur cellule, les ateliers, les dortoirs, etc.

Les crachats en se desséchant se réduisent en poussières qui souillent l'atmosphère et provoquent ainsi de grands risques d'infection. Pour obvier à cet inconvénient grave il est bon de recommander l'usage de crachoirs dans lesquels une solution antiseptique rendrait les crachats inoffensifs en attendant que le feu les détruise complètement. On disposera ces crachoirs dans les cellules, les ailes, les couloirs, les ateliers, les dortoirs et défense sera faite dans tous les établissements pénitentiaires d'expectorer sur le sol sous peine d'une punition sévère. Le *balayage* à sec doit être supprimé; il faut le remplacer par un lavage avec une solution antiseptique.

La transmissibilité de la tuberculose par les *vêtements* et les *littéries* souillés par les déjections des phtisiques (excrétions alvines ou crachats) réclame une désinfection minutieuse de ces objets. Après avoir passé par l'étuve ils seront soigneusement désinfectés avant d'être confiés au lavage; précaution qui a son importance parce qu'elle garantit d'une contamination presque certaine les buandiers chargés de cette dangereuse besogne.

La désinfection des cellules et des locaux où auraient séjourné des tuberculeux ou même des détenus suspects de tuberculose pulmonaire doit se faire avec un soin minutieux.

Les murs seront badigeonnés au lait de chaux; les portes et les croisés des fenêtres, les lits, recouverts ordinairement d'une couche de peinture, seront lavés avec une solution antiseptique. On y fera dégager des vapeurs de formaldéhyde au moyen d'appareils de désinfection servant à cet usage.

Il serait désirable, en vue de prévenir toute cause d'infection, que la désinfection de la cellule se fît toutes les fois qu'un nouvel occupant vient l'habiter. Il devrait en être de même pour les lits des dortoirs dans les écoles de bienfaisance et dans les maisons de refuge.

La possibilité de la contamination par le *lait* et la *viande* doit aussi fixer notre attention. Il sera toujours prudent de faire bouillir convenablement le lait et de s'assurer que la viande adjudgée pour la consommation dans les établissements pénitentiaires a été soumise à une sérieuse inspection.

Mesures générales d'hygiène propres à combattre les influences prédisposantes.

Le régime pénitentiaire peut exercer une influence au point de vue de la prédisposition tuberculeuse suivant le tempérament et la constitution des détenus.

Il faut donc rechercher les moyens à opposer, suivant les pays, à ces causes prédisposantes, si non pour en annihiler les effets, au moins pour les atténuer. C'est dans l'hygiène générale qu'on doit trouver les améliorations nécessaires suivant les cas.

La *ration alimentaire* doit au point de vue de la quantité être proportionnée à la taille des sujets et à la somme de travail qu'on exige d'eux. L'âge devra être pris en considération principalement dans les écoles de bienfaisance où les jeunes détenus sont en plein développement, en pleine croissance. L'alimentation doit être plus ou moins variée tout en restant dans les limites du système répressif; il ne faut pas que les condamnés bénéficient de conditions d'existence plus favorables que la population libre.

Les aliments réclament un assaisonnement suffisant pour favoriser leur digestibilité et contribuer ainsi à une assimilation plus complète. La nutrition générale s'en ressentira et l'on ne constatera plus si souvent cette inanition par les voies digestives qui constitue une si grande prédisposition tuberculeuse.

L'alimentation devrait être plus carnée. L'albumine ingérée sous forme de viande est en effet mieux absorbée, plus assi-

milable que celle renfermée dans les aliments végétaux qui constituent la majeure partie de l'alimentation pénitentiaire. Pour la même raison le lait devrait, à mon avis, entrer pour une plus grande proportion dans l'alimentation du détenu.

La *ventilation* des cellules, des ateliers et des dortoirs doit se faire dans les meilleures conditions pour remédier au danger de l'air confiné si préjudiciable à la santé du détenu. Les cellules auront un cubage de 30 m³ au moins pour les cellules ordinaires et 40 m³ pour les cellules de l'infirmerie. Les exercices à l'air libre, les promenades aussi fréquentes que possible dans les préaux, les travaux dans les jardins sont autant de conditions hygiéniques dont on ne peut méconnaître l'heureuse influence dans la lutte contre l'action phtisogène de l'air vicié des locaux insuffisamment ventilés.

La gymnastique est recommandable non seulement dans les écoles de bienfaisance mais même dans les prisons, principalement pour les détenus (cordonniers et tailleurs) dont la position constamment assise ou accroupie exigée par leur travail doit fatalement nuire à leur santé.

Etant donnée l'influence si favorable exercée par les fonctions de la peau sur la santé générale, on doit faire en sorte que le détenu puisse par des *bains* généraux donner à la surface cutanée la plénitude de son action physiologique. On devrait pouvoir leur permettre de prendre au moins deux bains par mois.

Traitement des malades.

Dans les prisons à régime commun et dans les écoles de bienfaisance les détenus présentant non seulement des symptômes d'une tuberculose pulmonaire confirmée mais des signes qui les rendent suspects doivent être isolés. Il est dangereux de les laisser dans les dortoirs loger à côté d'autres détenus ou écoliers dont une surveillance, si active qu'elle puisse être de la part des gardiens, ne saurait éviter les chances d'infection. Il faut mettre ces malades dans des salles spéciales, spacieuses, bien aérées et bien éclairées; l'infirmerie ne peut avoir avec les dortoirs aucun rapport de service.

Dans les prisons cellulaires, quelque bien réalisé que soit l'isolement par le système de séparation, on ne peut, à mon avis, laisser dans leurs cellules que les détenus dont la maladie ne présente pas des caractères bien définis et qui ne sont encore que des candidats à la tuberculose. On fera bénéficier ceux-ci d'un régime alimentaire en rapport avec leur faiblesse constitutionnelle. Si la maladie s'accroît, si la tuberculose devient avérée, ils devront être transférés à l'infirmerie dans des cellules spécialement affectées à ce genre de maladie. Ces cellules seront exposées au midi. Elles auront de grandes fenêtres par lesquelles le soleil pénétrant largement pourra exercer son action bienfaisante tant sur le moral des malades que sur la marche de l'affection si favorablement influencée par la lumière solaire. Une alimentation réparatrice et une médication rationnelle doivent être à la base du traitement qui sera institué et dirigé avec autant de dévouement que de science.

La désinfection des crachats et des excréments alvins sera ici l'objet d'une attention toute particulière.

On soignera que les tuberculeux capables de se promener puissent prendre, d'après la saison, le plus souvent possible l'air dans des préaux qui leur seront spécialement réservés.

Quant à la question de savoir s'il faut des *lazarets spéciaux* pour les détenus tuberculeux je n'en vois pas l'absolue nécessité. Comme dans l'intérêt général l'emplacement des prisons et des écoles de bienfaisance doit toujours être fixé dans des endroits isolés le plus possible d'autres habitations, avec des jardins dont la superficie sera proportionnée à la population de ces établissements, on pourra, à mon avis, en se conformant aux conditions hygiéniques signalées plus haut pour l'installation des infirmeries, se dispenser d'établir pour les détenus tuberculeux des sanatoria spéciaux qui ne répondraient pas toujours aux avantages qu'on en avait attendus.

Que faut-il penser des mesures prophylactiques à prendre pour les jeunes détenus dont la Commission internationale pénitentiaire fait mention dans les commentaires qui accompagnent sa question sur la tuberculose?

Les écoles de bienfaisance devraient toujours être établies dans les endroits les plus sains. Le voisinage de la mer et les

régions élevées du pays ne sauraient présenter à cet effet que des avantages qui, conjointement avec les moyens prophylactiques prévus plus haut, remédieront tant que faire se peut à la prédisposition tuberculeuse.

Mais l'installation soit aux bords de la mer, soit dans les montagnes, de sanatoria uniquement réservés aux jeunes détenus déjà malades ou héréditairement prédisposés ne doit pas, selon moi, l'emporter au point de vue de la prophylaxie et même du traitement, sur les infirmeries annexées aux établissements, construites et organisées dans de bonnes conditions hygiéniques.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. J.-S. GIBBONS, C. B.,
président de l'administration générale des prisons d'Irlande.

Dans les remarques suivantes présentées sur cette question, le mot « tuberculose », à moins d'une mention spéciale, ne désigne que la tuberculose pulmonaire, car les affections tuberculeuses d'autres organes se manifestent si rarement dans les limites d'âge de la population de nos prisons qu'elles sont, pratiquement, négligeables.

Des trois contrées sœurs qui composent le Royaume-Uni, c'est l'Irlande qui compte actuellement la plus forte proportion de tuberculeux parmi sa population générale. Il y a 40 ans, la proportion de la mortalité due à la tuberculose était moins élevée chez nous que chez nos voisins; elle était de 2.4‰ en

Irlande, de 3.3 en Angleterre et de 3.6 en Ecosse. En 1900, nous nous trouvons au contraire avoir une prépondérance fâcheuse avec 2.9 ‰, tandis que l'Angleterre donnait un taux de 1.9 et l'Ecosse de 2.3. Il s'est donc produit en Irlande une augmentation absolue, aussi bien qu'une augmentation relative de la tuberculose, et cette maladie (prise dans son sens général) est la cause des 15.2 ‰ du chiffre total des décès dans ce pays.

La tuberculose pulmonaire, ou phtisie, la seule que nous nous proposons de considérer ici, a fait mourir en Irlande, de 1890 à 1900, 73,349 personnes entre 15 et 45 ans, ce qui représente une proportion annuelle de 3.5 ‰ de la population ordinaire dans ces limites d'âge, et si l'on n'envisage que la période d'âge s'étendant de 15 à 35 ans, on remarque que la moitié des décès sont dus à la phtisie.

La tuberculose pulmonaire dans les prisons irlandaises.

Terme de l'année.	Nombre des condamnations.	Cas de phtisie.	Décès dus à la phtisie.	Observations. (Si la maladie, dans les cas de décès, s'était développée avant ou après la condamnation du détenu.)
31 mars 1890 . .	38,875	36	1	Avant la condamnation.
31 mars 1891 . .	40,879	24	0	
31 mars 1892 . .	37,673	35	0	
31 mars 1893 . .	34,682	25	1	id. id.
31 mars 1894 . .	34,500	25	0	
31 mars 1895 . .	31,559	28	0	
31 décembre 1895 .	30,352	24	0	
31 décembre 1896 .	33,030	27	1	id. id.
31 décembre 1897 .	34,995	32	1	id. id.
31 décembre 1898 .	38,188	16	0	
31 décembre 1899 .	36,198	22	1	Après la condamnation.
31 décembre 1900 .	32,982	38	1	id. id.
31 décembre 1901 .	32,150	26	1	Avant la condamnation.
31 décembre 1902 .	32,457	32	0	
31 décembre 1903 .	32,368	37	0	

Nous avons donc une proportion exceptionnellement forte de tuberculeux parmi notre nation. Il est assez surprenant, par conséquent, de constater que la phtisie fait relativement beaucoup moins de ravages dans nos prisons que parmi la population générale du pays. Ce fait est d'autant plus étonnant que la grande masse des prisonniers proviennent des classes de gens qui mènent une vie de misère, d'intempérance et de débauche.

Dans le tableau qui précède et comprenant une période qui s'étend du 1^{er} avril 1889 au 31 décembre 1903, on trouve le relevé annuel du nombre total des personnes condamnées dans toutes les prisons du pays (colonne 2) et le nombre total des cas de phtisie (colonne 3), c'est-à-dire les cas où la phtisie a été constatée à l'admission du prisonnier et ceux où la maladie s'est développée durant la détention.

Le nombre total des cas de phtisie qui se sont produits parmi tous les détenus des prisons irlandaises, du 1^{er} avril 1889 au 31 décembre 1903, soit durant une période de 14 ans et 9 mois, a été de 427, ce qui donne une moyenne de 29 par an. Et dans le 70 ‰ environ de ces cas, la maladie s'était développée chez les prisonniers avant leur condamnation.

Durant la même période, 7 détenus seulement sont morts de phtisie en prison, dont 5 étaient malades déjà avant d'entrer en prison. En outre, 86 phtisiques dont la libération avait été recommandée, soit parce que la maladie avait atteint chez eux un stage avancé, soit parce que la dépression mentale causée par leur détention (la plupart se trouvaient en prison pour la première fois) hâtait les progrès du mal, ont été graciés par la clémence de Son Excellence le Lord Lieutenant. Dans 61 cas, sur ces 86, la maladie s'était manifestée avant l'incarcération et dans 25 cas seulement elle s'était déclarée en prison.

A cet égard, il s'agit de considérer ceci: des personnes qui n'ont donné aucun symptôme de phtisie durant leur détention peuvent-elles en avoir contracté des germes en prison et les développer après leur libération? Quoique tous les prisonniers soient soumis à un examen médical au moment d'être libérés, on ne peut obtenir là-dessus aucun renseignement con-

cluant exprimable en chiffres. Cependant, il y a tout lieu de croire qu'aucun résultat appréciable de ce genre ne se produit; c'est ce qu'on peut raisonnablement déduire de la considération des statistiques données pour les condamnés criminels seuls, c'est-à-dire pour ceux dont la peine varie entre un minimum de trois ans et la détention à vie. Durant une période de dix-neuf ans et neuf mois (du 1^{er} avril 1883 au 31 décembre 1902), le nombre total des criminels libérés ou morts en prison a été de 2861, avec une population quotidienne moyenne de 480. Sur ce nombre, 5 sont morts de la tuberculose pulmonaire et 18 ont été relâchés avant l'expiration de leur peine parce qu'ils étaient gravement atteints. Cela fait donc 23 cas; dans 10 de ces cas, le mal s'était déclaré chez les condamnés avant leur incarcération, et dans les 13 autres cas pendant leur séjour en prison, ce qui représente une moyenne de 0.6 par an. En outre, les récidivistes habituels, qui forment une proportion considérable des prisonniers locaux, c'est-à-dire de ceux dont la peine ne dépasse pas 2 ans, s'ils étaient atteints de tuberculose pendant une de leurs détentions, élèveraient le chiffre total des cas par leurs condamnations subséquentes.

Les raisons pour lesquelles la tuberculose pulmonaire, comme nous venons de le montrer, existe et se développe à un degré si faible dans les prisons irlandaises, relativement à la population générale du pays, et peut-être aussi à la population des prisons dans d'autres pays, sont principalement les suivantes :

1^o La quantité de travail en plein air procurée aux prisonniers. Tous les prisonniers locaux que l'on fait travailler en cellule doivent prendre deux heures d'exercice quotidien à l'air libre et l'on prolonge la durée de ce temps d'exercice dans tous les cas où le médecin de service le juge désirable dans l'intérêt de la santé du détenu. Mais la majorité des condamnés sont occupés, pendant la plus grande partie de la journée, à un travail manuel en plein air. On les emploie surtout à casser des pierres et à fendre du bois de chauffage: ce sont là deux occupations qui les tiennent constamment en plein air. Les groupes qui travaillent en commun, soit à confectionner

des sacs, soit à fabriquer des nattes, etc., se réunissent dans de vastes halls ou dans des ateliers spacieux, s'ils ne peuvent être dehors. De plus, les deux tiers de nos prisons possèdent une certaine étendue de terres, sur lesquelles elles occupent un grand nombre de détenus des deux sexes, dans le but de leur enseigner les procédés d'agriculture nouveaux et perfectionnés. Quant aux jeunes gens, on leur donne des occupations spéciales en plein air, et, de plus, tous ceux qui sont en prison pour un mois ou plus participent à des exercices de gymnastique militaire. Ainsi, la majorité des prisonniers ne sont en cellule, pendant la journée, qu'aux heures des repas et aux moments de loisir.

2^o Les cellules sont spacieuses, bien aérées, bien éclairées et maintenues scrupuleusement propres. On les blanchit à la chaux deux fois par an. Les règlements des prisons interdisent sévèrement aux prisonniers de cracher dans les cellules. Ils sont, du reste, beaucoup moins portés à cracher que s'ils étaient en liberté, car la plupart d'entre eux n'ont pas la permission de fumer et ceux mêmes qui ont ce privilège ne peuvent en jouir que pendant les heures d'exercice. On arrive ainsi à réduire au minimum une dangereuse source d'infection.

3^o Le changement des conditions d'existence est salutaire à la plupart des détenus. Comme les trois quarts des délits, en Irlande, sont causés par l'ivrognerie, il est clair qu'un grand nombre de condamnés, avant leur arrestation, étaient non seulement victimes de l'alcool, mais encore mal nourris, insuffisamment vêtus, exposés au froid et à l'humidité, à toutes les misères d'une vie déréglée. Pour ces gens-là, la prison, avec son régime alimentaire abondant et sain, sa température égale (les cellules sont chauffées jour et nuit durant le semestre d'hiver) et ses occupations salubres, constitue un refuge bienfaisant, un sanatorium excellent, sinon luxueux, qui exerce sur eux un effet non seulement salutaire, mais stimulant. Les prisonniers augmentent généralement en poids durant leur détention. Il peut être intéressant de faire remarquer à ce

propos que le chaud lait (non stérilisé) entre pour une bonne part dans l'alimentation des détenus; chacun en reçoit en moyenne 7 « pints » par semaine.

On peut ajouter aux raisons ci-dessus le soin avec lequel les médecins attachés aux établissements pénitentiaires observent et traitent les prisonniers, individuellement. Ils recommandent pour tous les détenus, pour ceux que l'on tient en cellule aussi bien que pour ceux qui sont soignés dans les infirmeries, les modifications d'exercice, de travail et de régime alimentaire qu'ils jugent désirables au point de vue médical.

Les faits nous autorisent à conclure que le système pénitentiaire, tel qu'il est appliqué en Irlande — avec des occupations en plein air, une bonne nourriture et du lait en abondance, des cellules séparées, rigoureusement propres et bien aérées pour la nuit, et la communauté du travail et de l'exercice — ne favorise point le développement de la tuberculose et que cette maladie sévit moins parmi les prisonniers que parmi la population libre.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r KOLB,

ancien médecin du pénitencier de Kaiserslautern, à Munich.

De toutes les maladies infectieuses actuellement connues, la tuberculose est celle qui exerce le plus de ravages, et ces ravages sont plus grands encore parmi la population des pénitenciers que parmi la population libre: la moitié, et même plus, des décès constatés parmi les détenus sont dus à la tuberculose, et l'on peut dire que celle-ci domine la mortalité des pénitenciers. Les médecins de ces établissements ont donc raison d'employer tous leurs efforts à combattre cette maladie, l'intérêt des détenus l'exige; mais il y a plus: un médecin, qui n'est pas un médecin de pénitencier, le D^r Büdingen, de

Mayence, a accusé, il y a cinq ans, les pénitenciers de constituer des foyers de contagion qui sont un danger perpétuel pour le reste de la population, et il a demandé que l'on songeât enfin à prendre des mesures pour remédier à cet état de choses.

« Quelle utilité y a-t-il, écrit le Dr Büdingen, à envoyer les tuberculeux dans les sanatoriums, si, à la place des malades guéris dans ces établissements, on lâche au milieu de la population, dont la réceptivité est si grande, des troupes de tuberculeux sortis des prisons? »

Il n'est pas douteux que la fréquence de la tuberculose dans la population pénitentiaire doive avoir une répercussion sur sa fréquence parmi la population libre, et l'inverse est également vrai. Mais l'importance de cette répercussion n'a jamais, que je sache, été calculée jusqu'ici. D'ailleurs, nos statistiques pénitentiaires ne nous permettent pas de le faire, même très approximativement, parce que, d'une part, il n'est pas toujours possible d'éviter qu'un même cas soit compté deux ou plusieurs fois, d'autre part, parce que les cas qui n'ont pas été soumis à un traitement régulier ne figurent généralement pas dans les statistiques des prisons. Pour arriver à savoir approximativement combien de tuberculeux sortent chaque année de nos prisons, j'ai dû avoir recours au calcul suivant :

En 1902, dans l'Empire allemand, 10,000 personnes environ ont été condamnées à la réclusion (Zuchthaus), 114,000 environ à la prison (Gefängnis) pour plus d'un mois, et 156,000 à la prison pour moins d'un mois; les libérations sont en nombre à peu près égal. Pour répondre à la question que nous nous sommes posée, nous devons baser exceptionnellement nos calculs (voir plus bas), sur le *chiffre total* de la population des établissements pénitentiaires et non pas sur la *population moyenne*, parce que le chiffre des libérés représente approximativement cette population totale. Dans les pénitenciers (Zuchthäuser) prussiens, les cas de tuberculose ont représenté, en 1902, le 1.3 % de la population totale, et le 1.4 % dans les pénitenciers de la Bavière. Cette proportion nous donne, pour nos 10,000 condamnés à la réclusion, 130 à 140

libérés tuberculeux. Il est beaucoup plus difficile encore de calculer avec quelque exactitude le nombre des tuberculeux détenus dans les prisons (Gefängnisse), parce que, dans ces établissements, le contrôle médical est beaucoup moins rigoureux et parce que, aussi, beaucoup de détenus chez qui se sont introduits, pendant leur incarcération, les germes de la maladie, ne présentent encore, vu la courte durée de leur peine, aucun symptôme appréciable de tuberculose au moment de leur libération. Dans les prisons prussiennes qui dépendent du Ministère de l'Intérieur, le nombre des tuberculeux ne représentait que le 0.22 % des détenus. Si nous appliquons cette proportion au chiffre indiqué plus haut de 270,000 détenus dans les prisons, cela nous donnera 594 cas et, en y joignant ceux que nous avons trouvés pour les pénitenciers, nous arrivons à un chiffre total de 724 détenus tuberculeux libérés chaque année dans l'Empire allemand. Mais si nous voulons apprécier avec quelque exactitude le danger que court la population libre du fait des tuberculeux qui sortent des établissements pénitentiaires, nous devons retrancher du nombre ci-dessus tous ceux qui seraient devenus tuberculeux, même s'ils n'avaient pas été incarcérés. Or on a calculé qu'en Prusse, sur 1000 personnes âgées de plus de 20 ans, il se produit annuellement environ 2.8 décès causés par la tuberculose; disons 3 en chiffres ronds, pour tenir compte de l'infériorité organique des individus parmi lesquels se recrute la population des prisons. Si nous admettons maintenant que cette proportion de 3 pour mille représente aussi, ce qui est un minimum, le nombre de cas qui se seraient produits parmi nos 280,000 détenus, alors même qu'ils seraient restés en liberté, cas par conséquent qui ne peuvent être imputés au régime pénitentiaire, nous arrivons à un total de 840 cas, chiffre supérieur à celui que nous a donné plus haut notre calcul des libérés tuberculeux. Ce résultat est évidemment faux; en effet, dans les cinq principaux Etats de l'Allemagne, 180 détenus sont libérés conditionnellement chaque année pour cause de tuberculose, et la bonne moitié des détenus qui ont quitté le pénitencier de Kaisheim, en 1893, étaient tuberculeux. Si nous prenons maintenant pour base de notre calcul, la proportion de 1.4 % trouvée pour les grandes prisons de la

Bavière pendant les années 1896 à 1901, et si nous appliquons cette proportion aux 10,000 détenus condamnés à la réclusion et aux 114,000 condamnés à la prison pour plus de 1 mois, nous arrivons à un total de $140 + 1596 = 1736$, dont nous devons déduire 372 représentant les cas (3‰) qui se seraient produits quand bien même les détenus seraient restés en liberté; il nous reste donc en dernière analyse, pour chiffre annuel des libérés tuberculeux, 1364. Il est vrai que la limite que nous avons choisie pour notre calcul (prison de 1 à 6 mois) est peut-être trop élevée; d'autre part, les détenus condamnés à une peine inférieure ont été complètement laissés de côté. Ces derniers, vu la courte durée de leur séjour en prison, sont moins exposés à l'influence des causes nocives, et doivent par conséquent contracter plus rarement la maladie; cependant dans certaines circonstances, ils se trouvent exposés, surtout dans les petites prisons, à des causes nocives spéciales sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Il faut reconnaître que dans les prisons prussiennes la tuberculose est moins fréquente que dans les prisons bavaroises. Cependant si l'on tient compte du fait, que nous avons déjà signalé, que beaucoup de prisonniers portent déjà en eux le germe de la maladie, sans présenter des symptômes appréciables, on peut fixer à 1500 le nombre des tuberculeux qui sortent chaque année des prisons allemandes, en laissant de côté ceux qui auraient contracté la maladie même en restant libres. Pour l'Italie, en prenant pour base du calcul des détenus tuberculeux les chiffres suivants: pénitenciers, 2.9‰ de la population totale, prisons, 0.5‰ chez les hommes et 0.2‰ chez les femmes, on trouve qu'il est sorti, en 1899 et 1900, environ 750 tuberculeux des pénitenciers (stabilimenti penali) et environ 2200 des prisons, soit 2950 au total. Si nous admettons une proportion de 3 tuberculeux pour 1000 dans la population libre — ce qui est beaucoup pour l'Italie — et si par conséquent nous retranchons du total ci-dessus 1410 tuberculeux qui le seraient devenus même en restant en liberté, il nous reste encore 1540 libérés tuberculeux, dont la maladie peut être imputée à leur détention.

Si l'on admet pour la tuberculose une durée moyenne de 5 ans, on trouve que sur les 1,200,000 tuberculeux qui, d'après

Dettweiler, vivent en Allemagne, 7500 au minimum ont contracté leur maladie en prison, ce qui donne une proportion de 2,3‰. On voit donc que le rôle des prisons n'est pas aussi grand que le prétend Büdingen; mais ce dernier n'en a pas moins raison de demander que cette cause de maladie soit supprimée, du moment que l'on veut combattre la tuberculose en tant que maladie populaire. Et cette demande se justifie d'autant mieux qu'un grand nombre des 7500 malades dont nous venons de parler deviennent le point de départ d'infections nouvelles, par le fait même des conditions dans lesquels ils vivent eux et leurs familles. D'ailleurs nous ne devons pas considérer seulement les contagions d'individu à individu; car il n'est nullement impossible que les prisons propagent la tuberculose par l'intermédiaire de certains objets. J'ai acquis, il y a longtemps déjà, en ma qualité de médecin des prisons, la conviction que cette propagation pouvait avoir lieu, par exemple, par l'intermédiaire d'effets militaires qui sont très souvent confectionnés dans ces établissements. On explique la fréquence de la tuberculose dans les armées par le fait que la maladie existait déjà lorsque le soldat a été recruté, mais qu'elle a passé inaperçue. Mais cette explication devient insuffisante, dès que l'on constate, comme on l'a fait en France, que la tuberculose est plus fréquente dans l'armée que dans la population civile. Il est vrai que les fatigues du service peuvent développer une tuberculose qui n'a pas été aperçue tout d'abord; mais il ne faut pas oublier non plus que l'armée représente l'élite de la population. On est donc en droit de penser que la fréquence de la tuberculose chez les soldats provient de ce qu'ils sont exposés à de plus grands risques d'infection. Je rappellerai seulement les cas de tuberculose constatés dans une compagnie casernée à Brunswick; ces cas devinrent si nombreux qu'ils engagèrent Kirchner à rechercher la présence du bacille tuberculeux dans les effets des soldats, dans les armoires et dans le plancher des magasins d'équipement, où il le trouva effectivement. Ces bacilles peuvent provenir, il est vrai, de soldats malades, quoiqu'en réalité, cela doive être assez rare, puisque dans l'armée tout malade et tout homme qui tousse peut être facilement examiné

sans le moindre retard. Mais il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut nier la possibilité de la propagation de la tuberculose par l'intermédiaire d'effets militaires ou de tels autres objets fabriqués dans les prisons.

Quoi qu'il en soit, la communauté tout entière est intéressée à ce que le danger qui résulte pour elle de la tuberculose pénitenciaire soit réduit dans la mesure du possible, et à ce que, d'autre part, les détenus soient capables de travailler au moment de leur libération, afin qu'ils ne tombent pas à la charge de la charité publique ou qu'ils ne récidivent pas immédiatement. C'est l'égoïsme même de l'Etat qui doit l'engager à ne pas écouter ceux qui taxent d'humanitarisme exagéré les améliorations hygiéniques que nous réclamons pour les établissements pénitentiaires. Mais, même sans cela, les détenus ont le droit d'exiger que leur santé ne coure aucun risque du fait de leur détention. Voici ce que Jagemann écrit à ce sujet : « La peine étant une nécessité légale, et son application n'impliquant pas un préjudice pour la santé ou la vie du condamné, un régime alimentaire insuffisant constitue une injustice. »

Que doit être l'hygiène dans les prisons et quelles doivent être ses exigences? Voici, à ce qu'il me semble, la meilleure réponse à faire à cette question : L'état sanitaire de la population d'une prison doit être aussi bon que celui de la population libre des mêmes classes d'âge; en ce qui concerne tout spécialement la mortalité tuberculeuse, celle-ci ne doit pas être plus élevée dans les prisons que parmi la population libre. Cette égalité doit être la règle; c'est elle qu'il faut chercher à atteindre, surtout par le moyen de la nourriture donnée aux détenus. D'autre part, ceux qui demandent que cette mortalité parmi les détenus soit abaissée au-dessous de celle de la population libre, vont trop loin; il serait injuste de placer les condamnés dans des conditions d'existence plus favorables que la population libre, sans compter que cela constituerait un encouragement formel au délit. Si l'Etat dispose des moyens nécessaires pour poursuivre des œuvres humanitaires, il doit les employer en faveur des individus innocents, et non des coupables.

Maintenant que nous avons établi le but que doit chercher à atteindre l'hygiène dans les prisons, nous devons apprendre à connaître la grandeur du mal qu'il s'agit de combattre. Nous ne pouvons guère utiliser dans ce but les chiffres des *cas de tuberculose*, et cela pour les motifs suivants : d'abord il n'est pas toujours possible, comme nous l'avons déjà dit, d'éviter qu'un même cas ne soit compté deux ou plusieurs fois; puis les statistiques ne comprennent généralement pas les malades qui n'ont pas suivi un traitement régulier; enfin le diagnostic n'est pas toujours absolument certain; dans les petites prisons surtout, où le service médical est souvent défectueux, beaucoup de cas de tuberculose ne sont pas reconnus comme tels. D'autre part, la tuberculose étant curable, on voit que la *mortalité* nous offre encore la meilleure base d'appréciation pour la fréquence de celle-ci. Mais il est important, cela va sans dire, de connaître aussi le nombre des cas.

Les différentes sortes de prisons ont naturellement une mortalité tuberculeuse différente suivant la sévérité du régime pénitenciaire et surtout suivant la durée de la peine subie. Si cette durée est courte, un jour par exemple, nous pouvons admettre qu'elle ne peut guère être une cause de tuberculose. Les prisons qui ne renferment que des individus condamnés à moins de huit jours de détention — le nombre de ces détenus s'élève dans l'Empire allemand à 40,000 environ par année — auront proportionnellement moins de cas de tuberculose, et ces cas ne seront souvent pas reconnus comme tels pendant la détention. Pour ces prisons les statistiques n'indiqueront le plus souvent que les tuberculeux dont la maladie pouvait déjà se diagnostiquer à leur entrée et, sauf de rares exceptions, elles ne mentionneront pas de décès par suite de tuberculose. Ces prisons occupent par conséquent dans la statistique un rang supérieur, en apparence tout au moins, aux pénitenciers; et cette supériorité paraîtra encore plus grande, si l'on compare, comme on le fait souvent, le nombre des décès avec le nombre total des entrées, au lieu de le comparer avec le chiffre de la population quotidienne moyenne. Ce mode de calculer est favorable en effet aux prisons qui ne renferment que des détenus ayant à accomplir

une peine d'une courte durée, car ces prisons, à chiffre égal de population moyenne, disons 100 détenus par exemple, ont un chiffre d'entrées dix fois plus fort peut-être que les autres établissements; et c'est ce chiffre qui sert de base pour le calcul de la mortalité. Il faut reconnaître qu'il n'est pas indifférent d'exposer à un même danger 100 individus dans un cas, 1000 individus dans l'autre. Mais comme la maladie — et la mort par conséquent — est la résultante d'une cause qui agit pendant un temps *plus ou moins prolongé*, il en résulte que le calcul qui se base sur le chiffre de population moyenne est le plus juste. Pour cette même raison, les pénitenciers et les divers genres de prisons doivent être étudiés et jugés séparément. Mais ce sont les pénitenciers (convict prisons, maisons centrales, stabilimenti penali, Zuchthäuser) qui doivent être pris comme exemple, lorsqu'on veut juger les conditions hygiéniques des prisons d'un pays, et cela pour les motifs que voici: c'est dans ces établissements que la peine, par suite de sa durée, fait le plus sentir son influence; leur régime ne diffère pas beaucoup d'un pays à un autre; la surveillance médicale s'y exerce d'une manière très exacte; leurs statistiques sont les plus sûres; les libérations pour motifs d'ordre médical, qui bouleversent les statistiques des autres établissements, y sont très rares; enfin, les différents facteurs qui favorisent l'éclosion de la tuberculose peuvent y être constatées pendant la durée de la détention. Tout cela ne veut certainement pas dire que les petites prisons soient sans importance en ce qui concerne la tuberculose, bien au contraire: ces prisons, dirigées par des fonctionnaires qui n'ont souvent pas la moindre idée de l'hygiène, privées de surveillance médicale régulière, souvent mal construites, sales, dépourvues d'étuves à désinfection, ces prisons, disons-nous, sont fort dangereuses, plus dangereuses même peut-être que les grands pénitenciers, en ce qui concerne la propagation de la tuberculose. Seulement on n'établit pas le rapport de cause à effet entre elles et les maux dont elles sont l'origine, parce que ces maux n'apparaissent souvent que longtemps après que la cause a cessé d'agir.

Qu'on nous permette encore une remarque au sujet de la statistique. On calcule souvent la mortalité tuberculeuse —

c'est aussi les cas pour les prisons — par comparaison avec le chiffre total des décès. On utilise ainsi, comme base du calcul, un chiffre sujet à de fortes variations, lesquelles peuvent être indépendantes des causes qui influent sur la fréquence de la tuberculose. Si une épidémie quelconque vient à éclater, ce chiffre total des décès augmente; si les diverses maladies diminuent leurs ravages, ce chiffre diminue, lui aussi; dans le premier cas, nous aurons peut-être un chiffre total de 200 décès, dans l'autre ce chiffre sera peut-être de 50 seulement. Si nous supposons maintenant que, dans les deux cas, il y a eu dix décès par tuberculose, le statisticien nous dira que dans le premier la mortalité tuberculeuse a été de 5%, dans le second de 20%. Et cependant les causes et la fréquence de la maladie n'ont pas changé.

Considérons maintenant la mortalité tuberculeuse dans les pénitenciers (Zuchthäuser) des différents pays, en nous servant des rapports les plus récents. Dans les pénitenciers prussiens, cette mortalité a été, en 1901 et 1902, de 0.53% en moyenne chez les hommes et de 0.345% chez les femmes, alors que, dans la population libre âgée de plus de 20 ans, et pour la même période, elle a été de 0.32% chez les hommes et de 0.24% chez les femmes. Le pénitencier saxon de Waldheim nous donne, pour les années 1901 et 1902, une mortalité annuelle de 0.9 chez les hommes; pour les pénitenciers bavarois, cette mortalité est de 1.0% pour les hommes et pour les femmes. Dans les pénitenciers anglais, alors que, de 1881 à 1885, nous trouvons encore une mortalité de 1.11% chez les hommes et de 1.43% chez les femmes, nous ne trouvons plus, en 1903, qu'un seul décès par tuberculose chez les hommes (0.034%), et aucun chez les femmes. Dans les maisons centrales françaises, la mortalité tuberculeuse a été, en 1902, de 1.2% chez les hommes et de 0.9% chez les femmes, et dans les pénitenciers autrichiens (1898 et 1899) la moyenne annuelle a été de 1.0% chez les hommes et de 3.6% chez les femmes. Quant aux pénitenciers italiens et hongrois, il ne nous a pas été possible de calculer, d'après leurs rapports, leur mortalité tuberculeuse. Mais on peut conclure du chiffre élevé de leur mortalité générale (pénitenciers italiens, moyenne annuelle 1899—1900, 3.9%)

pour les hommes; 7 pénitenciers hongrois, 1900, 3.5^o/o), que la mortalité tuberculeuse dans ces établissements a dépassé 1.0^o/o.

Il est une circonstance qui, pour autant que nous le savons, si elle n'exerce aucune influence sur la statistique mortuaire des pénitenciers, en exerce au contraire une très grande sur celle des prisons: nous voulons parler des libérations pour des motifs d'ordre médical, soit des libérations de détenus gravement malades. Ces libérations font paraître la mortalité des prisons sous un jour plus favorable que ce n'est le cas en réalité. Dans l'Empire allemand, nous ne trouvons pas dans les pénitenciers de libérations pour cause de maladie; il n'y en a pas eu non plus en 1903 dans les « convict prisons » de l'Angleterre, tandis que dans les maisons centrales françaises, le 8^o/o de la population totale a été gracié totalement ou partiellement en 1902, pour raisons de santé ou autres. Dans les prisons, au contraire, les libérations pour motifs d'ordre médical sont fréquentes; c'est le cas, par exemple, en Allemagne.

En résumé nous pouvons conclure des chiffres de la mortalité tuberculeuse, que la situation, en ce qui concerne les foyers de tuberculose dont parle Büdingen, s'est *améliorée* par rapport à ce qu'elle était il y a quelques dizaines d'années. En Bavière, en 1892—1893, la mortalité tuberculeuse était encore de 1.5^o/o, et en Prusse, de 1882 à 1886, de 1.9^o/o; en Wurtemberg, pour l'ensemble de tous les établissements pénitentiaires, cette mortalité s'est élevée, pour la période de 1850 à 1859, à 2.4^o/o. Mais à l'exclusion des prisons anglaises, y compris les pénitenciers, qui accusent une mortalité tuberculeuse moins élevée que la population libre, tous ou presque tous les autres Etats, pour autant que nous le savons, accusent dans leurs prisons une mortalité tuberculeuse beaucoup plus élevée et qui, pour certains d'entre eux, doit encore être considérablement réduite pour arriver au niveau de la mortalité tuberculeuse de la population libre.

C'est là un devoir qui s'impose d'autant plus impérieusement à l'Etat que l'on ne peut plus avoir recours à l'explication que l'on donnait autrefois pour excuser cet état de choses, à savoir que les détenus dans leur grande majorité étaient déjà en puissance de tuberculose, latente ou non, avant leur

entrée en prison. En admettant même que la tuberculose soit plus fréquente parmi les individus incarcérés que parmi la population libre, on doit se demander d'où provient cette différence. Ne peut-elle pas être attribuée, en grande partie tout au moins, à des détentions antérieures? C'est le cas pour les récidivistes, nombreux surtout dans les pénitenciers; et combien n'y a-t-il pas aussi de détenus qui peuvent avoir contracté la tuberculose au cours d'une détention préventive qui a duré des semaines ou des mois? Et cependant, sur 358 détenus morts de tuberculose en 1898 et 1899 dans les pénitenciers autrichiens, 36^o/o étaient en parfaite santé au moment de leur entrée, 30^o/o se trouvaient dans un état de santé médiocre et chez 34^o/o seulement on avait constaté un état de santé tout à fait mauvais ou une infirmité. Au surplus, qu'il s'agisse des prisons ou qu'il s'agisse de l'armée, il est tout à fait indifférent, sinon au point de vue de la science, du moins au point de vue de la vie, que la maladie soit due entièrement aux influences nocives auxquelles se sont trouvés soumis le détenu et le soldat, ou qu'elle ait déjà existé en germe et que ces influences n'aient fait que hâter et favoriser son développement. Tous les médecins de prisons se rappellent sans doute avoir vu des détenus, doués d'une santé parfaite et même florissante au moment de leur incarcération, mourir de tuberculose après une détention relativement courte. Parmi les 934 hommes entrés au pénitencier de Kaiserslautern depuis le milieu de 1882 jusqu'à la fin 1892, 241 ont contracté la tuberculose pulmonaire. Au moment de leur incarcération, 470 d'entre eux étaient en parfaite santé, 117 présentaient une tare familiale ou souffraient encore des suites d'une longue détention antérieure; 118 étaient suspects parce qu'ils avaient déjà présenté des affections de nature tuberculeuse (caries), des suppurations ganglionnaires ou des crachements de sang. Si l'on calcule maintenant et si l'on compare la proportion des cas de tuberculose chez les bien portants, chez les tarés et chez les suspects, on trouve que, chez les premiers, il n'y a eu que 10^o/o de moins de cas, chez les autres 10^o/o de plus seulement qu'il n'y en aurait eu si tous avaient été atteints dans la même proportion. Un tiers des détenus atteints de

tuberculose au moment de leur incarcération ne fut soumis à aucun traitement médical; l'état d'un certain nombre d'entr'eux s'améliora de lui-même en prison, comme le démontrèrent l'augmentation de poids, l'aspect, l'état des forces et la diminution des symptômes objectifs. Il est vrai que la plupart des décès par tuberculose constatés à Kaiserslautern, survinrent pendant les deux premières années de la détention; mais étant donné la marche rapide de la tuberculose dans les prisons — à Kaiserslautern la durée de la maladie est de 15 mois en moyenne — on peut admettre qu'une partie des détenus morts de tuberculose dans leur deuxième année de détention, et quelques-uns même de ceux qui ont succombé au cours de la première année, avaient contracté leur maladie *dans* l'établissement même. Il faut y ajouter ceux qui, tombés malades au pénitencier, sont morts après leur élargissement. Bær, qui possède une grande expérience en ces matières, a donc certainement raison lorsqu'il dit: «Le nombre des détenus qui deviennent tuberculeux pendant leur détention est tout aussi élevé et même plus élevé que celui des détenus déjà tuberculeux au moment de leur incarcération.»

Pour pouvoir établir le chiffre réel des cas de tuberculose contractée en prison, nous devrions connaître la mortalité des libérés. D'après mes propres observations, qui portent sur la période 1869 à 1893, la mortalité générale des détenus libérés pendant l'année et demie qui a suivi la libération a été presque aussi élevée que parmi la population du pénitencier.

Une question qui a été fort discutée, est celle qui a trait à l'influence de la *détention cellulaire*. Il est regrettable qu'elle n'ait pu être élucidée jusqu'ici, et cela surtout parce qu'on n'a pas su utiliser judicieusement les statistiques. Ces statistiques calculaient la mortalité tuberculeuse par rapport à la mortalité de *toutes* les maladies ensemble; elles commettaient donc la faute que j'ai déjà relevée plus haut. C'est ainsi que Zatschak, en se servant de cette méthode, a trouvé pour les années 1878, 1880 et 1881, dans les pénitenciers autrichiens, une mortalité tuberculeuse de 80, 68 et 62% pour la détention cellulaire, et de 63, 60 et 61% pour la détention en commun;

alors qu'en réalité, dans ces pénitenciers, la mortalité pour la détention cellulaire est inférieure à l'autre, comme nous le verrons.

Je n'ai trouvé nulle part un calcul établissant, par rapport à la population moyenne des pénitenciers, le taux de la mortalité tuberculeuse pour la détention cellulaire; le seul renseignement que j'ai rencontré est dû à Chandon qui écrit que, pendant les 17 années écoulées de 1870 à 1886, cette mortalité a été de 3.05% dans le pénitencier de Kaiserslautern, de 3.33% dans celui de Wurzburg, et de 1.77% seulement dans la prison de Nuremberg où l'on applique le régime cellulaire. J'ai donc réuni les données relatives aux pénitenciers de la Prusse, pour les années 1901 et 1902, en les divisant d'après la plus ou moins grande fréquence de la détention cellulaire. J'ai ainsi trouvé que le groupe où prédomine la détention cellulaire (70% environ) a une mortalité tuberculeuse deux ou trois fois plus élevée que le groupe où prédomine la détention en commun, alors que dans le premier groupe la mortalité générale est moins élevée que dans l'autre. Un travail analogue fait pour les pénitenciers autrichiens pour l'année 1899 a permis de constater que les établissements qui n'appliquent que partiellement la détention cellulaire ont une mortalité générale et une mortalité tuberculeuse un peu inférieures à celles des établissements où la détention en commun est exclusivement appliquée. Ces deux calculs ne sont pas, je le reconnais, à l'abri de toute erreur; les recherches de Marcowich sont plus probantes, parce que cet auteur n'a pas comparé des établissements d'espèce différente, mais bien les genres d'emprisonnement dans les mêmes établissements. Il a déterminé pour une période de 10 ans les chiffres des cas de tuberculose et des décès tuberculeux pour la détention cellulaire et la détention en commun, en se basant, il est vrai, sur la population totale et non sur la population moyenne, et il a trouvé pour la détention en commun (115,665 détenus) 4.93% de cas de tuberculose et 3.45% de décès, et pour la détention cellulaire (22,196 détenus) seulement 2.07% de cas de tuberculose et 0.86% de décès. Marcowich est ainsi le premier auteur, à ma connaissance, qui ait fourni la preuve indubitable de la moindre fré-

quence de la tuberculose chez les détenus soumis au régime cellulaire.

Cela ne veut pas dire que la détention cellulaire présente toujours — en admettant que les calculs soient justes — cet avantage. La mortalité tuberculeuse dépend d'autres facteurs: durée de la peine, régime de la prison, aménagement et état des locaux, âge, sexe et santé des détenus, qui peuvent, dans certains cas, contrebalancer l'effet favorable de la détention cellulaire. Quand les partisans de la théorie de la prédisposition opposée à la théorie de l'infection invoquent la grande fréquence de la tuberculose chez les condamnés à la détention cellulaire, on doit leur répondre que, si cette détention peut exercer certaines influences nocives, beaucoup plus grandes encore sont celles qui résultent de la manière dont elle est appliquée. Elle exercera une influence fâcheuse si les cellules sont trop petites; car c'est justement ce mode de détention qui exige de grandes cellules, puisque les détenus les habitent constamment, et que le local où ils travaillent n'est pas distinct du local où ils dorment, comme le demandait Howard, il y a déjà 120 ans; cette influence fâcheuse se produira encore, lorsque le prisonnier ne peut pas prendre assez d'exercice au grand air ou pendant son travail, et lorsque son genre de travail l'oblige à garder une position assise ou même courbée. Il est d'autres facteurs encore qui agissent défavorablement sur les condamnés à la prison cellulaire: ce sont, par exemple, la dépression morale et la privation de conversation, qui, en rendant la respiration plus profonde, favorise l'activité pulmonaire.

On ne doit pas s'étonner après cela qu'il puisse arriver que dans une même prison ou dans des prisons différentes, la fréquence de la tuberculose soit plus grande chez les condamnés à la prison cellulaire que chez les autres. Mais la connaissance que nous avons des causes qui favorisent l'éclosion de la tuberculose nous permet de prévoir qu'une détention cellulaire judicieusement appliquée doit produire moins de cas de tuberculose que la détention en commun, parce que les détenus se trouvent ainsi moins exposés aux causes d'infection. Preuve en soit la très faible mortalité tuberculeuse des prisons

anglaises qui appliquent exclusivement ou presque exclusivement le système cellulaire.

Il ne sera pas possible, du reste, de trancher la question d'une manière définitive, aussi longtemps que les administrations pénitentiaires ne publieront pas des rapports strictement séparés sur l'état sanitaire des condamnés à la prison cellulaire et sur celui des condamnés à la détention en commun.

Quelles sont maintenant les causes auxquelles est due la mortalité tuberculeuse élevée des prisons?

Nous trouvons une première cause dans le fait, déjà mentionné, qu'il y a certainement plus d'individus atteints de tuberculose déclarée ou latente parmi les condamnés qui arrivent à la prison que parmi la population libre; cette cause peut, selon les localités, jouer un rôle plus ou moins considérable, mais ce rôle n'est en tout cas pas le premier; cela ressort du fait que l'amélioration de l'hygiène pénitentiaire a fortement réduit la mortalité tuberculeuse dans les prisons; dans certains cas, cette mortalité n'est plus que le dixième de ce qu'elle était auparavant, alors qu'il n'est pas admissible que le nombre des condamnés déjà tuberculeux au moment de leur incarcération ait diminué dans la même proportion.

Il s'agit donc en premier lieu de savoir pourquoi la tuberculose *prend si souvent naissance* dans les prisons. Tous les esprits non prévenus reconnaissent aujourd'hui que pour que la tuberculose se produise deux conditions sont nécessaires: une prédisposition de l'individu et la présence du bacille tuberculeux; et tous les médecins de prisons qui se sont occupés de cette question n'y ont jamais mis, que je sache, autant de parti-pris que beaucoup de savants, souvent parmi les plus illustres. Etant donné les deux conditions ci-dessus, il ne s'agit que de savoir laquelle des deux prédomine. La plupart des observateurs, ainsi Bær, Bollinger, Buchner, admettent que c'est la prédisposition, augmentée par le séjour en prison, qui joue le principal rôle. Et les médecins des prisons savent bien que cette prédisposition est, la plupart du temps, augmentée par un grand nombre de facteurs; je citerai la dépression morale profonde qu'entraîne la privation de liberté, les locaux encombrés et mal aérés, l'alimentation

insuffisante, le travail trop dur, le défaut d'exercice en plein air, les vêtements insuffisants, les punitions trop sévères. Mais tout en admettant que la prédisposition est la cause principale de l'apparition de la maladie, on ne doit pas exagérer son influence comme le font tant de médecins, et tout particulièrement les médecins de sanatoriums. C'est ce que démontre le fait bien connu qu'un nombre assez considérable des détenus qui étaient en puissance de tuberculose au moment de leur incarcération, n'ont pas besoin d'être traités au cours de leur détention; au pénitencier de Kaiserslautern, sur 62 détenus qui présentaient des signes de tuberculose au moment de leur entrée, 13 n'ont pas eu besoin de traitement et 3 seulement sont morts dans l'établissement. De même que j'ai observé moi-même des améliorations et des guérisons, de même Schæfer mentionne des guérisons survenues dans le pénitencier, et qui auraient été constatées par de nombreuses autopsies. En faveur de l'importance du rôle de la prédisposition, on met en avant le fait que les gardiens qui ne partagent ni les dortoirs, ni la nourriture des détenus, contractent la tuberculose moins souvent que ces derniers, même dans les prisons les plus contaminées. Cela est vrai. Au pénitencier de Kaiserslautern, le personnel de surveillance, comptant 18 gardiens, n'a présenté en 21 ans que 2 décès causés par la tuberculose, malgré la mortalité élevée de l'établissement; à Görlitz, il n'y a eu également que 2 décès en 20 ans. Au pénitencier de Kaisheim, pourtant très fortement contaminé, il n'y a eu en 20 ans qu'un seul décès dû à la tuberculose parmi le personnel (Barmherzige Brüder) qui soignait les détenus tuberculeux, et ce décès ne s'est produit qu'au bout de 15 ans. Dans la prison cellulaire de Nuremberg, il n'y a eu en 21 ans, parmi un personnel qui a compté en tout 177 employés, qu'un seul cas de tuberculose. Mais à ces chiffres et aux nombreuses observations négatives faites chez les sœurs qui soignent les tuberculeux et chez les médecins de sanatoriums, on peut opposer des observations positives et absolument certaines; telle, par exemple, la grande mortalité constatée chez les gardiens de la prison de Munich, mortalité qui n'a cependant pas atteint le taux de celle des détenus. Et même à Kaiserslautern, à Görlitz et à St-Georges,

cette mortalité du personnel de surveillance, qui a atteint respectivement les taux de 0.5%, 0.5% et 0.55%, est encore plus élevée que celle de la population libre. Malheureusement la plupart des rapports publiés par les pénitenciers ne s'occupent pas de l'état de santé du personnel; sinon, on aurait pu recueillir un certain nombre de faits analogues.

L'importance du rôle joué par le bacille tuberculeux est démontrée par l'apparition d'une véritable épidémie de tuberculose dans un établissement, comme le pénitencier des hommes de Kaiserslautern, où la tuberculose, il est vrai, avait toujours été endémique, mais où la mortalité tuberculeuse, après avoir été, pour les années 1866—1871, de 2% de la population moyenne, est montée pendant les années suivantes à 2.9% et même 3.5% pour retomber ensuite à 2.4, 1.2, 1.6 et même 0.35% (1897 à 1900). Cette élévation de la mortalité tuberculeuse, en l'absence de toute autre circonstance qui puisse l'expliquer, ne peut être attribuée qu'aux transports qui eurent lieu de 1867 à 1883 — en mettant de côté un petit transport de 30 hommes effectué en 1863 — et au cours desquels 246 *femmes* furent transférées d'un pénitencier de la Bavière transrhénane à Kaiserslautern; c'est à la suite de ces transports que l'on vit la mortalité tuberculeuse s'élever d'abord dans la division des *femmes*, où elle fut plus que doublée, puis dans la division des *hommes*, où elle doubla presque. Comme le régime de la prison était resté le même, de même que la qualité — si l'on peut s'exprimer ainsi — des individus incarcérés, on ne peut incriminer ici que la *quantité* des bacilles tuberculeux, et surtout la *virulence* plus élevée des bacilles importés, puisque aussi bien ces microorganismes existaient déjà auparavant dans l'établissement et que leur nombre avait été seulement augmenté. Ces germes nouvellement apportés se répandirent d'abord, comme c'est naturel, dans la division des *femmes*, où l'augmentation de la mortalité fut plus forte et plus précoce, puis passèrent dans la division des *hommes*. Ces deux divisions étaient bien séparées par un mur, mais elles étaient mises en communication constante par l'intermédiaire des aliments, du linge et de la literie qui étaient lavés dans la division des *femmes*, et aussi par les poussières des cours; elles commu-

niquaient encore par l'intermédiaire des détenus-hommes qui travaillaient comme maçons ou badigeonneurs dans la division des femmes, où ils avalaient les poussières qui se détachaient des murs souillés et du sol. Il faut ajouter encore à cela les nombreuses possibilités de contamination par l'intermédiaire des ustensiles de ménage, des mouches, etc.

Cette explication s'accorde avec le fait que, à partir de 1880, c'est-à-dire dès le moment où l'on ne transféra plus à Kaiserslautern autant de malades, et où l'on cessa même d'y transporter des détenus, la mortalité tuberculeuse s'abaissa et finit par tomber à un niveau plus bas qu'auparavant, soit au tiers du maximum atteint, alors que les conditions générales du pénitencier restaient les mêmes. En 1890—1895 seulement, elle présente de nouveau une légère recrudescence, due vraisemblablement à une forte épidémie d'influenza. C'est seulement dans les dernières années sur lesquelles portent mes observations que l'on a commencé à appliquer à Kaiserslautern une désinfection énergique et qu'on y a introduit une bonne nourriture, et à partir de ce moment la mortalité tuberculeuse a encore diminué, au point de n'être plus que le dixième du maximum atteint auparavant! En même temps — et cela parle encore en faveur de la manière de voir exposée plus haut — nous avons vu diminuer le nombre des affections *graves* des os et du tissu cellulaire, et la marche des cas de tuberculose est devenue moins rapide et moins dangereuse; et pourtant le *nombre* des cas eux-mêmes a augmenté pendant un certain temps encore, sans doute par suite de l'augmentation du nombre des germes. Si l'on compare le nombre des décès avec celui des cas, on trouve, de 1883 à 1885, une proportion de 23.8%, qui dans les années suivantes a constamment diminué pour arriver à moins de 3.5%.

Dans son travail, trop peu connu, sur le pénitencier de Laibach, Keesbacher arrive à des conclusions analogues en ce qui concerne l'importance du rôle de l'infection, et il admet aussi une différence dans la virulence des bacilles tuberculeux. A Laibach, la mortalité tuberculeuse, calculée pour une période décennale comprenant les mauvaises années, s'était élevée à 2.9%. De 1.56% en 1881, elle passa à 3.99% en 1882 et à

3.46% en 1883, pour atteindre en 1884 6.47%, soit le quadruple du chiffre de 1881. Plus tard, elle retomba à 2.27%, bien que depuis 1882 la « qualité » des individus incarcérés fût devenue plus mauvaise d'année en année.

Nous trouvons une troisième épidémie de tuberculose dans le pénitencier de Lichtenau. De celle-ci, je connais seulement la terminaison: pendant les années 1884 à 1889 la mortalité tuberculeuse tomba, par chutes successives, de 3.5% à 0.3%. En même temps l'on put constater à Lichtenau, comme dans les deux pénitenciers mentionnés plus haut, une diminution de la gravité des cas.

En présence de ces diverses publications, qui datent déjà d'un certain temps, on a de la peine à comprendre que l'on ait pu encore écrire récemment que l'on ne pouvait presque pas admettre de différences dans le degré de virulence des bacilles tuberculeux. D'ailleurs Arloing en France avait depuis longtemps admis cette notion de la différence de virulence, comme l'ont fait plus tard Tangl et Troje, Baumgarten etc. La tuberculose est, dans les prisons comme ailleurs, la conséquence de plusieurs conditions qui se modifient d'un cas à l'autre; et si, d'une manière générale, la prédisposition est la condition qui prime toutes les autres, ce rôle peut, dans certaines localités, revenir à l'infection, suivant la quantité et la virulence des bacilles. Meilleures seront les conditions sanitaires des prisons, et d'autant moindre sera la prédisposition acquise dans celles-ci. A ce point de vue, les prisons anglaises se trouvent aujourd'hui dans des conditions sanitaires telles que le séjour dans ces établissements paraît être plus sain pour les détenus que la vie en liberté. Par contre, nous avons vu que lorsque des bacilles très virulents sont introduits dans une prison ou s'y développent, le taux de la mortalité peut se tripler ou se quadrupler, d'où il résulte que, dans ces cas, le germe infectieux, comme tel, prend une importance trois ou quatre fois plus grande aussi que la prédisposition. En de pareils cas, si l'on veut combattre la maladie, il s'agit tout d'abord de désinfecter. (Des épidémies dues à la même cause que celles que nous venons d'étudier, ont été observées à plusieurs reprises en dehors des prisons, ainsi dans 3 localités alpestres de la France où la

population, auparavant indemne, a été contaminée par des tuberculeux venus du dehors; ainsi encore l'épidémie observée à la maison des Enfants-trouvés de St-Pétersbourg et la petite épidémie des bureaux de l'Hôtel de ville de Paris, en 1897.)

Si nous voulons diminuer la fréquence de la tuberculose dans les prisons, nous devons tout d'abord, là comme ailleurs, restreindre le rôle de la prédisposition, en améliorant, d'une manière générale, les conditions hygiéniques de ces établissements. Mais nous nous heurtons ici à deux objections: d'une part le but de la peine et d'autre part les frais que son application entraîne et qui doivent toujours être le moins élevés possible. Aussi devons-nous souvent, surtout lorsqu'il s'agit d'épidémies causées par la forte virulence des bacilles, viser surtout à détruire ces derniers. Ce mode de faire n'entraîne aucune diminution des privations imposées aux détenus, pour autant que ces privations font partie de la peine à subir, et les frais qui en résultent sont souvent peu considérables. D'ailleurs nous insistons encore sur ce point, qu'on ne doit pas reculer devant quelques dépenses lorsqu'il s'agit de faire tomber la mortalité tuberculeuse des détenus au niveau que cette mortalité atteint dans la population libre. Mais même en se plaçant au point de vue purement économique, il est indubitable que, dans les établissements placés dans de très mauvaises conditions, les dépenses faites dans le but que nous venons de signaler ont leur utilité: car, par suite des améliorations qu'elles auront servi à payer, les frais de traitement des malades diminueront, le produit du travail des détenus sera augmenté, et nous verrons quitter le pénitencier, en état de travailler, des détenus qui sans cela peut-être, et par la faute même de l'Etat, seraient tombés à la charge de l'assistance publique ou auraient été poussés à commettre de nouveaux délits.

Examinons maintenant, l'un après l'autre, les divers moyens par lesquels nous devons combattre la tuberculose.

A. Mesures générales.

1. *Statistique.* Pour arriver à connaître la fréquence de la tuberculose en général et dans chaque prison en particulier, il nous faut une statistique meilleure et *rendant possibles les*

comparaisons. De tout ce que nous avons exposé plus haut, il ressort que les statistiques doivent nous fournir les renseignements suivants: 1. Population totale. 2. Population moyenne. 3. et 4. Nombre des malades et des décès en général et des cas de tuberculose et des décès de tuberculeux en particulier (en comptant ensemble les cas de tuberculose de tous les organes, ou en séparant les cas de tuberculose pulmonaire de cas de tuberculose des autres organes). 5. et 6. Etat de santé des condamnés au moment de leur incarcération et au moment de leur libération, en tenant compte plus particulièrement de la tuberculose. 7. Age moyen des détenus. 8. Durée moyenne de la peine. 9. Nombre des détenus qui ont été libérés avant l'expiration de leur peine, conditionnellement ou totalement, pour raisons de santé ou autres. 10. Y a-t-il eu des condamnés, et combien, qui n'ont pas pu être incarcérés pour cause de maladie ou qui ont été transportés dans un hôpital, avec suspension de l'application de la peine? (Je ne puis m'empêcher ici de me demander si les conditions si favorables que nous trouvons dans les prisons anglaises ne sont pas dues à un tel système qui n'admet pas les malades dans les prisons.) Dans toutes les rubriques ci-dessus, on devra séparer: a) les sexes; b) les divers genres de prisons, entr'autres les pénitenciers (Zuchthäuser), les prisons dans le sens restreint de ce mot, les établissements de correction pour jeunes gens; c) la détention en commun et la détention cellulaire. Il ne me paraît pas utile de pousser plus loin cette subdivision; il est vrai que le bulletin pour les détenus tuberculeux en usage en Prusse contient 58 questions, sans compter les questions accessoires; mais tout en reconnaissant la valeur de ce bulletin, nous pensons que, dans ce domaine aussi, le mieux peut être l'ennemi du bien, et que la bonne volonté des médecins est le plus souvent en proportion inverse des exigences qu'on leur impose.

Il serait désirable encore d'avoir des données sur la mortalité des libérés, tout au moins pendant la première année après leur libération; des recherches ont été poursuivies dans ce sens en Bavière jusqu'à ces dernières années; pour Kaiserslautern, elles ont donné des chiffres parfaitement utilisables en

ce qui concerne les cas de tuberculose acquise dans le pénitencier et terminés par la mort après la libération.

Pour donner aux chiffres ainsi obtenus leur valeur intrinsèque et pouvoir les comparer entre eux, voici comment il faut procéder: les cas de tuberculose qui n'ont pas été soumis à un traitement régulier doivent être comptés à part, ou laissés en dehors de la statistique; il faut éviter autant que possible de compter plusieurs fois le même cas; il est indispensable de faire l'autopsie de tous les détenus morts en prison, et cela dans l'intérêt des détenus eux-mêmes. Car l'hygiène doit être renseignée d'une manière précise sur les maladies qui se produisent dans chaque prison, et c'est par conséquent faire de l'humanité à rebours que de ne pas permettre les autopsies, lorsque l'autorisation n'est pas accordée. Il ne faut pas que, pour établir le chiffre des maladies survenues dans les prisons, on en soit réduit aux certificats de fonctionnaires étrangers à la médecine.

2. *Diminution des peines privatives de la liberté.* En se plaçant au point de vue médical, on doit soutenir et encourager tout ce qui tendra à diminuer le nombre des peines privatives de la liberté; car on diminuera par là le nombre de ceux qui ont à supporter les inconvénients de la privation de liberté; en même temps, les prisons n'étant plus encombrées, les condamnés se trouveront placés dans des conditions plus favorables. On atteindra le but en remplaçant les peines privatives de la liberté par des réprimandes et des amendes élevées, en adoptant la condamnation conditionnelle et en rendant plus fréquentes les libérations anticipées.

3. *Application des mesures d'hygiène; rôle et situation du médecin.* Dans tous les Etats, la direction supérieure des prisons devrait être centralisée dans la mesure du possible; cette centralisation rendrait possible une juste appréciation des questions d'hygiène et assurerait une rapide exécution des améliorations jugées nécessaires. Pour le même motif, les peines privatives de la liberté devraient être subies, autant que possible, dans de grands établissements. Nous avons déjà fait remarquer que les petites prisons ont le plus souvent des installations défectueuses et qu'elles sont mal dirigées; cette direction est entre les mains

de fonctionnaires qui ignorent tout ou presque tout de l'hygiène, et le contrôle médical s'exerce mal; ces établissements sont donc, surtout au point de vue de la tuberculose, excessivement dangereux et ce danger est d'autant plus grand que, par sa nature même, il ne peut être exactement déterminé et encore moins démontré. Plus on supprimera de petites prisons, plus grand sera aussi le bénéfice hygiénique, pour ne pas parler du bénéfice moral.

L'hygiène devrait être enseignée à tous les fonctionnaires des prisons, supérieurs et inférieurs; les fonctionnaires supérieurs devraient recevoir cet enseignement à l'Université ou bien, comme les fonctionnaires inférieurs, dans des cours spéciaux traitant de science pénitentiaire ou encore dans les leçons professées par les médecins des prisons. Cet enseignement leur donnerait les connaissances qui leur sont indispensables et leur apprendrait en même temps à apprécier sainement et à comprendre le rôle du médecin. Cette compréhension du rôle du médecin fait souvent encore défaut; c'est ce que démontrent, par exemple, les appréciations émises, il y a quelques années, par un directeur, au sujet du préavis que les médecins ont à donner sur les punitions infligées aux détenus, conformément aux principes adoptés par le Conseil fédéral allemand en 1897; il disait: «Je dépose au bureau, dans le casier du docteur, la liste des punitions que j'ai infligées; comme cela il en reçoit communication en temps utile.» Un autre directeur déclarait que dans les «principes» dont il vient d'être question, il n'est dit nulle part que le médecin peut opposer son veto, et il ajoutait que «la discipline de l'établissement a plus d'importance pour le directeur que la santé de chaque individu en particulier».

Le médecin ne doit pas avoir seulement la direction de l'infirmerie et n'être indépendant qu'en ce qui concerne le traitement des malades; il doit avoir son indépendance complète dans tout le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie. Il ne suffit pas qu'il émette des vœux dans un rapport annuel, mais il faut qu'il ait une responsabilité pleine et entière pour tout ce qui concerne l'hygiène de la prison et qu'il soit tenu de faire ses propositions au directeur pour la suppression de

tout ce qui est contraire à cette hygiène. Si le directeur est d'un autre avis que le médecin, c'est la manière de voir de ce dernier qui devra prévaloir dans les cas urgents, tels que l'application des punitions; mais il va sans dire que dans ces cas, comme dans tous les autres, c'est l'autorité supérieure qui devra décider en dernier ressort.

Il est de l'intérêt de l'établissement que son médecin perfectionne toujours plus ses connaissances dans le domaine qui est le sien; il faut donc qu'il puisse faire lui-même toutes les autopsies ou que celles-ci ne soient confiées aux instituts d'anatomie pathologique qu'avec son assentiment. Dans toutes les bibliothèques de prison on devrait trouver une revue traitant de la tuberculose.

Lorsque, dans une prison, la mortalité tuberculeuse, calculée par rapport à la population moyenne, atteint un taux élevé, 1% par exemple, et s'y maintient, ou lorsque — la mortalité tuberculeuse ne pouvant être déterminée — la mortalité générale atteint et dépasse le chiffre de 2.5%, le médecin de la prison devrait proposer les mesures nécessaires pour remédier à cet état de choses; à son défaut, on devrait demander l'avis d'un spécialiste de l'hygiène pénitentiaire ou de la tuberculose (médecin de sanatorium). On devrait agir ainsi dans tous les cas où la mortalité tuberculeuse d'une prison est beaucoup plus élevée que celle des autres prisons du même Etat. Il faudrait donc que les rapports annuels donnassent, pour chaque prison, en même temps que les chiffres bruts, le chiffre relatif de tous les décès et celui des décès tuberculeux.

B. Mesures destinées à combattre la contagion. Désinfection.

1. *Isolement.* Les détenus malades ou suspects devraient être isolés aussi tôt que possible. Dans ce but on devrait soumettre tous les condamnés, au moment de leur incarcération, à un examen minutieux, dont le résultat serait inscrit dans un registre ad hoc. Dans le Wurtemberg, les individus nouvellement incarcérés ne peuvent être mis en contact avec d'autres détenus, avant que cet examen ait eu lieu; c'est là une règle bonne à imiter, même en ce qui concerne la fréquentation des services religieux. Il serait bon en outre que les détenus se

présentassent régulièrement à la consultation du médecin, même pour les indispositions les plus légères, à moins que l'on ne préfère procéder à des inspections périodiques des diverses divisions de la prison. Pour poser un diagnostic précoce, il n'est pas besoin de recourir aux injections de tuberculine; en tout cas, étant donné les suites que ces injections peuvent avoir, il serait bon de ne les pratiquer que sur la demande du détenu.

L'isolement des tuberculeux doit être aussi complet que possible; même les cas légers, qui se produisent parmi les condamnés à la détention en commun, doivent être placés dans des salles spéciales. Quant aux cas graves, ils doivent être transférés au lazaret, ne serait-ce que pour diminuer les risques de contagion. Au chapitre traitement, nous parlerons de la nécessité de créer, dans les grandes prisons, des divisions séparées pour les détenus tuberculeux ou de construire pour eux des sanatoriums spéciaux. Plus importantes seront ces installations spéciales et plus grand sera par conséquent le nombre des cas légers qu'elles pourront recevoir, plus grande aussi sera leur utilité, car elles devront être situées et aménagées de telle manière que les germes contagieux ne puissent arriver dans les prisons elles-mêmes.

Il serait très désirable que les tuberculeux, tout au moins lorsqu'il s'agit de peines de courte durée, fussent complètement grâciés ou que leur peine fût suspendue jusqu'au moment où leur état se sera amélioré. Il conviendrait aussi que, pour les graciations prononcées après que le condamné a commencé à subir sa peine, on tînt spécialement compte de l'état de santé des détenus, et qu'on n'exigeât pas comme une des conditions de la libération anticipée, ainsi que cela se fait en Bavière, l'assurance que le libéré trouvera à se placer dans de bonnes conditions. Les détenus tuberculeux, par le fait de leur maladie, doivent plus que d'autres bénéficier de la libération anticipée, et la non-réalisation de la condition ci-dessus mentionnée ne devrait priver aucun d'eux du bénéfice de cette mesure.

D'ailleurs l'Etat est tenu, dans l'intérêt de la communauté, d'envoyer, lorsque cela est nécessaire, dans des établissements pour le traitement de la tuberculose, les tuberculeux qui quittent la prison, soit par suite de libération anticipée, soit après l'ex-

piration de leur peine. Cette mesure devrait même être rendue obligatoire pour les libérés, ce qui ferait tomber toutes les objections d'ordre hygiénique que l'on peut opposer à la grâce ou à la libération anticipée des tuberculeux.

2. *Désinfection.* La désinfection doit viser tout d'abord *les crachats*. Il doit être défendu de cracher ailleurs que dans un crachoir. Nous avons à peine besoin d'ajouter que l'on doit installer dans les prisons de nombreux crachoirs communs, placés à hauteur de poitrine. Le mieux est de remplir ces crachoirs d'une solution de lysol ou de crésol ou d'une solution alcaline de solutol, dont on humectera également les bords du crachoir. Cette solution désinfectante est rendue nécessaire par le danger qui résulte de la projection de gouttelettes, projection que l'on ne peut éviter, et par le fait que les bacilles peuvent être transportés par les mouches; elle est nécessaire aussi et surtout, parce que les crachats non désinfectés jetés dans les latrines ou dans les canaux peuvent conserver longtemps leur virulence. Si ces crachats non désinfectés ont été jetés dans les latrines, ils peuvent être projetés de côté et d'autre dans les cours de la prison, au moment des vidanges; s'ils ont été jetés dans les canaux, ils peuvent être déversés dans les champs, notamment dans les champs d'épandage, et y rester virulents pendant longtemps; car même dans les liquides de vidange, le bacille tuberculeux peut conserver son pouvoir contagieux pendant plusieurs mois. L'emploi de crachoirs secs, que l'on peut brûler, n'éviterait pas la production de poussières; par contre le cuisson dans l'eau bouillante et la vapeur fluente détruisent sûrement les bacilles.

Une désinfection constante et complète de toute une prison n'est pas possible; par contre, l'on doit désinfecter soigneusement les cellules occupées par des tuberculeux, tous les articles de literie, les ustensiles et les outils dont ils se sont servis, avant d'en permettre l'usage à d'autres détenus. Pour cela il est indispensable que la prison possède une étuve à désinfection de dimensions suffisantes pour recevoir des matelas entiers.

Pour pouvoir désinfecter les objets dont s'est servi un tuberculeux, il faut qu'on puisse les reconnaître. Chaque détenu devra donc se servir toujours des mêmes objets désignés par

un numéro. Il doit en être de même pour le linge de literie, les essuie-mains, les vêtements de dessus et de dessous, les cuvettes, les ustensiles de table. Le linge qu'a porté un tuberculeux doit être d'abord plongé dans une solution désinfectante, puis désinfecté par la vapeur. Les ustensiles de table, que le malade conservera toujours, seront lavés par lui chaque fois qu'il s'en sera servi. Il serait bon que ces ustensiles fussent émaillés, comme les cuvettes; les uns et les autres seront désinfectés par la cuisson dans l'eau bouillante.

Il serait nécessaire de publier des instructions précises concernant la désinfection, à l'usage de toutes les prisons; ces instructions seraient affichées dans ces établissements, et l'on distribuerait en même temps des instructions spéciales pour la tuberculose. Outre la défense de cracher par terre ou dans des mouchoirs, ces instructions devraient prescrire à *tous* les détenus de tenir leur main devant leur bouche et de se détourner lorsqu'ils toussent. En ce qui concerne la défense de cracher à terre, son observation pourra toujours être contrôlée par les co-détenus; d'ailleurs les instructions rendront le malade attentif au danger menaçant que lui font courir ses propres crachats, s'il les répand autour de lui. Lorsque les détenus sont assis, pendant leur travail, à une même table, vis-à-vis les uns des autres, ils devraient être séparés par une paroi de verre verticale s'élevant à un mètre au-dessus de leurs têtes.

A côté de la désinfection artificielle, nous devons mentionner aussi la désinfection naturelle, par la lumière du soleil et par la propreté. Tous les objets transportables, y compris les lits, devraient être exposés le plus souvent possible à la lumière directe du soleil, qui exerce une action si destructive sur les bacilles de la tuberculose. La propreté la plus méticuleuse devra régner dans tout l'établissement, et on y habituera graduellement les détenus. En outre, on pourvoira à ce que l'eau se trouve en abondance à tous les étages et à ce qu'on puisse s'en servir facilement; enfin les détenus se baigneront régulièrement (un bain entier par mois, une douche par semaine). Les habits et les souliers seront nettoyés en dehors de l'établissement. Le linge de literie sera changé tous les mois, les essuie-mains toutes les semaines.

C. Hygiène générale.

1. *Emplacement.* Les anciennes prisons, et notamment celles de peu d'importance, seront fermées dans le plus bref délai possible. A leur place, on construira des prisons salubres, en pleine campagne, parce que la tuberculose est moins fréquente dans les régions où la densité de la population n'est pas très grande, et parce que c'est dans ces conditions seulement que les détenus pourront être surtout occupés aux travaux des champs.

2. *Construction.* L'établissement tout entier doit être spacieux, et les cellules doivent avoir le cube d'air nécessaire, parce que la fréquence de la tuberculose croît en proportion directe de la densité de la population; cela est vrai non seulement pour les prisons, mais aussi pour les asiles d'aliénés dont les dortoirs encombrés sont de véritables étuves de culture pour la tuberculose. On sait d'ailleurs que la tuberculose se rencontre surtout dans les vieilles maisons, remplies de poussière et mal ventilées. Un fait qui prouve combien l'air des prisons peut être insalubre, c'est que Chandon a trouvé dans plusieurs dortoirs de Kaiserslautern une proportion de 4‰ d'acide carbonique, au lieu de la proportion maximale admise de 1‰.

D'après les principes admis par les États de l'Allemagne, les cellules doivent avoir, dans la règle, 22 m³, avec 1 m² au moins de fenêtre. C'est là un minimum, même pour les peines de très courte durée. En Belgique, la loi fixe à 25 m³ la grandeur des cellules, en Autriche à 26—27 m³ en moyenne, en Angleterre à 30 m³. Les cellules utilisées seulement la nuit devraient avoir au moins 20 m³. Pour les détenus en commun, les salles de travail et les dortoirs devraient être complètement séparés: pour les salles de travail, que le mieux serait de placer dans des baraquements, on devrait exiger un minimum de 20 m³ par tête. De grandes fenêtres avec vitres transparentes sont nécessaires non seulement pour la ventilation, mais aussi pour permettre l'accès direct de la lumière du soleil; on évitera, par conséquent, autant que faire se pourra, de placer les cellules au nord. Car la lumière du soleil non seulement tue assez rapidement les bacilles de la tuberculose,

mais favorise à un haut degré les échanges organiques et exerce une influence très favorable sur le système nerveux. Pour le maintien de la propreté, le plancher ne doit présenter ni inégalités, ni jointures; il sera donc construit en ciment ou en asphalte; dans les pays froids, si l'on ne veut pas avoir recours aux nattes de paille ou au linoléum, on se servira de planches huilées et qui seront soigneusement jointées.

L'utilité d'une bonne ventilation ressort surtout des expériences faites au pénitencier de Maria-Nostra, où la mortalité tuberculeuse a diminué de moitié après l'installation de la ventilation artificielle, et des deux tiers après que l'on eut remédié à l'encombrement. Il appartient au médecin, et non au directeur, de décider sur tout ce qui concerne la ventilation, naturelle ou artificielle.

3. *La température* doit être suffisamment élevée; en hiver, dans les locaux habités, elle doit être de 17° centigrades environ. Le chauffage doit se régler, non d'après le calendrier, mais d'après la température extérieure et sur les indications du médecin. Dans les salles et les cellules, la température ne devrait jamais descendre au-dessous de 10°, comme cela se voit parfois, même dans des chambres de gardiens. A l'église aussi une basse température — il arrive souvent qu'elle tombe au-dessous de 0° — constitue un réel danger pour les détenus, qui doivent rester immobiles et sont souvent insuffisamment vêtus; je l'ai constaté fréquemment. Pour rendre possible le contrôle de la température, on devrait placer des thermomètres dans tous les locaux habités et les locaux de travail, y compris les cellules. Il est encore d'autres causes de refroidissement qui peuvent être évitées: ainsi, on ne devrait pas, pendant la saison froide, faire longuement stationner les détenus insuffisamment vêtus dans des couloirs non chauffés ou même en plein air, comme cela se pratique, par exemple, à l'heure du rapport. Les *vêtements*, et surtout les chaussures, doivent être suffisamment chauds, et les détenus qui sont habitués depuis des années à porter une chemise de flanelle et un gilet de laine, devraient pouvoir les conserver dans la prison, au moins jusqu'à ce qu'ils se soient aguerris. Il va sans dire qu'on évitera de laisser les détenus exposés trop longtemps à la pluie ou à une trop

forte chaleur. Le froid diminue la force de résistance du corps à l'égard des bactéries et favorise même, en produisant des catarrhes des voies respiratoires, la pénétration des bacilles tuberculeux.

4. *Régime alimentaire.* Nous n'aurons pas à nous étendre longuement sur la nécessité d'une alimentation suffisante; il est admis par tout le monde aujourd'hui qu'une alimentation défectueuse, continuée pendant un certain temps, affaiblit le corps d'une telle façon qu'il en devient beaucoup plus accessible à l'infection tuberculeuse. Cela est confirmé par un grand nombre de faits recueillis dans les prisons; de même, on a pu constater qu'une amélioration de l'alimentation avait pour conséquence une diminution de la mortalité tuberculeuse. Autrefois, comme O'Connor l'a déclaré en 1898 au Parlement anglais, le régime des prisons visait systématiquement à affamer les détenus. La même constatation a été faite en Prusse, en Saxe, en Wurtemberg, en Bavière, en Angleterre, en Ecosse, en Belgique, en Suède et en Autriche. En ce qui concerne l'amélioration du régime alimentaire des prisons, je me bornerai à dire ceci: La nourriture doit surtout être riche en graisse; dans les pénitenciers bavarois, la ration journalière comporte 52 à 56 grammes de graisse, 104 à 122 grammes d'albumine et 482 à 544 grammes d'hydrocarbures. L'albumine animale, qui rend probablement les tissus plus résistants à l'égard du bacille tuberculeux, doit être donnée en quantité suffisante. Dans les pénitenciers prussiens, la ration journalière comporte une proportion d'environ 1 d'albumine animale pour 3 d'albumine végétale, et pourtant le prix de la nourriture ne s'y élève qu'à 31 pfennigs par tête et par jour.

La nourriture ne doit pas être donnée aux détenus seulement sous forme de bouillie, mais aussi sous forme solide; elle doit présenter quelque variété, être appétissante et suffisamment épicée. On ne devrait pas donner aux détenus exclusivement du pain noir, mais remplacer celui-ci, au moins en partie, par du pain de froment; l'eau consommée par les détenus sera saine; quant à l'alcool, il sera complètement supprimé, sauf motifs spéciaux, et les économies ainsi réalisées pourront servir à améliorer le régime alimentaire (Barbier a trouvé que 98% des tuberculeux admis dans les hôpitaux de

Paris étaient des buveurs avérés). Par contre, il conviendrait, pour divers motifs, de ne pas consacrer le produit du travail des détenus à des suppléments de nourriture.

A côté du régime général, il faut avoir un régime spécial pour les détenus faibles, les convalescents, etc. En 1902, dans les pénitenciers prussiens, 30% des détenus occupés à un travail ont reçu, avec l'assentiment du médecin, un supplément de ration.

5. *Travail.* Dans les villes ce sont surtout les professions insalubres qui élèvent le taux de la mortalité générale, en augmentant la mortalité des hommes âgés de plus de 20 ans; et plus l'industrie occupe un grand nombre d'individus, plus grande aussi est la mortalité tuberculeuse. En Saxe, le nombre des pensions d'invalidité payées pour cause de tuberculose est trois fois plus élevé parmi la population ouvrière que parmi la population agricole (245‰ contre 77‰). C'est pour cela que la durée du travail dans les prisons ne devra pas dépasser 10 à 11 heures par jour; on ne devra pas trop exiger des détenus faibles; autant que faire se pourra, on occupera les détenus en plein air, de préférence à des travaux agricoles, et l'on évitera, dans la mesure du possible, les occupations qui prédisposent à la tuberculose: telles sont, par exemple, celles qui obligent à garder une position assise courbée (tailleurs, cordonniers, couturiers), celles qui provoquent des catarrhes par refroidissement (maçons), et surtout celles qui produisent des poussières (cigarriers, tisserands, tailleurs de pierre et polisseurs). L'agriculture est en tout cas, d'une manière générale, l'occupation qui devrait être choisie de préférence; malheureusement la situation de la plupart des maisons de détention actuelles l'a rarement permis jusqu'ici. Même dans les prisons anglaises, il n'y a eu guère, dans ces dernières années, que le 2% des détenus en état de travailler qui aient pu être occupés à l'air libre. Dans les prisons autrichiennes, en 1899, 9.7% seulement du total des journées de travail ont été consacrées à des travaux à l'air libre; en ce qui concerne plus particulièrement les travaux agricoles, ils ont absorbé 5.6% des journées des hommes et 9.5% des journées des femmes.

6. *Exercice en plein air. Gymnastique.* Nous avons déjà relevé plus haut l'influence fâcheuse qu'a, pour les détenus

en cellule, le manque d'exercice. A Nuremberg, le chiffre des maladies s'est abaissé, dès que l'on eut accordé aux détenus plus d'exercice au grand air. Les détenus, et surtout les détenus en cellule, devraient avoir deux fois par jour une demi-heure d'exercice à l'air; cet exercice ne devrait pas consister en une promenade réglée, mais en mouvements libres et en une gymnastique avec ou sans engins. Un détenu pourrait remplir le rôle de moniteur, sous la direction d'un gardien; mais, dans ce domaine aussi, il faut savoir individualiser, et « l'on rendra service à plus d'un détenu en le dispensant de la promenade pendant la saison froide ». Les exercices libres seront prescrits aussi aux femmes et aux enfants.

7. *Soins de la peau et bains.* Les bains et les lavages sont indispensables, non seulement comme moyen de désinfection, mais aussi pour l'entretien de la santé et l'endurcissement de l'individu. D'après Winternitz, il n'existe pas de moyen plus efficace et plus certain pour prévenir et guérir la tuberculose que l'hydrothérapie. Les bains ne doivent pas être placés dans les caves, ni dans des bâtiments isolés, mais dans la prison même.

8. *Punitions.* Les punitions fréquentes et sévères ont une influence si fâcheuse, au point de vue du développement ou de l'aggravation de la tuberculose, que les gardiens eux-mêmes en sont frappés. A ce point de vue, on doit incriminer en première ligne les diminutions prolongées de ration et le cachot. Les cachots obscurs sont rarement propres, et comme la lumière solaire n'y a pas accès directement, il est certain qu'ils hébergent souvent des bacilles tuberculeux; s'ils sont froids, les détenus, qui couchent sur la dure, peuvent y contracter des refroidissements et des catarrhes; les diminutions de ration, qui accompagnent la peine du cachot, affaiblissent la résistance de l'organisme, et la dépression morale y contribue aussi pour sa part. Il résulte de tout cela que le cachot noir, combiné avec d'autres punitions, telles que la crapaudine, par exemple, augmente à la fois la prédisposition morbide et les risques d'infection. Si l'Etat veut autoriser le cachot noir et les diminutions prolongées de la ration de nourriture, il doit au moins faire en sorte que les cachots et autres locaux ne renferment pas de germes infectieux. Il doit en être de même

pour les petites prisons, à supposer que les courtes peines qui y sont le plus habituellement subies, aient besoin d'être aggravées pour une raison ou pour une autre.

Mais malgré cela, les punitions telles que le eachot noir pour 4 ou même 6 semaines, accompagné de punitions accessoires, produisent, quand bien même ces punitions accessoires sont interrompues de temps à autre, des désordres graves et souvent incurables dans la santé du détenu. Cela arrive même lorsque les punitions ont été infligées avec l'assentiment du médecin; car les médecins doivent reconnaître que, même lorsqu'il s'agit d'un homme qu'ils connaissent depuis un certain temps, ils ne peuvent affirmer que la punition n'aura pas pour lui des suites fâcheuses. Rien n'est plus difficile à apprécier sûrement que le degré de prédisposition à la tuberculose. Il est des individus qui, sans avoir le moins du monde l'habitus tuberculeux, peuvent être atteints de tuberculose, souvent même de tuberculose très grave. Dans ces cas, lorsque le médecin s'aperçoit que la punition doit être interrompue, il est en général trop tard, car les influences nocives ont déjà commencé à agir. C'est pourquoi l'hygiène réclame que les punitions soient adoucies encore davantage que ne le prescrit la législation actuelle (le projet de code norvégien fait seul, que je sache, exception à cette règle). Le législateur pourra d'autant mieux renoncer aux punitions très sévères qu'il rejettera la théorie du libre arbitre illimité, qu'il se débarrassera de l'illusion qui consiste à croire que les punitions cruelles peuvent améliorer les criminels incorrigibles, et qu'il considérera que le but de la peine est surtout, soit de produire une amélioration morale, lorsqu'elle est encore possible, soit de rendre inoffensif les criminels qui ne peuvent être amendés. Je ne parlerai pas ici, cela va sans dire, des lattes (cachots dont le plancher est formé de lattes triangulaires), de la camisole de force, des châtiments corporels et autres cruautés d'un autre âge.

8. *Les jeunes détenus, les détenus malades et les convalescents* devraient être traités spécialement en ce qui concerne le travail, la durée de l'exercice en plein air et le régime alimentaire. Les détenus faibles, anémiques, ou souffrant de troubles digestifs, les mélancoliques, ceux qui relèvent d'une

maladie, et surtout de l'influenza, devraient être mieux nourris que les autres, être occupés à des travaux plus faciles et de plus courte durée, et avoir davantage d'exercice à l'air libre.

D. Traitement des malades.

Il faudrait tout d'abord — nous le disons encore une fois — accorder, si faire se peut, un sursis aux condamnés déjà malades au moment de leur condamnation; quant aux détenus qui tombent malades en prison, il conviendrait de les faire bénéficier soit d'une suspension de peine, soit de la grâce, conditionnelle ou totale. Tout cela sera nécessaire aussi longtemps que l'Etat ne possédera pas un nombre suffisant d'établissements pénitentiaires situés à la campagne et permettant d'occuper les détenus à des travaux agricoles. Dès qu'il en possédera quelques-uns, il pourra y envoyer de préférence tous les détenus suspects de tuberculose et ceux qui en seront déjà légèrement atteints, les anémiques, etc., sans que le régime ordinaire ait besoin d'être modifié pour eux. Quant aux tuberculeux qui resteront dans nos prisons actuelles, on devra, dans leur intérêt comme dans l'intérêt des détenus bien portants, les isoler en deux divisions, en supprimant pour eux la détention cellulaire. Les détenus légèrement atteints et encore capables de travailler seront occupés à des besognes faciles, avec une meilleure nourriture et plus de temps passé à l'air libre.

Pour les tuberculeux qui ont besoin d'un traitement continu, qui gardent le lit ou qui ont de la fièvre, et qu'on ne veut pas, pour une raison ou pour une autre, placer dans le lazaret de la prison (le lazaret ne doit d'ailleurs être utilisé qu'en dernière ressource), on a le choix entre deux alternatives: ou bien créer des *divisions spéciales de tuberculeux* dans les grandes prisons, ou bien construire des *sanatoriums spéciaux pour les détenus*. Ces deux sortes d'établissements devront être pourvus de tout ce que l'on trouve dans les autres sanatoriums, car ils ne doivent pas être des hospices d'incurables, mais bien des hôpitaux. Schrötter écrit à ce sujet: «La tuberculose est curable à tous les degrés, même dans les cas graves et compliqués de tuberculose du larynx...», et à l'hôpital de la Charité, à Berlin, 56 % des tuberculeux guérissent ou s'amé-

liorent. Ces établissements devront être situés à l'abri de la poussière, loin des grandes villes, si possible au milieu des forêts, tournés vers le sud et protégés contre les vents froids; ils devront être construits à une altitude assez élevée et, si faire se peut, dans la montagne, et même dans la haute montagne. Les salles seront spacieuses et ensoleillées; mais on formera de petites divisions, ne contenant chacune qu'un petit nombre de malades. Les sanatoriums devront recevoir 100 malades au maximum, les divisions d'isolement 40 à 50. On devra trouver dans ces établissements des salles pour y passer la journée et des galeries pour la cure de repos ou, à défaut de celles-ci, des pavillons situés dans le jardin; on joindra à cela les installations nécessaires pour les bains et l'hydrothérapie, et des engins de gymnastique; les malades devront avoir à leur disposition, pour s'y promener, un jardin, une forêt ou des champs; ils pourront s'y livrer aussi à des travaux faciles, qui pourront même rapporter un certain bénéfice. Ces travaux sont très bien supportés par les malades, comme le prouvent les expériences faites au sanatorium pour jeunes filles d'Argelés, où les malades sont occupées à des travaux agricoles peu fatigants. Les gardiens devront connaître parfaitement les soins à donner aux malades, et l'on ne confiera jamais ces fonctions à des détenus; on comptera 1 gardien pour 20 malades. Ils seront là pour maintenir la discipline et la propreté, mais aussi et surtout pour s'occuper de la désinfection, pour appliquer l'hydrothérapie sous ses formes multiples, pour surveiller et diriger les exercices gymnastiques, pour observer enfin les malades, mesurer leur température, etc. La direction supérieure de ces deux sortes d'établissements — sanatorium ou division d'isolement — sera confiée à un médecin; il serait bon que celui-ci ait préalablement acquis, dans un sanatorium par exemple, des connaissances spéciales en ce qui concerne le traitement de la tuberculose.

Les frais d'installation et d'exploitation d'un sanatorium et d'une division d'isolement ne différeront pas sensiblement, si l'on veut que l'un et l'autre de ces établissements remplisse bien son but. En annexant l'établissement à une prison, on réalisera, c'est vrai, quelques économies, et l'on écartera les

objections que l'on pourrait formuler contre la présence des grands criminels dans un sanatorium; mais d'autre part, le système du sanatorium laisse plus de liberté — pour le choix de l'emplacement par exemple — ce qui permet d'adapter plus complètement l'établissement au but thérapeutique qui est le sien. Par contre le rayon de recrutement sera naturellement moins grand pour les divisions d'isolement annexées aux prisons que pour le sanatorium indépendant; en conséquence on ne sera pas obligé de transférer au loin les détenus tuberculeux. Il conviendrait d'ailleurs de ne pas se prononcer d'une manière exclusive pour l'un ou pour l'autre des deux systèmes que nous venons d'exposer, car ils peuvent très bien exister l'un à côté de l'autre. En tout cas, il serait bon d'avoir recours aux sanatoriums dans tous les Etats qui ne possèdent pas de prison pouvant se prêter à l'aménagement d'une division d'isolement.

Les frais de construction et d'aménagement d'un sanatorium étaient estimés naguère à 2600 Mk. = 3250 fr. par lit; mais ces frais peuvent certainement être réduits dans une forte mesure; Holmboë et Hansen admettent, pour un hôpital installé simplement, une dépense de 1000 couronnes = 1400 fr. par lit. Au sanatorium populaire de Falkenstein, les dépenses s'élèvent à 2½ Mk. = 3 fr. 10 par tête et par jour. Le nombre des lits des sanatoriums et des divisions d'isolement devra être égal au tiers ou à la moitié du chiffre des tuberculeux admis dans les lazarets des prisons.

Ce que nous voulons obtenir aujourd'hui dépasse de beaucoup ce que l'on osait seulement espérer il y a quelques années: nous voulons que, dans les prisons, la fréquence de la tuberculose s'abaisse au même niveau que dans la population libre, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans les établissements pénitentiaires de l'Angleterre. Alors, lorsqu'on aura réussi à extirper la maladie de la population libre — on y arrivera surtout en améliorant les logements, en multipliant les habitations salubres et à bon marché — alors on ne rencontrera plus qu'exceptionnellement la tuberculose dans les prisons.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r DESIDER OKOLICSÁNYI-KUTHY,
Professeur agrégé à l'Université de Budapest, directeur du sanatorium populaire «Reine Elisabeth» près de Budapest.

Dès que j'appris que le VII^e Congrès pénitentiaire international avait choisi, pour la mettre à l'ordre du jour de ce congrès et la soumettre à une discussion approfondie, la question de «la tuberculose dans les établissements pénitentiaires de tout ordre», je me suis mis à en examiner de près la rédaction. La manière dont elle a été officiellement rédigée et posée, m'a immédiatement convaincu que je me trouvais là en face d'une de ces vagues qui partent toutes d'un mouvement international de lutte contre ce terrible fléau. Ce mouvement général, cette lutte sans trêve ni merci, constitueront devant la

postérité une des gloires du présent siècle. Cette lutte universelle contre un ennemi sournois a pour devise, pour me servir des propres paroles du professeur Frédéric *Korányi*: *briser le pouvoir de la tuberculose* en unissant nos forces, en nous soutenant mutuellement dans ce travail *sur toute la ligne*.

Désireux de servir ce but sacré, je cédai avec joie à l'invitation qui me fut adressée d'éclairer, dans la mesure de mes moyens, les points obscurs de la question formulée dans les termes suivants :

« Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre? »

Au premier abord, la réponse à faire semble des plus simples.

Sont propres à combattre la tuberculose pénitentiaire *tous les moyens capables de limiter et de vaincre cette maladie qui sévit au sein du peuple, opérant des ravages dans la population libre*, attendu que la tuberculose des détenus est, au point de vue de son principe comme à celui de la pathologie, *identiquement la même que celle qui décime les habitants libres d'un pays*.

Nous savons tous que la tuberculose de même que sa forme la plus répandue : la phtisie pulmonaire, sont dues aux bacilles de Koch, qui pénètrent dans l'organisme soit par voie d'inhalation, soit, plus rarement cependant, par le canal alimentaire, où ils arrivent mêlés aux aliments et boissons absorbés par l'homme. D'autre part, nous savons aussi que, tandis que le choléra peut brusquement s'attaquer à l'individu le plus robuste et le terrasser, il n'en est pas de même en ce qui touche l'étiologie de la tuberculose, où la prédisposition joue un grand rôle par suite d'un affaiblissement des forces de résistance de l'organisme soumis à certaines influences de nature pernicieuse. Or, éliminer ces influences dans leur *totalité*, voilà ce qui est impossible dans les établissements destinés à l'exécution des peines privatives de liberté; impossible de par la nature même des choses.

Etant donné que plus une agglomération d'êtres humains est grande dans un certain lieu donné et plus il est facile de

propager la phtisie pulmonaire par voie de contagion, il est évident que le caractère du mal, si l'on veut bien examiner la chose en elle-même, fait contraste avec l'idée même des établissements pénitentiaires.

Le traitement climato-hygiénique et diététique, le seul efficace, le seul qui permette d'obtenir des résultats jusqu'à ce jour, est tellement tenu de favoriser l'individu malade sous tous les rapports, que les faveurs que suppose une telle mesure ne manqueront pas de provoquer une certaine collision avec l'idée de la punition même.

Il s'ensuit que, quel que soit le point de vue humanitaire auquel on se place, on est bien forcé de faire un choix judicieux des moyens propres à combattre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires.

Recherchant avec beaucoup de persévérance les causes des crimes, notre époque aperçoit toujours mieux dans chaque coupable l'individu pathologique et est, en conséquence, de moins en moins disposée à se familiariser avec l'idée de la peine de mort. Pour pouvoir amender et corriger les individus ayant des penchants au crime, ou, si cette correction ne réussit pas, les rendre inoffensifs pour la société tout en écartant la peine de mort, la détention d'une durée plus ou moins longue devient donc absolument inévitable. La question était fort simple aux temps où les hommes étant moins éclairés et moins humains, la peine constituait en elle-même, ou le but de la détention, ou une vengeance que la société offensée exerçait sur le criminel. La privation de la liberté avec tout ce qui l'accompagne, en même temps que ses effets pernicieux sur la santé, entraînait parfaitement dans le cadre tracé par le plan. La torture émanait de l'homme qui sévissait, et au surplus, en apparence au moins, de la providence elle-même, si celle-ci envoyait au détenu, par surcroît, une souffrance à long terme.

Aujourd'hui, les cadres sont tout autres : ils constituent un tableau plus beau, plus juste, plus vrai, voire meilleur que celui du passé, mais en retour aussi, plus difficile à tracer que l'autre.

Aujourd'hui nous disons que :

A. Au point de vue du criminel :

- 1° L'Etat a le droit de priver le criminel de sa liberté, mais il n'a pas celui de l'attaquer en même temps dans sa santé physique ;
- 2° Si la correction du coupable forme le but de la peine, celle-ci ne peut avoir pour objet de provoquer la destruction physique du détenu à corriger, attendu qu'en ce cas il sera libéré comme invalide et que ce sera l'Etat qui l'aura poussé dans les bras du crime.

B. Au point de vue de la population libre :

- 1° Il n'est pas permis à l'Etat, qui lutte lui-même déjà contre la tuberculose, de contribuer à la propager par ses libérés atteints de phtisie pulmonaire ;
- 2° Tandis que, d'une part, la justice doit s'efforcer à ce que le détenu entré sain et robuste en prison, ne perde pas son aptitude au travail pendant sa captivité, et, en conséquence, ne devienne pas, après sa libération, une charge pour le trésor alimenté par les deniers de la population libre, il n'est pas admissible, d'autre part, qu'elle pousse à l'excès la défense si coûteuse contre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, et cela pour les mêmes raisons ci-dessus mentionnées, car alors surgirait, et à juste titre, ce reproche : « Etat ! si tu es assez riche pour consacrer tant d'argent à la défense contre la tuberculose, emploie cet argent à la guérison des innocents et non pas à celle des coupables ! »

On voit donc bien la circonspection dont doit user la justice en faisant sienne la noble devise de la lutte contre la tuberculose, car la bonne voie à suivre mène « inter Scyllam et Charybdim. »

Cependant, elle existe.

Et tout d'abord il est évident qu'il va falloir renoncer à l'espoir de satisfaire entièrement à toutes les exigences de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose des détenus, parce que la détention, tout aussi bien que le brusque change-

ment survenu dans la vie¹⁾ et la perte de la liberté, prédisposeront toujours les sujets jusqu'à un certain point à la tuberculose et rendront sa guérison toujours plus difficile. Le maintien de la discipline est déjà loin d'être facile dans les dispensaires de la population libre, et cela à cause de l'effet irritant que la tuberculose produit sur le système nerveux. Combien plus ne faudra-t-il pas tenir compte de cette circonstance dans le traitement des détenus, et elle ne manquera certainement pas de battre souvent en brèche les soins dictés par l'intention la plus humaine.

Pourtant, les efforts judicieux déployés en ce sens peuvent faire beaucoup pour empêcher la propagation et le développement de la tuberculose chez les détenus, sans que la peine privative de liberté, qui a été rendue illusoire si souvent parce que la tuberculose ravageant dans les rangs des détenus en fit une peine de mort, n'aboutisse pour cela à un échec de nature opposé.

Je ne désire pas m'appesantir davantage sur la fréquence de la tuberculose dans les rangs des détenus. Des données de statistique ancienne, nouvelle, et y compris celles de la statistique la plus récente ont déjà suffisamment éclairé cette question en la traitant bibliographiquement. Dans la littérature allemande, c'est *Bær* et *Cornet*, puis le Dr *Karl Koll*, dans son œuvre si étendue préparée pour être lue au Congrès, mais publiée dans le numéro du mois d'avril 1905 de la « *Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen* » ; dans la littérature hongroise c'est *Pattantyús*, le médecin principal d'Ilava, *François Tausak*, professeur agrégé à l'Université de Budapest, qui donnent tous les renseignements voulus par leurs cours, conférences, etc.

Les temps sombres au point de vue hygiénique aussi bien qu'au point de vue humanitaire en général, temps où les édifices bâtis à l'intention des détenus ne tenaient encore aucun compte des intérêts somatiques et moraux de ces malheureux, où ces misérables se voyaient relégués dans les cellules et les niches d'anciens monastères, dans les casemates d'anciennes

¹⁾ *Pattantyús* : Au pénitencier d'Ilava, la mortalité due à la tuberculose qui recrutait ses victimes dans cette classe de détenus qui étaient des pâtres avant leur captivité, était à celle des détenus d'origine industrielle dans le rapport de 3.5 à 2.0.

forteresses, places fortes et des villes, coïncident, très heureusement pour l'humanité avec l'époque à laquelle la science de la statistique en était encore à sa période d'enfance. La société humaine n'attachait alors aucune importance à la tuberculose, qu'elle ne connaissait que vaguement; car, s'il en eût été autrement, les données laissées par cet âge nous rempliraient d'horreur. Nous frémirions à la lecture de ces épouvantables ravages causés par la phtisie parmi ces infortunés qui vivaient, pêle-mêle, dans des trous noirs, sans air, sales et hideux, mourant lentement de faim et torturés, au surplus, par les châtimens corporels.

Au pénitencier d'Illava, la mortalité due à la tuberculose était presque double dans la période de 1855 à 1868 que dans celle de 1890 à nos jours. Vers le milieu du siècle dernier, cette mortalité était le triple dans les établissements pénitentiaires du Wurtemberg de ce qu'elle fut après 1860 et 1870.

Les bienfaits de l'hygiène parvinrent enfin aussi jusqu'aux condamnés à la prison. Des sentiments plus humains se firent jour et se propagèrent de plus en plus; une appréciation plus juste des choses assigna à la peine privative de liberté un but plus noble; les châtimens corporels, détruisant la santé, torturant le corps, se firent toujours plus rares; l'alimentation des détenus s'améliora progressivement, et les temps modernes donnèrent enfin aux détenus tous les soins qu'exigeait la conservation de leur santé.

La mortalité générale décrut peu à peu, et avec elle aussi celle due à la tuberculose. Bien plus, les données recueillies par la bibliographie anglaise disent que la mortalité tuberculeuse des établissements pénitentiaires est proportionnellement plus favorable que celle de la population libre, ce qui, soit dit entre parenthèses, peut être qualifié franchement d'excès dans le bien. Car, au fond, nous ne saurions donner à la défense contre la tuberculose pénitentiaire un but autre que celui d'abaisser la mortalité des détenus atteints de tuberculose aux proportions de la même mortalité sévissant dans les rangs de la population libre de même âge et de même origine ¹⁾.

¹⁾ Les données ci-après démontrent que dans la majeure partie des pays cette décroissance n'a pas encore été constatée et qu'elle est nécessaire. Ainsi, dans les

Les moyens que nous préconisons à cet effet, sont les suivants:

I. *Avant de passer à l'exécution du jugement frappant un individu d'une peine privative de liberté*, il importerait que la justice s'enquît un peu des conditions sanitaires du condamné en le soumettant à un examen médical. Si son état de santé est tel que l'exécution immédiate de la peine aggraverait le mal existant, de telle sorte que celui-ci pourrait avoir une issue fatale, il y aurait lieu d'accorder un *sursis* à cette exécution, comme cela est déjà prévu, d'ailleurs, dans les §§ 507 et 508 du code de procédure hongrois.

Attendu que les phases initiales et non fiévreuses de la tuberculose représentent déjà un état de morbidité tel qu'il menace la vie du malade, au cas où la peine privative de liberté recevrait une exécution non conforme à l'hygiène, ces phases initiales de la tuberculose ne sauraient être ignorées dans le cadre d'application du sursis qu'au cas où l'exécution de la peine aurait lieu en conformité des principes ci-après énumérés. Pour ce qui est des II^e et III^e phases de la tuberculose, c'est-à-dire des phases de phtisie pulmonaire fiévreuse, il y aurait lieu de leur appliquer, dans la mesure du possible, un sursis d'exécution de la peine privative de liberté.

En ce qui concerne les cas où le point de vue criminel ne souffrirait aucun sursis de la peine infligée, le criminel atteint de tuberculose pulmonaire contagieuse ne pourrait être envoyé que dans une section spéciale d'un établissement pénitentiaire dont la situation, l'aménagement, l'installation et le travail seraient appropriés à l'état de santé du condamné.

II. *Au commencement de l'application de la peine privative de liberté* il y a lieu de soumettre le transféré à un nouvel examen médical s'étendant soigneusement sur l'état général de santé. Et cet examen devra être d'autant plus sérieux que la tuberculose est une maladie qui commence souvent à l'état latent, présentant peu de symptômes. En outre du diagnostic

pénitenciers de l'Autriche, la mortalité des tuberculeux était de 1.8 % en 1898-1899, et de 3.6 % pour ce qui est des femmes. En Hongrie, elle était de 1.91 % pour les détenus pendant la période allant de 1894 à 1903, et seulement de 0.4 % au sein de la population libre.

exact des poumons, il y aura lieu de fixer avec beaucoup de précision les conditions de température du corps et de pratiquer, au besoin, une injection diagnostique de tuberculine. Mais, pour que cette observation consciencieuse du détenu devienne possible, j'estime qu'il y a lieu de créer dans les locaux du pénitencier moderne un *lieu d'observation* avec quelques lits, deux locaux de ce genre dans les établissements mixtes: un pour les hommes et un autre pour les femmes.

De cet examen médical et de l'observation découlera le classement des détenus en 5 catégories, basées chacune sur la tuberculose: 1° sujets sains; 2° sujets prédisposés à la tuberculose; 3° cas de phtisie pulmonaire au début et sans fièvre; 4° sujets atteints de tuberculose non constatée lors de l'examen médical, ou sujets atteints de tuberculose avec quelques *légers accès de fièvre*, mais n'ayant pas eu de sursis d'exécution de la peine; 5° sujets *décidément tuberculeux* et n'ayant pu obtenir un sursis à cause du caractère criminel de la faute.

Les crachats des sujets appartenant au trois dernières catégories doivent être soumis à un examen réitéré à la section d'observation, et leur placement définitif dans une division du pénitencier doit se faire sur la base de l'analyse des crachats.

En ce qui concerne les sujets prédisposés, ou ceux rentrant dans les cas de tuberculose au début sans fièvre, où il n'y a pas d'expectoration, ou encore dans les crachats desquels il n'y a pas trace de bacilles de Koch (tuberculose fermée), il n'y a pas lieu de les isoler, mais il faudra pourtant leur accorder quelques faveurs dans le cadre tracé par le service pénitentiaire ordinaire, de même que quelques facilités de vie exigées par leur état suspect. Quant aux sujets dont l'analyse des crachats a donné un diagnostic positif, et à ceux qui sont atteints de tuberculose au début accompagnée de fièvre, il y a lieu de les renvoyer dans la section des tuberculeux de l'établissement.

III. *C'est pendant la détention* que se développe le devoir de la justice appliquant la peine privative de liberté; c'est pendant ce temps-là qu'ici la lutte contre la tuberculose reçoit sa véritable signification. Le voici, ce devoir:

1° Les sujets sains et prédisposés doivent être garantis de la tuberculose; 2° autant que faire se peut, il y a lieu d'*empêcher* que les cas commençants de tuberculose bénigne et stationnaire ne deviennent des *cas actifs* et ne puissent se *transformer* en cas malins; 3° les malades doivent être placés dans des conditions de vie relativement conformes à leur état, et qui permettent de les *guérir* en les soumettant à un traitement qui se rapproche, dans la mesure du possible, de celui en usage dans les sanatoriums.

Ad 1. Autant que faire se peut, placer l'établissement pénitentiaire en un lieu dont le sol est sain, l'air bon et pur, et dont les environs soient couverts de forêts. En ce qui concerne la construction des bâtiments et leur installation, il faut absolument qu'elles soient de nature à satisfaire aux exigences de l'hygiène moderne. La capacité d'air doit être suffisante, le plancher lisse, la hauteur des fenêtres convenable, les appareils de ventilation et de chauffage irréprochables. Le plancher et les parois doivent se prêter à un nettoyage facile, les murs être susceptibles d'être lavés jusqu'à hauteur d'homme, les angles arrondis. L'alimentation des détenus ne sera pas trop uniforme et contiendra suffisamment d'albumine animale et de graisse. Les promenades en plein air auront lieu le plus fréquemment possible et les bains de propreté ne seront pas trop rares. En été, ces derniers pourront être remplacés par des douches d'eau fraîche appliquée sur le corps, qu'on lavera au préalable avec du savon ensuite enlevé. On s'abstiendra dans la mesure du possible d'user des punitions, de la cellule sombre et du jeûne; au cas où l'on ne saurait l'éviter, il faut absolument que cette cellule soit propre dans le sens médical du mot, que sa capacité soit très grande, l'aérage irréprochable; quant au jeûne, il ne doit durer que le moins possible, et sera appliqué aussi rarement que faire se peut. La plupart des châtimts domestiques et disciplinaires porteront sur le retrait de faveurs; les ateliers seront suffisamment aérés, tout travail occasionnant une forte poussière sera proscrit de l'établissement. Il y aura lieu de veiller à ce que ni les dortoirs ni les ateliers soient encombrés de monde, et le minimum de capacité d'air exigé par l'hygiène sera rigoureusement observé. Le nettoyage

de tous les locaux de l'établissement se fera à l'aide de linges mouillés et sera exécuté fréquemment. On interdira partout de cracher à terre, et on placera aussi des crachoirs convenables dans les locaux occupés par les détenus en santé.

Les règles élémentaires de la préservation contre la tuberculose seront affichées en un grand nombre d'exemplaires dans tous les locaux de l'établissement; les motifs invoqués indiqueront que ces mesures doivent servir les intérêts propres des détenus en leur enseignant la défense contre leur plus impitoyable ennemie: la tuberculose.

De temps à autre, tous les trois mois à mon avis, tous les habitants de l'établissement seront soumis à une visite médicale des plus minutieuses; sur la base de cette visite et, en cas de besoin, sur celle d'une simple observation, on procédera aux changements à apporter au placement des détenus.

En ce qui concerne *les sujets prédisposés*, on leur fera le plus de concessions possibles au point de vue de l'alimentation; en hiver, on aura soin de *modérer le travail obligatoire*, tandis que pendant les saisons plus propices on abandonnera le travail industriel pour le remplacer par celui exécuté *en plein air, dans les champs*.

La visite médicale de contrôle devra se faire tous les deux mois au moins. Y seront soumis tous ceux qui sont suspects de prédisposition à la tuberculose.

Considérant les débuts latents de la tuberculose, chaque cellule doit faire l'objet d'une désinfection à fond lors du changement de locataire, quel qu'il soit. La désinfection se fera par une solution de 5% de savon de chlore, tandis que la partie supérieure des murs sera blanchie à nouveau à la chaux. Les locaux communs feront l'objet des mêmes soins exécutés de temps à autre.

Ad 2. Dans les cas commençants de phtisie bénigne, on préviendra le développement et l'aggravation du mal en donnant au sujet malade une alimentation exceptionnellement nourrissante, en l'obligeant à se promener plus souvent que de coutume, en lui faisant prendre par semaine deux bains tièdes; en été, on lui appliquera des douches froides et on l'occupera exclusive-

ment aux travaux des champs; en hiver, il exécutera un travail quelconque qui peut se faire en plein air aussi.

Je suis d'avis que le détenu ne doit pas ignorer que ce traitement lui est appliqué par pure philanthropie et en vue d'empêcher la maladie de compromettre et de miner sa santé. Il y aurait lieu de lui faire comprendre qu'en retour d'un tel traitement il doit répondre par une conduite irréprochable envers le directeur de l'établissement; qu'on lui retirerait une partie de ces faveurs au cas où il en ferait fi et que, de cette façon, il deviendrait lui-même l'artisan de son malheur.

Ad 3. Les phtisiques contagieux doivent être internés dans un établissement pénitentiaire tout à fait moderne et pourvu d'une *section spéciale*, où l'on appliquera, autant que possible sans outrepasser les limites tracées par la peine, le *traitement pathologique* en usage dans les *dispensaires* et *sanatoriums*. Les salles de ces sections seront munies de vérandas propres à servir à la cure d'air, de fenêtres à impostes; elles ne doivent contenir que peu de lits; on y joindra un établissement d'hydrothérapie et un laboratoire d'analyse des crachats. Toutes les sections donneront au midi; il y aura lieu encore de réserver quelques chambres destinées à recevoir les cas graves et incurables, et de créer une section séparée de travail agricole pour les malades capables de s'adonner à une occupation. Dans ces sections de phtisiques, on veillera avec la dernière rigueur à ce que personne n'enfreigne la défense de cracher à terre, à ce que la désinfection des lieux et des vêtements se fasse régulièrement (les vêtements à la vapeur bouillante), et que la propreté la plus méticuleuse soit observée partout et toujours. Les détenus de la section disposeront de leur propre service de table et de boisson; tous les habitants de la section subiront une visite médicale par semaine.

L'alimentation des malades devra être la meilleure et la plus variée possible dans les conditions données; elle contiendra beaucoup de graisse et d'albumine animale. Les soins physiques seront réglés pour chaque semaine lors de la visite médicale, tandis que la vie morale des malades fera l'objet de la sollicitude toute particulière des aumôniers de l'établissement.

Les cas qui empirent doivent *faire l'objet d'une libération* autant que cela pourra être réalisé.

Par égard pour le tempérament des malades, pour leur humeur, on ne construira pas de *cellules* dans cette section de malades.

Dans chacune des sections de cet établissement pénitentiaire moderne, on devra organiser des cours d'instruction pour les détenus tout aussi bien que pour le personnel, sur les moyens de défense contre la tuberculose. Le personnel de l'établissement devra se recruter parmi des fonctionnaires et employés formés au préalable, et au courant des prescriptions de l'hygiène.

De tout cela il découle naturellement que les établissements pénitentiaires actuellement en usage, modestes pour la plupart, pourvus d'un service sanitaire très défectueux, vieux et mal adaptés, doivent peu à peu être abandonnés et remplacés par des établissements plus grands, neufs, mieux aménagés et installés pour l'exécution de la peine privative de liberté.

4° *Après l'exécution de la peine privative de liberté.* Il serait utile si l'on pouvait, de temps à autre, avoir des renseignements d'ordre sanitaire sur le sort ultérieur des détenus libérés; ces données serviraient à éclairer le mieux possible le rôle de la tuberculose pendant la détention.

* * *

Il est, dans la question de la tuberculose pénitentiaire, un autre côté à relever, surtout en ce qui concerne les sujets prédisposés, à l'essence même de la juridiction, à savoir celui qui a trait directement à la peine privative de liberté et à la façon dont elle est appliquée.

Selon les uns, elles devrait, en général, être bien moins appliquée et remplacée, partout où cela peut se faire, par des réprimandes et de fortes amendes; selon les autres, c'est le maximum de la peine qui devrait être réduit, c'est-à-dire que la peine privative de liberté prononcée pour la vie devrait être abolie à cause de son effet absolument déprimant et pré-

disposant à la tuberculose¹⁾. Cependant je ne fais que signaler ce côté de la question, ne pouvant entrer dans plus de détails à cause des considérations de droit pénal qu'il comporte.

* * *

Dans l'exposé qui précède, j'ai voulu tout simplement traiter le problème des moyens préventifs et curatifs de la tuberculose, tel qu'il a été posé par le Congrès. J'ai voulu faire connaître la base sur laquelle ces moyens peuvent s'appliquer à l'avenir, ainsi que la diversité même des mesures qui peuvent être employées. Je me suis abstenu de parler de l'accusation qui taxe les établissements pénitentiaires de véritables serres-chaudes de la tuberculose pulmonaire, et m'en suis abstenu parce qu'aujourd'hui ces établissements modernes ne le sont plus, ou du moins, ne le sont plus au même point que par le passé. Je me suis également abstenu de dire si la tuberculose est introduite dans les établissements pénitentiaires ou si elle s'y développe plutôt toute seule. Et je l'ai fait parce qu'il est évident que différents facteurs y jouent un rôle également important²⁾ au point de vue de la tuberculose. J'ai passé sous silence les « fautes » ou les « misères » du régime cellulaire au point de vue de la tuberculose. Et j'ai agi ainsi parce que, après avoir parcouru à fond la bibliographie y relative, je me suis aperçu que la question tournait non pas autour du principe même de ce régime, mais autour de sa *qualité* et de la *manière* dont il est appliqué; que si, d'une part, la cellule étroite, obscure, mal aérée, mal chauffée, indésinfectable ou non désinfectée, manquant d'une cour servant à la promenade, est effectivement meurtrière, la cellule bien bâtie, bien aménagée et installée, tenue proprement dans le sens médical du mot, menacera bien moins la santé du détenu que ce n'est le cas avec le régime de la détention en commun.

¹⁾ Dans le pénitencier d'Illava, la mortalité générale des 5 premières années parmi les individus condamnés de 5 à 15 ans était juste la moitié de celle qui se produisit parmi ceux qui étaient condamnés à plus de 15 ans (*Pallantyrís*).

²⁾ Sur un total de 56,019 individus condamnés à une peine privative de liberté en Hongrie durant les années 1893 à 1904, il y eut 2,18 % des transférés qui étaient franchement prédisposés à la tuberculose; 1,49 % offraient à n'en pouvoir douter les symptômes de la maladie, et 3,85 % tombèrent malades pendant la captivité.

Les moyens que j'ai proposés jouent un rôle à double tendance: ils servent d'arme contre l'*infection* et contre la *prédisposition*; ils ne donnent le rôle principal ni à l'une ni à l'autre de ces deux circonstances de la propagation, mais considèrent les deux à la fois comme deux facteurs d'égale importance, puisque, s'il n'y a pas de bacilles de Koch, il n'y a tout aussi bien point de tuberculose, comme il n'y a pas de maladie là où l'organisme n'y est pas déjà prédisposé.

Les moyens paraissent très divers et, considérés au point de vue de la réalisation pratique, semblent produire l'effet d'une grande masse. Cependant, nulle part la lutte contre la tuberculose ne constitue une tâche facile à remplir. Et pour peu qu'on veuille se réserver des chances de succès dans la lutte entreprise contre cette ennemie de la race humaine, il est indispensable de l'attaquer de plusieurs côtés à la fois, je dirai presque, de tous les côtés en même temps.

Mais, de même que la campagne anti-tuberculeuse de la société libre ne peut pas mobiliser en une seule fois toutes les armes dont la science a besoin, et cela pour des raisons d'ordre matériel surtout, il en sera de même en ce qui concerne la limitation de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires.

La justice fera son possible pour réaliser des projets présentés autant qu'elle en pourra réaliser pour le moment, parce que toute chose grande et bonne se prépare successivement, s'édifie lentement, degré par degré.

Mais, par le fait même que le Congrès a bien voulu mettre sur le tapis cette question pour la faire discuter par une assemblée aussi illustre et aussi compétente, il a inauguré l'ère de la croisade internationale entreprise contre la tuberculose sous l'emblème de la double croix rouge, et c'est là un mérite impérissable qu'il aura acquis aux yeux de la postérité.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le D^r MARTIN DE PATTANTYÚS-ABRAHÁM,
médecin du pénitencier d'Illava et médecin honoraire du comté.

Introduction.

La question des moyens préventifs à employer contre la tuberculose, et le traitement spécial à appliquer contre la maladie une fois déclarée, occupent depuis de longs siècles le monde médical. Mais, tandis qu'au début la question ne paraissait intéresser que les spécialistes, l'Etat, voire la société elle-même ne tardèrent pas à reconnaître la nécessité d'élever des barrières à ce mal qui menaçait la vie des hommes sans distinction de classes.

Dès ce moment, tout le monde s'efforça de participer à la lutte contre cet impitoyable ennemi de l'humanité et de découvrir les moyens de le vaincre. Or, aujourd'hui, le développement général de la culture intellectuelle nous a conduits déjà à un point qui nous permet de reconnaître que si la solution de la question est d'une importance capitale au point de vue de l'hygiène publique et de la vie sociale elle-même, elle ne laisse pas de l'être au même titre pour ce qui touche à la justice.

La solution favorable de la question est devenue d'une importance capitale pour la justice, attendu que plus d'un tiers des individus condamnés par les cours de justice à une peine privative de liberté, dans les établissements pénitentiaires, tombe victime de la tuberculose pulmonaire. Les cas de décès attribuables à la tuberculose forment, d'après les données de la statistique, 50 à 80 % de la mortalité totale en Hongrie tout aussi bien qu'à l'étranger.

Cette proportion effrayante de la mortalité impose à la juridiction le devoir impérieux de prendre des mesures de défense contre ce mal, de s'efforcer à réduire de son mieux les cas de maladie et de décès. Et ce qui n'était devenu désirable que grâce à l'amour du prochain manifesté à l'égard du condamné, grâce aux sentiments humanitaires qui se généralisent, est devenu aujourd'hui une nécessité dans l'intérêt même de la jurisprudence et du sentiment de droit plus développé, nécessité qui exige que la peine privative de liberté soit subie conformément à l'esprit du jugement, avec un résultat humainement possible. Et cela est d'autant plus désirable qu'aussi longtemps que les détenus continueront à périr en aussi grand nombre, victimes précoces de la tuberculose, le plus juste des jugements ne saurait que devenir illusoire.

Le jugement deviendra indubitablement illusoire surtout en ce qui concerne ceux des détenus qui, atteints par la maladie au début de leur détention, en tombent victimes au bout de deux ou trois ans au plus de leur peine. Et la solution la plus prompte de la question se dresse impérieuse, parce que des cas de décès imputables à cet horrible fléau se produisent dans les rangs des condamnés primaires, pour ainsi

dire au début de la peine. C'est-à-dire que la mort choisit ses victimes précisément dans le groupe formé par les moins corrompus qui, possédant plus de sens moral, sont encore susceptibles d'amendement et peuvent même devenir encore des citoyens utiles à l'Etat.

Ces raisons m'ont engagé, moi qui suis depuis 16 ans le médecin d'un des plus grands pénitenciers de la Hongrie, de celui où se purgent les peines les plus longues, à traiter cette question dans un rapport détaillé en vue du futur Congrès.

Points de vue généraux.

En examinant la teneur de la question: «Quels sont les moyens de combattre, de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre», je trouve qu'elle renferme non pas une, mais trois questions bien distinctes les unes des autres.

Première question: Quels sont les moyens de combattre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires?

Deuxième question: Quel traitement serait le plus propre à faire subir aux malades tuberculeux des établissements pénitentiaires?

Troisième question: Quelles sont les mesures préventives les plus propres à opposer une digue à la propagation de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires?

De ces trois questions, la première est, à mon avis, la plus importante; sa juste solution implique tout naturellement aussi celle des deux autres. Je suis convaincu qu'il importe avant tout de discuter à fond, de tirer au clair et de déterminer les causes, les influences et conditions hygiéniques qui provoquent dans les établissements pénitentiaires des cas de tuberculose sortant de l'ordinaire. Car, si nous connaissons ces causes, la réponse en jaillira presque spontanément, et cette réponse ne saura préconiser autre chose, sinon, les moyens de supprimer ces causes, influences et conditions d'ordre hygiénique qui ont provoqué des cas de maladie sortant de l'ordinaire. Mais, attendu que le but de la question posée ne me permet pas de faire une digression trop grande;

que je ne puis, en conséquence, exposer ici toutes les observations que j'ai faites à propos de la tuberculose des pénitenciers; que, d'autre part, il peut y en avoir qui s'intéressent à toute la matière, je me permets de renvoyer le lecteur à mon ouvrage de grande étendue: «Börtönügyi tanulmányaim» (Mes études pénitentiaires), d'autant plus que c'est de ce travail que j'ai tiré toutes les preuves apportées à l'appui de ce que je vais dire. J'y ai traité à fond et dans tous ses détails la question de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. Je renvoie le lecteur encore aux cours que j'ai faits: à l'assemblée ambulante des docteurs et savants d'histoire naturelle, tenue en 1903, sous le titre «L'influence du régime pénitentiaire progressif, c'est-à-dire de la détention cellulaire exécutée conformément aux principes de ce régime, sur l'augmentation de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires»; et à la réunion spéciale tenue en 1904 par les médecins aliénistes de la Hongrie sous le titre: «Influence de la vie psychique sur le penchant à la tuberculose.»

Tous ces cours ont paru dans les colonnes de plusieurs organes spéciaux de la presse. J'y fais connaître la tuberculose pénitentiaire dans toutes ses manifestations, tout en soulignant que la maladie prend sa source dans la détention même, dans les influences d'ordre hygiénique de certains régimes pénitentiaires, et surtout dans le régime progressif, qui la provoque par la longue détention cellulaire.

Enumération statistique des cas de décès dus à la tuberculose au pénitencier d'Ilava.

En recourant aux données fournies par les registres-matricules, mes études s'étendent sur tout le passé du pénitencier d'Ilava, depuis l'an 1855 jusqu'en 1904. Elles embrassent les trois régimes pénitentiaires qui y furent successivement en vigueur durant ce laps de temps, ainsi que les influences caractéristiques et spéciales de ces trois différents régimes.

Le premier, que je désignerai sous le nom de régime A, s'étend de 1855 à 1868. Pendant cette période, les détenus étaient incarcérés pêle-mêle, sans aucun système; ils portaient des fers et manquaient absolument de tous soins d'ordre hygiénique.

Le deuxième régime ou régime B commence à la naissance de la constitution hongroise en 1868 et forme l'ancien régime dit: en commun. Les fers furent abolis, et dans l'exécution de la peine, dans la garde des détenus et les soins à leur donner on tint déjà compte des exigences de l'hygiène, conformément aux règles établies et au système adopté.

Le troisième régime, régime C, ou régime progressif, qui commença à être appliqué dans notre pénitencier en 1890, c'est-à-dire quand, à la suite des constructions de bâtiments cellulaires, on commença à appliquer la détention cellulaire de un an exigée par la loi V de l'an 1878. Ce régime fut donc, à peu d'exceptions près, appliqué à tous les détenus transférés au pénitencier à partir de l'an 1889. Or, à cette époque, on commençait déjà à tenir compte des besoins hygiéniques modernes et à y satisfaire de plus en plus largement.

De 1855 à 1904 il y eut en tout 4313 condamnés qui furent internés au pénitencier d'Ilava. Sur ce total il y eut 1875 cas de décès, soit le 43.04 %; sur ces 1875 cas, il y en eut 1226 qui furent imputables à la tuberculose. De ces données, il ressort que, prise comme cause de mort, la tuberculose figurait pour le 28.4 % des cas dans le mouvement de l'effectif, et pour le 65.4 % des cas de décès.

Considérées au point de vue de chaque régime pénitentiaire, les données se répartissent comme ci-après:

Sous la régime A, il y eut, de 1855 à 1868, un total de 1614 détenus; sur ce total il y eut 854 cas de décès, soit le 52.8 %, et la tuberculose y figurait comme cause de la mort dans 665 cas; ce qui fait 40.5 % du mouvement d'effectif, et 77.6 % des cas de décès.

Sous le régime B, ou régime en commun, il y eut de 1868 à 1900 en tout 2093 détenus, dont 490 étaient restés de l'ancien régime; sur ce total de 2093 détenus, il y eut 593 cas de décès pendant ce laps de temps, soit le 28.3 %, et la tuberculose y figurait déjà dans 305 cas seulement comme cause de mort, ce qui fait:

14.5 % du mouvement d'effectif, et
51.4 % des cas de décès.

Enfin, sous le régime C, ou régime progressif, il y eut de 1900 à 1904 un total de 1208 condamnés ayant passé par un an de détention cellulaire. Sur ce groupe-là, il y eut 428 cas de décès, soit le 35.4 0/0, dont 257 cas dus à la tuberculose, ce qui fait :

21.2 0/0 du mouvement d'effectif, et
60.0 0/0 des cas de décès.

Après avoir fait connaître les données concernant les influences spéciales et les différences de chacun de ces régimes pénitentiaires, j'estime utile de reproduire aussi les données relatives à la personne des détenus, attendu qu'elles sont de nature à pouvoir servir dans les études éventuelles à faire sur les causes pathologiques de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires.

Ce total de 1227 cas de décès dus à la tuberculose dans le susdit laps de temps a été calculé, sans tenir compte des régimes pénitentiaires :

I. Mortalité par classe d'âge.

35.2 0/0 des détenus âgés de moins de 20 ans.
28.3 0/0 » » » » 20 à 30 ans.
28.3 0/0 » » » » 30 à 40 »
26.9 0/0 » » » » 40 à 50 »
18.9 0/0 » » » » 50 à 60 »
18.6 0/0 » » » » plus de 60 »

II. Classement par nationalité.

35.1 0/0 des détenus décédés étaient roumains,
26.9 0/0 » » » » serbes,
25.8 0/0 » » » » hongrois,
24.6 0/0 » » » » allemands,
23.2 0/0 » » » » slovaques.

III. Classement des tuberculeux décédés, d'après la profession exercée en liberté.

34.9 0/0 avaient été pâtres,
31.6 0/0 » » cultivateurs,

26.6 0/0 avaient été journaliers,
25.5 0/0 » » domestiques,
20.0 0/0 » » industriels.

IV. Classement d'après les antécédents judiciaires des détenus tuberculeux décédés.

30.1 0/0 n'avaient pas de casier judiciaire chargé,
23.5 0/0 dont les antécédents étaient inconnus ou qui avaient déjà été punis ; enfin :

V. Classement des tuberculeux décédés, d'après le nombre d'années passées en prison.

Ont succombé à cette maladie sous le régime :

A	B	C	
3.3 0/0	0.4 0/0	1.0 0/0	dans le courant de la première année
9.1 0/0	2.2 0/0	3.5 0/0	» » » » 2 ^e année
7.3 0/0	2.3 0/0	3.9 0/0	» » » » 3 ^e »
7.2 0/0	2.5 0/0	6.2 0/0	» » » » 4 ^e »
4.8 0/0	2.7 0/0	3.6 0/0	» » » » 5 ^e »
3.2 0/0	1.1 0/0	3.4 0/0	» » » » 6 ^e »
2.2 0/0	1.7 0/0	2.7 0/0	» » » » 7 ^e »
1.5 0/0	1.3 0/0	2.2 0/0	» » » » 8 ^e »
1.8 0/0	0.7 0/0	2.1 0/0	» » » » 9 ^e »
1.05 0/0	0.4 0/0	0.5 0/0	» » » » 10 ^e »

Par l'exposé ci-après, qui donne le nombre des détenus décédés à la suite de la tuberculose depuis 1868 à 1904 à l'établissement pénitentiaire, je désire prouver que la maladie n'avait pas été apportée du dehors, mais qu'elle s'était, au contraire, déclarée dans l'établissement même pendant la détention. Attendu que la mort survenait dans la plupart des cas au delà de la 3^e année de détention, il est évident que la maladie avait été contractée à l'établissement par tous ceux qui en sont morts passé trois ans après leur entrée, car on ne saurait admettre que des hommes atteints de tuberculose eussent pu résister 3 années durant dans les conditions si pénibles de la vie au pénitencier.

Les chiffres démontrent qu'il y eut un total de 562 détenus décédés de la tuberculose depuis 1868 à 1904, savoir :

305 sur un total général de 2093 détenus sous le régime B, ou régime en commun, de 1868 à 1904;

257 sur un total général de 1208 détenus sous le régime C, ou régime progressif de 1890 à 1904.

Etat indicatif des 562 détenus décédés entre temps par suite de tuberculose pulmonaire.

Décès survenus dans la x ^e année de leur peine	Sous le régime B ou commun	Sous le régime C ou progressif	Ensemble
Dans la 1 ^{re} année de la peine	15	26	41
» » 2 ^e » » » »	37	48	85
» » 3 ^e » » » »	49	58	107
» » 4 ^e » » » »	40	47	87
» » 5 ^e » » » »	33	28	61
» » 6 ^e » » » »	24	22	46
» » 7 ^e » » » »	24	10	34
» » 8 ^e » » » »	22	9	31
» » 9 ^e » » » »	13	7	20
» » 10 ^e » » » »	8	1	9
» les années suivantes .	40	1	41
Totaux des décès	305	257	562

D'après ce tableau, il y eut donc 213 détenus, soit le 41.5 % qui sont morts de la tuberculose dans les 3 premières années de leur détention, et 329, soit le 58.5 %, au delà de 3 ans.

En faisant le calcul séparément, par régime pénitentiaire, on compte :

dans les 3 premières années de la peine :
101, ou le 33.1 % sous le régime B, ou régime en commun;
132, ou le 51.5 % sous le régime C, ou régime progressif.

dans les années suivantes:
204, soit le 66.9 %;
125, soit le 48.5 %.

Comme la différence de mortalité entre les deux régimes se présente si grande, et afin de démontrer, d'autre part, l'état de santé au moment de l'admission de tous ceux qui sont décédés au cours des 3 premières années, j'estime utile de faire figurer ici l'état de santé des détenus au moment du transfert au pénitencier. Le tableau suivant a donc pour but de fournir les données relatives à cette question.

Sur 201 cas de décès survenus sous le régime B, il y eut :

Etat de santé au moment de l'entrée à l'établissement	Décédés par tuberculose dans les 3 premières années	Décédés par tuberculose après 3 ans de détention	Total des décès
Bon . . .	16	63	79, c'est à dire 39 %
Moyen . .	32	56	88
Mauvais .	19	15	34
	} 51		} 71
Totaux	67 = 33.3 %	134 = 66.6 %	201

Sur 257 cas de décès survenus sous le régime C, il y eut :

Etat de santé à l'entrée au pénitencier	Décès dans les 3 premières années	Décès dans les années postérieures	Total des décès
Bon . . .	69	72	141 *) = 55 %
Moyen . .	42	42	84
Mauvais .	21	11	32
	} 63		} 53
Totaux	132 = 51.5 %	125 = 48.5 %	257

*) Remarques: Les données relatives à la vie des 141 décédés qui avaient été transférés au pénitencier en bon état de santé sont les suivantes :

Sur les 69 détenus décédés au cours des 3 premières années, il y en eut 51 qui n'avaient pas encore subi de condamnation, et 18 qui en avaient déjà subi, savoir :

4 au delà de 4 ans; 6 au delà de un mois; 8 moins d'un mois;

Sur les 72 détenus décédés après 3 ans, il y en avait 55 sans antécédents judiciaires,

17 qui avaient déjà subi des condamnations.

Ces données prouvent que, parmi les individus décédés dans les trois premières années, il y en eut aussi qui n'avaient pas apporté la maladie avec eux en entrant dans l'établissement. En conséquence, on est en droit de supposer que les $\frac{3}{4}$ des individus décédés par suite de tuberculose avaient contracté cette maladie à l'établissement même.

Ces tableaux ont une égale importance quand il s'agit de démontrer les influences d'ordre hygiénique des deux régimes pénitentiaires, car il en ressort que:

tandis que dans le régime B il n'y eut que 39 % de bien portants sur 201 cas de décès survenus, le régime C en accuse déjà 55 % sur 257 individus décédés; d'autre part, que:

tandis qu'il n'y eut que 16 individus, c'est-à-dire 7.9 % de décédés parmi les bien portants dans les trois premières années, le régime C en eut déjà 69, c'est-à-dire 26 %.

Tout cela prouve jusqu'à l'évidence même que le régime pénitentiaire C exerce, par suite de la détention cellulaire, une influence nuisible beaucoup plus grave que ne le fit le régime B, attendu qu'il a causé une plus grande mortalité par la tuberculose, même parmi ceux des détenus qui étaient en bonne santé lors de leur transfert à l'établissement.

Et cette mortalité sévissait, comme cela apparaît des remarques du tableau, surtout parmi les détenus purgeant une première condamnation, attendu que sur les 141 décédés par suite de tuberculose qui avaient été transférés en bon état de santé, il y en eut: 106, soit le 76.6 % qui n'avaient pas d'anté-

C'est-à-dire que: sur 141 tuberculeux décédés il y en eut:

106 sans antécédents judiciaires
35 avec » »

Total 141 cas.

Répartition par classes d'âge:

97 âgés de moins de 30 ans
38 » » » 40 »
6 » » plus » 40 »

De ce qui précède, il ressort que sur le total des décédés dans les 3 premières années il y en eut jouissant d'une bonne santé (16 + 69) = 85, soit le 42.7 %; moyenne et mauvaise santé (51 + 63) = 114, ou le 57.3 %.

cédents judiciaires, et seulement 35, soit 23.4 % qui avaient déjà subi une première condamnation.

De tout ce qui précède il découle indubitablement que la détention cause elle-même la grande morbidité tuberculeuse des établissements pénitentiaires, et que les $\frac{3}{4}$ au moins des cas de tuberculose surgissent pendant la détention à l'établissement même. Mais il en ressort encore que la tuberculose survenant comme effet de la détention prend un caractère différent selon qu'il s'agit de l'un ou de l'autre des divers régimes pénitentiaires. Bien plus, l'effet nuisible, l'influence néfaste d'un seul et même régime varie non seulement par groupe, mais encore par individu. Les faits eux-mêmes ayant corroboré tout ce que je viens de dire, je me suis presque involontairement posé cette question: quelles sont donc les influences et circonstances nuisibles qui, causes directes ou indirectes, provoquent la morbidité tuberculeuse dans les établissements pénitentiaires?

Il y a environ dix ans que je suis obsédé par cette idée qu'il doit y avoir une connexité de cause entre la morbidité tuberculeuse et la morbidité des organes de la digestion, c'est-à-dire une mauvaise digestion. Au cours de mes observations j'ai remarqué maintes et maintes fois que la tuberculose est presque toujours précédée d'une affection des organes de la digestion, d'une digestion imparfaite tout au moins. A cette époque, la théorie de Behring n'avait pas encore paru, et je m'expliquai la connexité entre ces deux maux par la faiblesse du corps qui, elle-même, devait être le résultat des troubles gastriques survenus à la suite d'une affection quelconque des organes digestifs. Ces troubles diminuent les forces, affaiblissent la résistance de l'organisme, provoquent un fort penchant à la morbidité. Mon rapport de l'an 1896 prouve également que c'est à cette connexité que je pensais alors.

Je suis encore en possession d'une autre preuve non moins probante et établissant, à n'en pouvoir douter, la connexité qui existe entre ces deux maladies. Lors de mes investigations et études sur la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, je me suis dressé un tableau afin de bien éclairer tous les côtés de cette horrible maladie. Ce tableau

L'examen attentif de ce tableau nous apprend, à n'en pouvoir douter, que sur ces 458 décès dus à la tuberculose il n'y en eut que 47 où elle s'était déclarée sans autre maladie l'ayant précédée.

Or, si l'on examine tant soit peu ces 47 cas, l'on trouvera qu'il n'y en eut que 11 qui concernaient des individus purgeant leur peine sous le régime commun. Et encore n'y en eut-il pas un seul qui eût été bien portant lors de son transfert au pénitencier; bien plus, même l'état de santé moyen n'y était représenté que par deux sujets, tandis les 9 autres avaient une santé mauvaise.

Le groupe formé d'individus subissant leur peine dans le régime progressif, avec application de la détention cellulaire d'un an, présente déjà un tableau plus sombre. Et il l'est non seulement parce qu'on y rencontre déjà 36 cas où la tuberculose s'est déclarée, pour ainsi dire, comme maladie primaire, mais encore parce que, sur ces 36 cas, il y en eut 12 qui concernaient des individus arrivés en bonne santé au pénitencier, tandis qu'il n'y eut que 10 autres cas dans lesquels la santé du condamné était déjà mauvaise au moment de son entrée à la maison de force. Par ces détails je désire tout simplement démontrer que le régime progressif est d'un caractère plus grave.

En outre des 47 cas déjà indiqués il en était 35 autres où la tuberculose avait été précédée par la scrofule, et 64 cas où elle eut comme maladie antérieure l'inflammation des glandes, celle des os et des articulations. Je désire classer ces 146 cas comme maladies ayant conduit, éventuellement, à l'infection tuberculeuse, attendu que l'inflammation des glandes, des os et des articulations peut être considérée comme étant due à une infection antérieure. En défalquant ces 146 cas du total formé par les 458 cas de tuberculose, il subsiste encore 312 cas dont on peut dire, sans crainte de se tromper, que l'infection eut lieu pendant la détention, c'est-à-dire à l'établissement.

En recherchant dans ces 312 cas de décès les maladies ayant précédé la tuberculose, l'on pourra constater que les affections des organes de la digestion ont précédé la tuberculose dans 209 cas, ou 67 % du total des décès.

Ce pour-cent est si frappant, qu'on se dit involontairement que les affections des organes de la digestion jouent un rôle de premier ordre dans l'apparition de la tuberculose.

Et si l'on m'objectait que les affections des organes de la digestion avaient pu être causées par l'infection tuberculeuse déjà effective; que la connexité existant entre les deux maladies avait pour base ce qui précède et non pas l'avis que j'en ai conçu moi-même, je me permettrai de reproduire ici une seule des preuves que j'ai recueillies: En écartant la possibilité des affections auxquelles sont exposés les organes de la digestion, je réduis à volonté l'affection tuberculeuse dans une mesure qu'il eût été impossible de réaliser avec des malades déjà infectés par la maladie. Plus tard je ferai connaître et mon mode de procéder et les résultats que je lui dois.

En établissant une étroite liaison entre l'énorme morbidité tuberculeuse des établissements pénitentiaires d'une part et les affections non moins nombreuses des organes de la digestion d'autre part, attendu que l'une ou l'autre des théories admettent les affections des organes de la digestion comme causes directes ou indirectes de l'affection tuberculeuse, et cela d'une façon absolue, je n'ai nullement l'intention d'opposer des dénégations à l'avis universellement adopté qui, comme par le passé, soutient que l'énorme morbidité tuberculeuse des établissements pénitentiaires est due au séjour en lieu clos, au trop grand nombre des habitants réunis dans ces lieux, au manque de mouvement, à une nourriture par trop uniforme et insuffisante, et, surtout, à l'état infectieux des établissements, qui peuvent favoriser et causer plus facilement la contagion et l'infection. Par exemple, j'oppose un démenti formel à l'assertion qui veut imputer uniquement cette morbidité disproportionnée à ces causes, influences et facteurs, qui peuvent être des agents de plus grande propagation, mais non pas les causes uniques. Et je le nie d'autant plus formellement que les susdites causes ne m'ont pas permis d'expliquer pourquoi la morbidité tuberculeuse est plus grande sous le régime progressif qu'elle ne l'était sous le régime en commun qui, sauf en ce qui concerne la détention cellulaire, est parfaitement identique à l'autre. Or, malgré la diminution des chances de

contagion occasionnelle due à l'isolement du régime progressif, je n'ai pas même pu m'expliquer pourquoi, avec ce régime, qui ne présente point d'écart, la tuberculose est précisément plus fréquente parmi les individus qui, condamnés pour la première fois, sont moins corrompus moralement et possèdent une excellente santé et une forte constitution.

Tous ces symptômes m'ont convaincu qu'il doit y avoir, en outre des causes générales de morbidité pénitentiaire, une autre cause d'une caractère spécial, plus grave que toutes les autres, plus nuisible par ses effets. Cette cause spéciale qui provoque la maladie, quoique indirectement, n'est autre que l'état psychique (les tourments de l'âme, les fluctuations de l'humeur) qui se manifeste chez certains détenus et qui exerce un effet aussi destructif.

Or cet état d'âme est causé par la détention elle-même, et il est d'autant plus grave que le sentiment moral du détenu est moins altéré, que la peine infligée à ces malheureux est d'une durée plus longue, et, enfin, qu'ils ont plus de temps et plus de loisirs leur permettant de réfléchir sur leur sort. Cette circonstance explique le plus grand nombre des cas de tuberculose et, par là, des cas de décès dans le groupe des individus purgeant leur peine sous le régime progressif et ayant passé par la détention cellulaire, et pourquoi ce nombre est plus grand quand il s'agit d'hommes moins corrompus, condamnés pour la première fois. Qui oserait prétendre que chez les moins corrompus la honte d'avoir commis une mauvaise action n'est pas plus grande que chez les individus entièrement dégradés, que leur désespoir de recouvrer jamais la liberté n'est pas plus navrant, que la liberté perdue n'est pas plus précieuse pour eux que pour les autres? Et qui donc se refuserait à croire que l'humeur de ces malheureux est plus irritable, que le chagrin et les tourments de l'âme causés par l'absence du foyer, de la famille, qui souffre peut-être de la misère, sont plus intenses et plus douloureux que chez les autres? Ou bien, qui donc peut nier que ces symptômes irréguliers de la vie psychique ne puissent dégénérer en un état d'âme d'une gravité telle qu'à lui seul il est déjà capable de causer une redoutable maladie?

Bien que cet état d'âme anormal pût parfaitement me servir pour le faire figurer comme cause directe de la maladie, je n'en profiterai pas cependant, et me contenterai de constater ce que d'autres observateurs ont déjà remarqué, ce que chaque psychiatre connaît: je veux parler des irritations aiguës, des influences morales et des fluctuations de l'humeur qui exercent un effet tellement nuisible sur la vie végétative, troublent à tel point le fonctionnement normal de l'organisme et abaissent en une telle mesure les facultés de la digestion, qu'elles finissent bientôt par attaquer les organes digestifs. En dénonçant ces symptômes que j'ai si souvent constatés, je ne fais que souligner mon opinion concernant les troubles digestifs, et, à ce propos, je tiens à appeler l'attention de tous sur cette œuvre de Pawlou, professeur renommé de l'Université de St-Petersbourg: « Die Arbeit der Verdauungsdrüsen », distinguée du prix Nobel. Au cours de ses démonstrations sur la physiologie de la digestion, il parle avec une profonde érudition de l'importance capitale de l'état d'âme au point de vue de la digestion, qu'il influence directement. Il y dit entre autres choses: « L'homme préoccupé de soucis et de pensées mange... mais ne se nourrit pas. » Par suite de l'absence de toute excitation morale, la sécrétion et la faculté digestive des sucs stomacaux diminuent d'intensité; cette diminution provoque une stagnation dans les organes digestifs, des irrégularités graves qui conduisent tôt ou tard à un catarrhe de l'estomac ou des intestins. Il ne suffit pas de veiller uniquement à la force nutritive des aliments, encore faut-il avoir soin que le repas se prenne en bonne compagnie, en des circonstances agréables. Ce n'est pas assez d'introduire les aliments dans l'estomac, encore faut-il que la nourriture prise profite le plus possible. Si l'on veut avoir bon appétit, il importe de soigner l'humeur de telle sorte qu'elle exerce un effet favorable sur la digestion.

Cependant je ferai observer encore autre chose: la prédisposition à la maladie a été augmentée parce que les individus ne pouvaient, grâce à leur état d'âme ainsi troublé, ni dormir tranquillement et suffisamment ni se reposer des fatigues du jour et reconstituer ainsi les forces épuisées. Enfin, je sou-

tiens encore que cette irritation plus longue de l'humeur, les tourments prolongés de l'âme ont fini par causer un affaiblissement général des nerfs, s'attaquant même au système nerveux central, augmentant les chances de la maladie, qu'il rendait ainsi de plus en plus intensive.

Pour connaître les symptômes de la vie psychique et l'influence décisive qu'exercent les maladies causées par eux; pour se rendre compte de l'importance capitale du rôle qu'ils jouent dans la vie des détenus, il suffit de considérer une circonstance aussi caractéristique que digne d'attention, à savoir le taux de mortalité différente des détenus, qui, bien que survenue en un même laps de temps, varie selon la durée de la peine, quoique les individus condamnés à des peines diverses vivent tous dans les mêmes conditions d'existence. A mon grand étonnement, j'ai fait cette remarque, lorsque je m'occupais à dresser la statistique de la mortalité sur la base des décès survenus à l'établissement et atteignant presque le chiffre de 2000.

Ce tableau statistique démontre que dans les premiers 5 ans de la peine, c'est-à-dire en un seul et même laps de temps, dans des circonstances absolument identiques, la mortalité avait été de 19.6 % dans le groupe formé par les condamnés de 5 à 10 ans, tandis qu'elle était de 31.5 % dans le groupe formé par les détenus condamnés à des peines variant entre 10 et 15 ans, et de 40 % dans celui des détenus subissant des peines de plus de 15 ans.

Cette différence tout à fait disproportionnée ne saurait être attribuée à une autre raison qu'à l'inquiétude et aux troubles de l'âme qui, eux-mêmes, sont causés par la plus grande gravité de la peine, par le peu de probabilité de la libération et par l'idée navrante du peu d'espoir de cette libération. La conséquence naturelle de cet état d'âme se traduit par une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Enfin, pour mieux prouver encore que je suis dans le vrai quand je considère cet état d'âme comme cause provocatrice de la maladie, je dirai ici comment j'ai obtenu les plus brillants succès en écartant cette cause dans la mesure du possible; en tous cas, cela est bien fait pour établir la justesse du pronostic

et la correction de mes procédés défensifs et préventifs. Et ce brillant résultat se manifeste par la réduction de la mortalité due à la tuberculose dans notre établissement, mortalité que j'ai réussi à faire descendre, comme le prouve le graphique ci-après, à 1 % de 5 qu'il avait été, voire même à moins de 1 % dans le courant de l'année 1904.

Mon procédé ayant pour but de diminuer la mortalité causée par la tuberculose.

Avant de résumer tout ce que j'ai dit déjà et d'en tirer mes conclusions concernant la lutte contre la tuberculose, j'estime utile et nécessaire d'indiquer la nature des efforts que j'ai faits pour chercher à diminuer la mortalité dans notre établissement.

Inutile de dire que j'avais surtout en vue la diminution des causes et influences qui provoquaient la maladie. Bien que je considère la détention cellulaire comme le plus grave et dangereux facteur au point de vue de la morbidité, je n'ai pu en proposer la suppression, parce qu'en écartant la détention cellulaire tout le système progressif n'aurait plus eu sa raison d'être. Mais si, déjà, il m'était impossible de demander la suppression de la détention cellulaire, j'y ai porté remède en faisant entrer à l'hôpital un certain nombre de détenus, que j'y ai ensuite retenus pendant un temps plus ou moins délimité. Quant je remarquai que ces condamnés se remettaient et devenaient plus forts, grâce seulement à la nourriture de l'hôpital, plus facile à digérer, j'eus l'idée de donner la même alimentation aux détenus en cellule et souffrant du même mal. Pour compléter ma méthode, je m'adressai aux prêtres et pasteurs de l'établissement, les priant de se charger de la guérison de l'âme et de l'humeur en les tranquillisant.

Afin d'obtenir l'autorisation d'une alimentation spéciale, je m'adressai au Ministère de la Justice, qui me l'accorda à titre d'essai.

Cette alimentation spéciale était formée par la ration entière et ordinaire de l'hôpital, et ne différait de la nourriture ordinaire des détenus bien portants que sous le rapport de la qualité, mais non pas sous celui de la quantité. Je l'estimais

nécessaire parce que l'organe digestif des sujets s'était gâté sous l'influence de leur âme déséquilibrée, et n'était plus à même de digérer les aliments végétaux qu'on lui servait. Il importe de remarquer ici que, hormis l'alimentation spéciale, ces hommes ne jouissaient d'aucune autre faveur et d'aucun autre traitement.

Le sujet pouvait jouir de cette alimentation spéciale, selon que son état en manifestait le besoin, pendant une durée de six mois, voire même au delà en cas de nécessité.

Le résultat fut surprenant, c'est le cas de le dire, car les pesages exécutés mensuellement accusaient, dans la majorité des cas, une augmentation du poids.

Je reproduis ici en peu de mots mes expériences et essais faits sous ce rapport:

De 1896 à 1904 il y eut un total de 287 individus qui, détenus en cellule, jouissaient de l'alimentation spéciale. Les pesages opérés lors du transfert à l'établissement et au commencement du régime alimentaire spécial ont démontré que, sur les 287 cas:

- 245 détenus avaient diminué en poids,
- 17 » » gagné » »
- 25 » étaient restés stationnaires.

La diminution totale en poids dans les 245 cas s'élevait au chiffre de 857 kg.,

tandis que l'augmentation en poids des 17 cas, à la somme de 37 kg.;

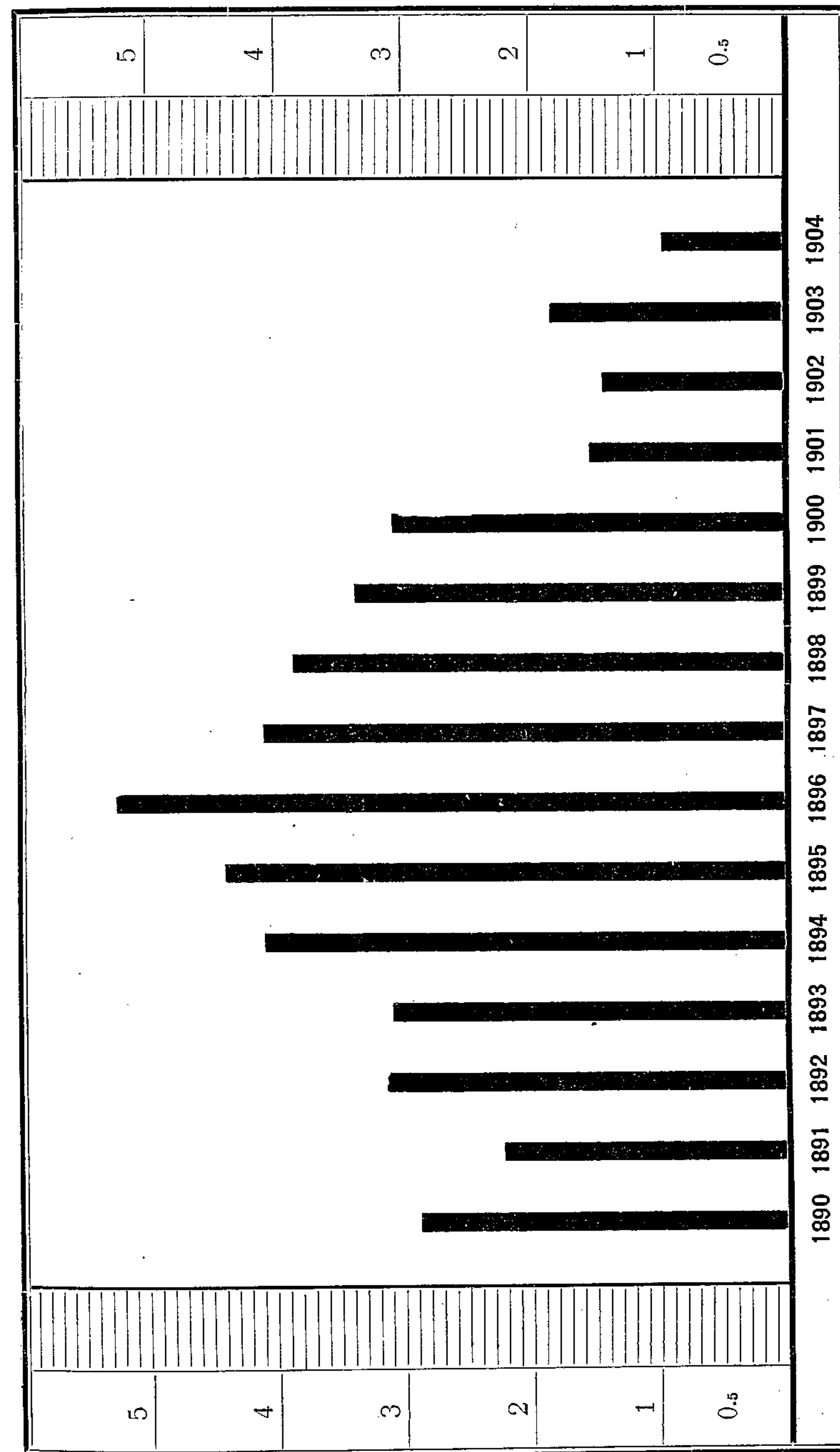
la perte effective en poids a donc été de 820 kg. au début de l'alimentation spéciale.

Après 3 et 6 mois d'une alimentation spéciale, il y eut augmentation en poids chez 207 détenus, c'est-à-dire chez le 72.8 %; diminution en poids chez 57 détenus, soit chez le 19.8 %; poids resté stationnaire chez 23 individus, ou le 7.9 %.

La perte en poids de 820 kilogrammes avait été compensée en partie par une augmentation de 553 kilogrammes. Le déficit était donc de 267 kilogrammes après l'alimentation spéciale.

De ce qui précède il ressort que, grâce à l'alimentation spéciale d'une durée relativement courte, j'ai réussi à gagner

Tableau synoptique de la mortalité tuberculeuse dans la maison de force d'Ulava durant les 15 dernières années.



une somme de 553 kilogrammes qui ont effectivement contribué à fortifier l'organisme. La conséquence en fut que les cas de maladie ont diminué, comme l'indique aussi le tableau synoptique publié ci-dessus. Ce tableau indique la mortalité due à la tuberculose depuis la mise en vigueur du régime cellulaire, c'est-à-dire de 1890 à 1905. Il s'ensuit que le pour-cent de la mortalité due à la tuberculose augmentait en raison directe du nombre de détenus ayant passé par la détention cellulaire, tandis que, plus tard, cette mortalité, ou pour mieux dire son taux en pour-cent, diminuait en raison directe du plus grand nombre de détenus jouissant de l'alimentation spéciale.

En résumant ce qui vient d'être dit, l'on voit que les $\frac{2}{3}$ au moins des cas de tuberculose sévissant dans les établissements pénitentiaires se déclarent pendant la détention même. La cause de son apparition doit être attribuée à l'influence néfaste qui accompagne la détention, et qui, exerçant son effet d'une part sur l'âme, provoque de grandes irrégularités dans les sensations et l'humeur, tandis qu'elle occasionne, d'autre part, des maladies graves dans les organes de la digestion, qu'elle attaque plus vite.

Le plus grand nombre de maladies des organes de la digestion sont provoquées, d'une part, par les irritations irrégulières de l'humeur, d'autre part, par une existence moins favorable sous le rapport de l'hygiène, mais conséquence de la détention. Or cette influence nuisible mène à l'infection tuberculeuse; qu'elle se fasse directement ou indirectement, elle n'en est pas moins une, et cette infection peut se produire très facilement dans n'importe quel pénitencier.

Ma proposition concernant la lutte à intenter contre la tuberculose des détenus.

Je passe donc à la partie proprement dite de la question posée: «Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?»

Attendu qu'actuellement nous sommes encore impuissants à immuniser contre les bacilles de la tuberculose ne fût-ce que

le plus petit établissement pénitentiaire, et encore moins à désinfecter tout ce qui passe entre les mains du détenu pendant toute la durée de sa détention, tout ce qui peut pénétrer dans son corps avec les aliments qu'il prend, c'est vouloir perdre son temps inutilement que de vouloir empêcher l'infection.

Par contre, il n'y a pas lieu de concevoir autant de crainte en ce qui concerne la contagion par occasion. En prenant les mesures préventives indiquées, on peut parfaitement bien exister même dans un lieu infecté sans qu'il y ait danger d'infection pour celui qui y est, ou sans qu'il devienne tuberculeux après avoir été infecté. De nombreux exemples peuvent être cités à l'appui de cette affirmation, et ce sont les établissements pénitentiaires eux-mêmes qui nous les fournissent. Il est, dans ces établissements, bon nombre d'individus qui peuvent vivre 20 et 30 ans dans ce milieu infecté sans jamais tomber malades. Cela est dû de la façon la plus absolue, au fait que ces hommes manquent de la première et principale condition: de la prédisposition à la tuberculose, tandis que leur organisme n'est pas devenu sujet à l'infection.

Ce fait doit nous engager à orienter nos efforts défensifs en ce sens. Il faut fortifier la capacité de résistance dont a besoin l'organisme; il faut s'efforcer de faire en sorte que cet organisme ne prête pas le flanc à l'infection. La défense ainsi orientée est d'autant plus digne d'être prise en considération, que les expériences acquises permettent d'espérer atteindre sinon tout le résultat voulu, du moins un résultat très satisfaisant, comme celui que j'ai obtenu moi-même.

De ce qui a été dit jusqu'à présent découlent spontanément les mesures à prendre en vue de combattre efficacement la tuberculose pénitentiaire.

En considérant qu'il est des causes générales de morbidité, causes qui se rencontrent dans les demeures anti-hygiéniques, dans l'habillement, l'alimentation, l'occupation, le mouvement, toutes ces conditions doivent être réglées conformément aux exigences de l'hygiène, et cette réglementation aura pour conséquence une diminution de la morbidité causée par ces déficiences.

Considérant, en outre, que la morbidité tuberculeuse des établissements pénitentiaires a comme premier et principal facteur l'affection fréquente des organes de la digestion, il y a lieu de faire tout son possible en vue de diminuer les affections qui s'attaquent à ces organes, et le contre-coup se fera ressentir dans la disparition d'une nouvelle cause de la tuberculose. Cependant, en procédant de cette façon, il importe d'agir avec beaucoup de prudence, afin que les établissements pénitentiaires ne soient pas changés du coup en hôpitaux ou sanatoriums.

Sous ce rapport on pourrait agir comme suit :

Considérant qu'une partie des détenus contractent la maladie déjà pendant leur séjour dans les maisons d'arrêt près les cours de justice, ou tout au moins y acquièrent une prédisposition au mal, il y a lieu de commencer déjà la lutte dans ces lieux. Sous le rapport de l'hygiène, il faut en général y faire ce que l'on fait dans les pénitenciers. Il importerait surtout d'y attacher un peu plus d'importance à l'alimentation, qui devrait se faire en régie domestique comme partout ailleurs, et cela non seulement parce qu'elle n'en deviendrait que meilleure, mais encore et surtout pour faire observer et pouvoir mieux contrôler la propreté qui doit présider à sa préparation.

Je recommanderai donc de servir, là aussi, une meilleure nourriture aux individus condamnés à de longues peines, et de leur donner l'alimentation de l'hôpital, plus facile à digérer, ainsi que le régime spécial du lait.

Je considère l'alimentation comme le plus important de tous les facteurs dans les maisons d'arrêt près les cours de justice, aussi bien que dans tout lieu de détention en général, surtout en ce qui concerne les hommes condamnés à de longues peines. Par là on arrive non seulement à entretenir les forces de l'organisme, sa force de résistance, mais encore on diminue la morbidité des organes de la digestion, circonstance qui, à son tour, fait diminuer la morbidité tuberculeuse. Il y aurait lieu d'ordonner par voie d'arrêt que tous ceux qui manifestent un penchant pour la tuberculose, ou qui sont incapables de digérer l'alimentation végétale sans faire courir des chances à

leur état de santé, fussent soumis au régime alimentaire de l'hôpital sans y être admis.

Considérant, en outre, que les affections des organes digestifs sont dues, chez la plupart des détenus, aux influences d'ordre moral qui se manifestent surtout à la suite de la détention cellulaire, ou tout au moins qui lui doivent leur caractère de plus grande gravité, j'estime qu'il y a lieu de prendre des dispositions par voie d'arrêt, et d'exempter de cette détention tous ceux que l'on ne pourra tranquilliser moralement, dont la digestion décroît par suite des irritations de l'âme et qui manifestent une certaine prédisposition pour les maladies des organes digestifs.

Enfin j'estime que, afin de toujours diminuer les influences d'ordre moral, les irritations de l'humeur, et de faire décroître par ce moyen les cas de maladies tuberculeuses, il y a lieu tout d'abord de réduire le maximum des peines privatives de liberté, et c'est là une chose à laquelle j'attache une importance primordiale. D'ailleurs, l'intérêt même de la justice exige qu'il en soit ainsi, car je doute fort que le juge puisse prononcer avec la même quiétude morale cette exorbitante peine privative de liberté, s'il apprend que, tandis que la mortalité tuberculeuse atteint :

le 19.6 % des condamnés à une peine variant entre 5 et 10 ans, elle est de

31.5 % chez les condamnés de 10 à 15 ans, et de

40 % chez ceux qui sont condamnés à plus de 15 ans.

Il ne faut pas que le maximum de la peine dépasse 15 ans quand il s'agit d'un individu n'ayant pas encore de condamnation antérieure à son actif. Une réduction de la peine aurait chez beaucoup de condamnés pour résultat d'apaiser, en partie du moins, ces irritations de l'âme et de l'humeur dues uniquement à la conscience de se savoir frappé d'une punition qui durera jusqu'à la mort.

Et cette réduction de droit pénal peut être réalisée d'autant plus facilement qu'il n'existe pas, en réalité, de prison à perpétuité lorsqu'il s'agit de condamnés frappés pour la première fois. D'autre part, la conscience de devoir subir une peine per-

pétuelle, l'absence pour ainsi dire de tout espoir de libération, causent une telle irritation qu'elle inflige à beaucoup de ces malheureux un châtement mortel précoce, au lieu d'une peine privative de liberté qu'ils ont à subir.

Tant que nous ne serons pas à même d'immuniser l'homme aussi contre toute contagion ou infection tuberculeuse à l'aide d'un procédé quel qu'il soit, ce qui précède constitue ma proposition concernant les moyens de combattre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. En tous cas, j'ose soutenir qu'aussi longtemps que nous ne réussirons pas à immuniser l'homme contre la maladie, la défense la plus intensive et la plus étendue ne saura réduire la mortalité due à la tuberculose dans les établissements pénitentiaires aux proportions de la vie libre, surtout lorsqu'il est question d'établissements où sont internés des individus condamnés à de longues peines privatives de liberté. Et nous ne saurions atteindre ce résultat tout simplement parce qu'il ne nous est pas donné de faire cesser complètement les irritations et les tourments de l'âme et de l'humeur que causent la condamnation et la détention.

Proposition concernant le traitement et les moyens préventifs de la tuberculose.

En ce qui concerne la seconde partie de la question: «Quels seraient les moyens de traitement de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires», ma réponse sera très brève, parce que, comme toute autre personne, nous ne saurions en dire grand'chose, au moins pour le moment. La bibliographie relative au traitement de la tuberculose et au procédé à observer à l'égard des tuberculeux comprend des écrits en quantité telle qu'on pourrait en constituer des bibliothèques. Il est difficile même de s'imaginer tout ce que l'on a déjà recommandé et proposé comme remèdes, et le résultat final est presque nul, ou à peu près. Au point de vue du traitement de la tuberculose, nous en sommes aujourd'hui où nous étions il y a des dizaines, voire des centaines d'années.

Aujourd'hui, comme par le passé, nous manquons d'un remède duquel on pourrait dire qu'il est efficace dans n'importe

quelle phase de la tuberculose. Cependant, je ne prétends nullement par là que tout cas de tuberculose ait une issue nécessairement fatale, attendu qu'il ne manque pas de cas de guérisons complètes et assez nombreuses. Mais, dans ces cas mêmes, personne ne saurait affirmer en bonne conscience que la guérison ait été obtenue grâce à l'emploi de tel ou tel autre remède. Tout ce que l'on peut obtenir sous ce rapport n'est qu'un adoucissement apporté à certains symptômes, à certains groupes de symptômes. Quant à dissenter plus longuement sur ce traitement, cela sortirait du cadre tracé à mon rapport.

Cependant la tuberculose est traitée par d'autres moyens que des remèdes médicaux. Le premier de ces moyens est le traitement au sanatorium, que je ne saurais, cependant, recommander sans arrière-pensée aucune, comme méthode à appliquer aux détenus des pénitenciers. Et cela non seulement parce que ce serait vouloir pousser l'humanité un peu loin, mais encore parce que j'estime la question absolument irréalisable; parce qu'elle ne recevrait qu'une solution imparfaite, non seulement dans son ensemble, mais encore dans ses grandes lignes, sans compter que cela mènerait à une foule de difficultés inextricables.

Cependant, si je m'abstiens de mentionner même la création de sanatoriums spéciaux et l'évacuation des détenus tuberculeux dans ces lieux de guérison, tout simplement parce que ce serait dépasser le but, je recommande chaleureusement l'introduction du traitement par la méthode des sanatoriums domestiques, parce que j'estime cette méthode comme étant la seule pratique et efficace pour le moment, pour conserver les malades, améliorer leur existence et retremper leurs forces, et parce que, enfin, cette méthode peut être réalisée très facilement dans n'importe quel établissement pénitentiaire. En effet, je ne crois pas qu'il y ait un lieu où l'on ne saurait élever dans ce but une véranda ouverte, ou, si cela était déjà impossible, dresser quelques tentes dans la cour ou dans le jardin et y placer 8 à 10 malades, étant convaincu que dans le traitement de la tuberculose la principale chose qu'il importe de leur assurer, c'est l'air pur et exempt de toute poussière, la tranquillité la plus complète, une nourriture facile à digérer,

la trempe de leur organisme et une propreté méticuleuse poussée jusqu'à l'excès.

En ce qui touche, enfin, à la troisième partie de la question: «Quels seraient les moyens de prévenir la propagation de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires de tout ordre», ma réponse est non moins brève parce que, dans l'état actuel des choses, il serait absurde de vouloir proposer sérieusement quelque chose.

Ce qui importe, c'est d'observer partout et en tout les règles de l'hygiène, d'instruire chaque détenu sur les règles générales de la défense contre la tuberculose, et d'afficher dans tous les locaux de tous les pénitenciers et lieux de détention, un règlement imprimé dans la langue des détenus, facile à comprendre et amplifié par des détails, conformément aux conditions locales. Bien entendu qu'il faudrait ensuite veiller sévèrement à ce que ce règlement fût rigoureusement observé. Cette mesure permettrait de parer à bien des cas de maladie, sans compter qu'elle peut et doit même être prise, et qu'actuellement nous sommes, à mon avis, incapables de faire plus.

Plus tard, quand l'homme pourra être immunisé soit par inoculation, soit à l'aide de toute autre méthode, tel que cela se pratique aujourd'hui par le vaccin contre la petite vérole, alors seulement on pourra dire que la question a eu sa solution pleine et entière.

Conclusion.

Par ce qui précède, j'ai voulu faire connaître mon avis sur la question et contribuer, dans la mesure de mon savoir, de mes moyens, et en toute conscience et bonne volonté, à la solution qu'elle exige et qui est si généralement désirée partout.

Bien que je n'aie pu apporter beaucoup de choses nouvelles, je crois cependant avoir éclairé certains côtés de la question par les données que je viens de fournir, car il se peut que d'autres n'aient pas encore considéré les choses sous cette face, bien que celles-ci contribuent en une très large mesure à augmenter les cas de tuberculose.

En recommandant à l'attention bienveillante du Congrès ce rapport, qui, quoique modeste, peut avoir son importance, je le fais avec la conviction que la réalisation de mes propositions aura certainement pour effet une réduction dans la morbidité et la mortalité tuberculeuse des établissements pénitentiaires. Ce résultat permettra de rendre plus humanitaire l'exécution de la peine, et facilitera cette exécution même en rendant le condamné plus capable de la subir.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. le Docteur N. THILTGES,
médecin-adjoint à la prison de Saint-Gilles (Bruxelles).

«Le souci de la santé publique, disait Disraëli, est le premier devoir d'un homme d'Etat». Pour se convaincre de la vérité et de la justesse de cette pensée, il suffit de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'état sanitaire des populations pendant ces cinquante dernières années.

En effet, c'est par l'effet de lois efficaces que beaucoup de maladies épidémiques ont été combattues, c'est par la mise en vigueur de mesures hygiéniques rigoureuses, que les pouvoirs publics sont parvenus à enrayer les maladies sociales telles que la peste, le choléra, la variole.

Malgré tout, un terrible fléau continue à ravager l'humanité: c'est la *tuberculose*. Cette maladie, a-t-on dit, constitue

une plaie beaucoup plus funeste pour les nations que la guerre et la peste. N'épargnant aucun âge, ni aucune classe de la société, la tuberculose fait d'innombrables victimes dans tous les milieux et dans tous les pays.

Le taux de la mortalité tuberculeuse est très élevé et dépasse de loin le chiffre de mortalité des maladies les plus graves.

De l'avis général, c'est une nécessité impérieuse de mettre un obstacle à l'envahissement de ce mal social. Partout une véritable croisade antituberculeuse a été organisée. Au dernier Congrès d'hygiène et de démographie, tenu à Bruxelles, en 1903, la question de l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre la tuberculose a été fort débattue et cette intervention reconnue indispensable; mais les hygiénistes ne se sont pas mis d'accord sur les moyens que l'Etat doit employer pour enrayer ce fléau.

La plupart des gouvernements, jusqu'à ce jour, se sont contentés de quelques mesures prophylactiques; mais il est des cas où l'intervention de l'Etat doit être plus directe. Le fait se produit quand l'Etat doit agir comme patron. A ce point de vue, les prisons réclament de fixer tout spécialement notre attention.

La tuberculose y règne en souveraine maîtresse. C'est dans les milieux pénitentiaires que la mortalité tuberculeuse est la plus élevée. La prison est considérée à juste titre comme un milieu dangereux.

Il est par conséquent temps d'agir et de remédier à cet état de choses, mais encore faut-il le faire à bon escient.

L'administration doit veiller tout d'abord à sauvegarder la santé des membres du personnel chargés de la surveillance, de l'instruction et de l'éducation morale des détenus.

Ensuite, comme les prisons modernes constituent, de l'avis du législateur, non seulement des établissements de punition, mais aussi de réforme; que, comme dit Stevens, «le traitement criminel doit être réformateur et non simplement afflictif et répressif», l'Etat doit avoir souci de la santé des détenus qu'il a à sa charge. On accuse les prisons de rendre souvent malades à la société des individus dont la santé ne laissait

nullement à désirer au moment de leur internement. Il ne faut cependant pas que le prisonnier condamné à une détention assez longue soit presque infailliblement voué à la phtisie comme l'affirment certains auteurs. Il ne faut pas qu'à sa libération le détenu soit malade, qu'il soit forcé de se rendre à l'hôpital, qu'il soit contraint de solliciter son admission dans un hospice ou un asile ou qu'il doive grever les charges des bureaux de bienfaisance.

Le détenu sain doit être préservé de toute contamination.

Quant au détenu malade, au tuberculeux avéré, les pouvoirs publics doivent prendre des mesures pour le mettre dans l'impossibilité de contaminer son entourage, et en même temps lui procurer toutes les chances possibles de guérison, afin de lui donner la santé nécessaire pour subvenir à ses besoins au moment de sa libération.

La prison peut aussi jouer un grand rôle social dans la lutte contre la tuberculose et nous sommes assuré que cette catégorie de délinquants et de criminels dont le retour en prison est dû en grande partie à une santé délabrée, subirait une notable diminution.

C'est donc au triple point de vue social, humanitaire et économique que la question de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, est essentielle.

Nous tenons à féliciter la Commission organisatrice du VII^e Congrès pénitentiaire international de l'avoir portée à l'ordre du jour; nous espérons que les discussions seront fertiles en enseignements pratiques.

* * *

« La première condition du succès, disent les stratégestes, est la connaissance des points faibles de l'adversaire. » Or, en matière d'hygiène préventive, la même règle trouve son application, et le précepte du vieil Hippocrate: *Principiis obsta*, reste toujours le meilleur.

Pour se défendre efficacement contre une maladie, il faut d'abord savoir comment elle se contracte.

Il est clairement démontré aujourd'hui que la tuberculose se propage *par contagion*. Tout tuberculeux a été contaminé par un autre tuberculeux, soit directement, soit indirectement. La transmission directe résulte de ce que le tuberculeux, dans les efforts de toux, ou bien en parlant, en éternuant, projette autour de lui une grande quantité de bacilles extrêmement virulents, qui sont contenus dans les fines gouttelettes de salive. L'atmosphère qui entoure immédiatement le malade constitue par conséquent une zone dangereuse qu'il importe d'éviter.

Une autre source de contagion beaucoup plus fréquente réside dans l'expectoration. Les crachats disséminés par les phtisiques sur tout leur passage, se dessèchent, et par le balayage et les courants d'air ils sont réduits en fines particules virulentes et répandus dans l'air avec les poussières. Le bacille de Koch arrive ainsi dans les voies respiratoires des personnes bien portantes et s'y implante.

A côté de l'appareil respiratoire, il y a encore une autre voie ouverte à l'infection, c'est l'appareil digestif. Les deux aliments qui peuvent produire une tuberculose d'origine digestive sont le lait et la viande.

Mais, pour qu'une maladie infectieuse puisse se développer, il faut qu'il existe chez l'individu une certaine prédisposition à contracter cette maladie; en d'autres termes, il faut que l'organisme présente certaines conditions qui diminuent sa résistance aux germes morbides et en font un terrain favorable pour leur culture.

A côté de la prédisposition héréditaire, il y a la prédisposition acquise résultant de toutes les conditions qui entraînent un affaiblissement du corps et des poumons. Les excès alcooliques et vénériens, le surmenage, la misère, la faim, une alimentation défectueuse, les maladies graves constituent autant de causes prédisposantes.

Ces notions générales établies, voyons ce qui se passe dans le milieu pénitentiaire.

La prison est le lieu où viennent échouer les individus de toutes les conditions et de toutes les classes de la société. S'il n'est pas rare d'y voir des santés robustes, il n'est pas moins rare d'y trouver des sujets présentant des tares héréditaires

marquées; d'autres, doués d'une constitution apparemment forte, sont en réalité des individus surmenés et minés par des excès de tout genre. C'est en prison qu'on rencontre les maladies les plus variées, c'est surtout là que les fléaux actuels de l'humanité présentent leur plus fort contingent.

Un grand nombre de détenus sont porteurs des germes de la tuberculose à leur entrée et infectent le milieu. Comme les individus malades et les sujets sains sont souvent réunis, la contagion doit se faire. Celle-ci est d'autant plus aisée que les causes prédisposantes y sont très nombreuses. Ces causes sont: le manque d'air et d'exercice, le régime sédentaire, une alimentation trop peu variée, la viciation de l'air par certains travaux insalubres et par le surpeuplement, la situation morale particulière des détenus, les remords. Nous attirons spécialement l'attention sur une cause importante de transport des germes morbides se faisant par tous les objets ayant un rapport quelconque avec le détenu: le mobilier, les vêtements, la literie et, en particulier, les livres. Ces derniers surtout, au bout d'un usage relativement court, sont maculés de taches et d'enduits variés les plus suspects, la plupart des prisonniers tournant les pages en humectant les doigts de salive. Or on sait que le papier est un excellent véhicule des microbes. Il y a donc un véritable danger, non seulement pour le lecteur, mais aussi pour les employés chargés de la distribution et de la vérification des volumes, à manier ces derniers.

La crainte de la contagion pénitentiaire de la tuberculose est donc bien réelle. Il est très difficile de donner des preuves mathématiques de cette contagion; parfois ce n'est que plus ou moins longtemps après la libération du détenu que la maladie se déclare franchement. Mais on peut affirmer qu'un certain nombre de prisonniers sortent de nos prisons infectés, emportant le germe d'une tuberculose dont les premiers symptômes éclateront ultérieurement.

« Il serait du plus grand intérêt, lisons-nous dans la notice explicative, de connaître aussi approximativement que possible, la proportion des détenus des différentes catégories atteintes à un degré quelconque de la tuberculose pulmonaire dans les différentes natures d'établissements. »

Certes la connaissance exacte de l'état sanitaire des prisons serait très précieuse.

Seule, une bonne statistique est capable de nous donner satisfaction. Malheureusement la manière dont celle-ci est dressée dans les différents pays est très imparfaite et souvent même très défectueuse.

Dans notre pays, la classification des décès survenus dans beaucoup d'établissements pénitentiaires, est faite d'après les différents organes qui composent le corps humain; mais elle ne renseigne nullement sur la nature des maladies, cause des ces décès. Cette classification expose à de graves erreurs. Le médecin est souvent fort perplexe, ne sachant dans quelle catégorie il doit ranger certains décès; tel est le cas, par exemple, pour toutes les maladies générales et les maladies infectieuses. D'un autre côté, comme toutes les affections d'un même appareil sont consignées sous la même rubrique, il est impossible de savoir, par exemple, si un malade a succombé des suites de pneumonie, de pleurésie, de bronchite simple, d'emphysème ou de tuberculose des poumons. Ces quelques remarques suffisent pour démontrer que cette statistique n'est nullement scientifique et que les conclusions qu'on pourrait en déduire sont fort sujettes à caution.

Dans toute statistique des décès, la nomenclature nosologique doit être bien définie pour permettre un examen précis des causes de ces décès. Pourquoi ne pas mettre en vigueur celle que la Commission internationale de statistique a arrêtée à la session de Paris (18 et 21 août 1900) et que les représentants de presque tous les pays ont promis de faire admettre par leur gouvernement respectif?

Il serait désirable que toutes les administrations pénitentiaires adoptent cette même formule, qui permettrait de déterminer facilement la situation sanitaire des différents établissements d'un pays. De plus, on pourrait faire aisément la comparaison avec celle des autres pays, et juger de la différence qui existe entre la mortalité des prisonniers et celle de la population libre.

Si la détermination de la mortalité est importante, celle de la morbidité ne l'est pas moins. Actuellement, il nous est possible de savoir le nombre de journées passées par le ma-

lade à l'infirmier, mais il nous est fort difficile de rechercher la nature des affections qui ont nécessité ce séjour.

Ainsi dans la question de la tuberculose, la connaissance de la morbidité tuberculeuse des prisons est tout aussi nécessaire que celle de la mortalité tuberculeuse.

Si ces documents étaient bien établis pour chaque établissement, la solution du problème complexe de l'influence des différents systèmes de détention sur l'évolution de la tuberculose serait un véritable jeu.

Au dernier Congrès pénitentiaire, le Dr Strohm a préconisé un système de cartes sanitaires permettant de noter tous les renseignements nécessaires pour établir l'individualité du détenu avec ses antécédents morbides et mentaux, personnels et héréditaires. Nous nous permettons, à notre tour, d'attirer l'attention sur les avantages résultant de la mise en vigueur de cette mesure. Depuis quelque temps déjà, nous nous servons pour chaque détenu d'une fiche sanitaire où nous relatons toutes les particularités morbides observées à l'entrée et pendant la détention. Cette manière de procéder nous est d'une très grande utilité, mais les éléments que nous avons recueillis jusqu'ici ne sont pas encore suffisants pour nous permettre d'en tirer des conclusions nettes.

En généralisant ces fiches sanitaires, l'administration des prisons arriverait, au bout de peu de temps, à recueillir un ensemble d'éléments de la plus haute valeur. On ne pourra pas taxer d'impossible ni d'exagéré le désir que nous formulons; sa réalisation est fort simple et ne complique guère le service administratif. Pour chaque détenu condamné à plus de trois mois d'emprisonnement, le médecin dresserait à l'entrée une histoire clinique. Toutes les altérations morbides observées pendant le séjour dans l'établissement, ainsi que l'état physique et mental du détenu au moment de sa libération y seraient consignés. En cas de changement de prison, le dossier médical serait transmis au médecin de la nouvelle prison pour le mettre de suite au courant de la santé du nouvel arrivant. Ces fiches seraient gardées dans l'établissement d'où le condamné sortirait et serviraient annuellement à dresser la statistique de la morbidité et de la mortalité.

A notre avis, pour résoudre le problème de la tuberculose pénitentiaire, il faut déterminer :

- a) l'âge et le nombre des détenus trouvés indemnes de toute lésion tuberculeuse au moment de l'emprisonnement;
- b) l'âge et le nombre des détenus atteints : 1° d'une tuberculose larvée; 2° d'une tuberculose ouverte, au moment de l'emprisonnement;
- c) l'âge et le nombre des détenus de la série *a* devenus tuberculeux pendant leur détention, et après combien de temps;
- d) l'âge et le nombre de détenus de la série *b* dont la tuberculose s'est améliorée ou aggravée en prison, et après combien de temps;
- e) enfin l'âge et le nombre de détenus décédés à la suite de tuberculose. Ces décès doivent être déterminés pour chacune des catégories indiquées.

Ce n'est que par la connaissance exacte de ces différents points qu'on pourra juger de la gravité des risques de contamination tuberculeuse dans le milieu pénitentiaire, ainsi que de l'influence de l'emprisonnement sur l'évolution de la tuberculose. Nous espérons pouvoir résoudre cette question à bref délai.

* * *

Parlons maintenant des mesures qu'il faut employer dans la lutte contre la tuberculose pénitentiaire. Nous les classerons en deux groupes :

- a) Mesures de préservation des membres du personnel et des détenus non tuberculeux contre la contamination tuberculeuse;
- b) Mesures spéciales à appliquer aux tuberculeux.

a) **Préservation des membres du personnel et des détenus non tuberculeux contre la contamination tuberculeuse.**

Pour éviter la contagion tuberculeuse, il faut tout d'abord *détruire l'agent infectieux*, ensuite *combattre, dans la mesure du possible, les différentes causes favorisant l'infection ainsi*

que les causes prédisposantes dont nous avons parlé précédemment.

Les mesures qui nous permettent d'obtenir ce résultat consistent :

- 1° dans l'isolement des tuberculeux aussi longtemps qu'ils émettent des germes;
- 2° dans une salubrité exemplaire des locaux;
- 3° dans une hygiène corporelle irréprochable.

1. *Isolement des tuberculeux.*

Tout individu atteint d'une affection tuberculeuse des voies respiratoires ou digestives, ou porteur d'une lésion tuberculeuse ganglionnaire ou osseuse, ouverte, est dangereux pour son entourage et doit en être séparé.

Dans les établissements pénitentiaires, cette mesure doit recevoir une application rigoureuse, toutes les autres précautions étant insuffisantes si l'isolement complet n'est pas pratiqué. De plus, il est indispensable que l'isolement des tuberculeux soit précoce.

Il importe, par conséquent, que chaque détenu soit examiné minutieusement, dès son entrée, au point de vue de la tuberculose. Or, s'il est facile de reconnaître une phtisie avancée, il n'en est pas de même quand l'infection tuberculeuse est à son début. Le diagnostic précoce de la tuberculose est entouré de grandes difficultés.

Par la connaissance des antécédents pathologiques, héréditaires et personnels, par l'aspect extérieur du sujet, la conformation de la cage thoracique, par une percussion méthodique et une auscultation attentive, le médecin peut recueillir beaucoup de renseignements précieux et dépister une grande partie de phtisiques. Cependant il est des cas où ces moyens sont insuffisants. L'analyse bactériologique des crachats et l'épreuve à la tuberculine de Koch permettent d'élucider ces derniers. La recherche du bacille dans les produits d'expectoration est souvent fort longue et n'est pas toujours décisive; par contre, dans les injections de tuberculine nous possédons un moyen pour ainsi dire infailible pour dépister la tubercu-

lose. Nous nous empressons d'ajouter que cette dernière méthode de diagnostic compte encore un certain nombre d'adversaires; mais, à notre avis, quand elle est faite avec toutes les précautions requises, elle est absolument inoffensive. Elle a l'immense avantage de nous renseigner sur la présence d'une lésion tuberculeuse tout à son début et, par conséquent, en nous avertissant du danger, elle nous permet de prendre les précautions nécessaires pour l'éviter. Cette méthode permet de combattre le mal dans sa source en décelant les sujets qui doivent être isolés.

Mais vouloir rendre cette épreuve obligatoire pour chaque détenu, comme le demandent certains auteurs, nous semble cependant exagéré. Nous sommes d'avis que le médecin doit être autorisé à y recourir toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un entrant suspect, et que l'examen clinique et l'analyse bactériologique des crachats ne permettent pas de faire un diagnostic certain.

2. *Salubrité des locaux.*

« La salubrité des locaux, dit Brouardel, a une importance capitale dans la lutte contre la tuberculose; elle y joue un double rôle: indirect, en ce qu'elle est étroitement liée à la santé générale des individus et à leur résistance aux infections; direct, en ce qu'elle évite plus sûrement que toutes les autres conditions extrinsèques la contamination bacillaire. »

Il faut veiller à faire régner constamment dans les prisons un air pur et favoriser l'accès de ce dernier par un bon système de ventilation.

Le degré de développement des maladies infectieuses en général et de la tuberculose en particulier est d'autant moindre que la propreté est plus grande.

Toutes les industries donnant lieu à la production de poussières doivent être défendues. L'enlèvement des poussières est très important. Le balayage à sec, pratiqué toujours dans des conditions déplorables, constitue un errement antihygiénique et doit être proscrit. Il soulève les poussières, les déplace, mais ne les enlève nullement. Il est préférable de recourir au ba-

layage humide, à la serpillière, là où il peut être pratiqué, c'est-à-dire là où il y a un revêtement céramique. La récolte des poussières sur le mobilier, les rampes d'escalier, doit se faire au moyen d'un torchon mouillé, ou ce qui est préférable, au torchon légèrement enduit de graisse ou de vaseline antiseptique. L'essuyage pratiqué avec des torchons vaselinés laisse une trace onctueuse à peine perceptible, mais suffisante pour fixer les poussières en suspension dans l'air et empêcher leur déplacement.

Le plancher doit être lavé tous les jours à l'eau simple. Dans les prisons à régime commun, les dortoirs, les réfectoires et les ateliers, ainsi que les cellules, doivent avoir un plancher imperméable pour permettre le lavage fréquent. A ce point de vue, les parquets en briquettes, en carrelage ou en ciment méritent la préférence. Les parquets de bois vernis favorisent l'accumulation des poussières entre les joints et sont difficiles à désinfecter. Le docteur Vallin conseille l'usage de la sciure phéniquée dans ce dernier cas pour essuyer le parquet. Celle-ci fixe les poussières virulentes et est brûlée après le nettoyage.

Les préaux doivent être tenus dans une grande propreté; il est à recommander de paver les allées pour faciliter leur lavage quotidien.

L'emballage du linge sale ne se fait pas toujours dans d'excellentes conditions hygiéniques. Le détenu doit mettre lui-même son linge dans des sacs spéciaux en prenant soin de ne pas en chasser les poussières; ces sacs doivent être étroitement fermés pour empêcher la dissémination des poussières dans les corridors.

Le linge provenant des détenus malades doit être recueilli séparément, de préférence dans des tinettes métalliques pour permettre le transport sans danger.

L'installation de crachoirs hygiéniques est indispensable et leur usage doit être rendu obligatoire.

Chaque cellule doit en être pourvue; dans tous les corridors, les préaux, les lieux de réunion (dortoirs, réfectoires, ateliers), les crachoirs doivent se trouver en quantité suffisante et placés en évidence. On les remplira d'eau simple ou d'une

solution antiseptique; leur contenu sera versé journellement dans les cabinets d'aisance. Les crachoirs seront désinfectés tous les jours à la vapeur, ou soumis à l'ébullition dans une solution de sel de soude.

Des écriteaux renseignant la défense de cracher par terre et portant d'autres devises hygiéniques doivent être installés aux endroits fréquentés par les détenus. Dans les ateliers et les cellules on doit afficher des pancartes renseignant les principaux dangers qui résultent de la dissémination des crachats. Toutes ces dispositions doivent être réglementées et toute contravention sévèrement punie.

La désinfection mérite d'attirer un moment notre attention.

Le simple grattage des murs étant dangereux pour les personnes qui le pratiquent, il est préférable de désinfecter les murs des prisons par des badigeonnages au lait de chaux, partout où ils peuvent être pratiqués. Les parois des cellules doivent être désinfectées périodiquement par des pulvérisations au sublimé.

La cellule, exposée aux souillures de tout genre, doit être d'une propreté minutieuse. Tout détenu doit avoir, à son entrée, une cellule complètement assainie et désinfectée, et son troussseau doit être aseptique.

Chaque établissement pénitentiaire doit être pourvu d'un ou de plusieurs appareils de désinfection.

Les vêtements, les literies seront désinfectés à l'étuve à vapeur avant d'être envoyés au lavage.

Cette mesure doit être appliquée non seulement au linge provenant des détenus malades, mais même des sujets sains. L'installation de laveuses-désinfecteuses est fort recommandable.

Tous les objets ayant été en contact avec des tuberculeux seront soumis à une désinfection rigoureuse avant d'être remis en circulation.

La question de la désinfection des livres est plus complexe. D'après les expériences de certains hygiénistes, les procédés qui donnent les meilleurs résultats sont les vapeurs de formaldéhyde et surtout le passage à l'étuve. Ce dernier mérite

la préférence, comme étant d'un maniement plus facile et d'un résultat plus certain, à condition de ne soumettre que des livres brochés à cette opération, à l'exclusion des livres cartonnés ou reliés, qui seraient abîmés. Pour ces derniers, le seul procédé utilisable est la désinfection gazeuse par l'aldéhyde formique.

Dans chaque établissement, l'asepsie du milieu devrait incomber à des agents spéciaux, des agents désinfecteurs. Ceux-ci devraient posséder les qualités requises et les connaissances nécessaires pour bien exercer leur profession.

3. *Hygiène individuelle.*

On veillera surtout à faire observer par le détenu la plus grande propreté, aussi bien du corps que des objets qui l'entourent. Comme un grand nombre d'entre eux n'ont souvent que des notions rudimentaires d'hygiène corporelle, il est nécessaire de faire leur éducation sous ce rapport.

Les bains généraux seront très fréquents.

Par suite du régime pénitentiaire même, le détenu offre une plus forte prédisposition à l'invasion du germe tuberculeux. Il faut s'efforcer de combattre celle-ci dans la mesure du possible. La gymnastique respiratoire est indispensable; le détenu doit exécuter de temps en temps des mouvements destinés à activer le jeu de la cage thoracique (courses au préau, inspirations profondes, gymnastique des bras, travaux appropriés).

La question de l'alimentation a une très grande importance. Le régime alimentaire actuellement en vigueur dans presque tous les pays mérite beaucoup de reproches. Il entraîne facilement des dyspepsies, suivies bientôt d'anémie profonde avec perte de forces. Nous estimons qu'en ce qui concerne l'alimentation des détenus il y a beaucoup de progrès à réaliser.

C'est principalement au détenu tuberculeux qu'il faut inculquer des notions d'hygiène. On sait qu'il ne prend généralement aucune précaution pour préserver son entourage de la contamination bacillaire. Il souille de salive et de crachats tous les objets qu'il manipule; ses vêtements, sa literie et le mobi-

lier sont imprégnés de produits morbides desséchés et constituent un grand danger. On lui défendra de répandre autour de lui le germe tuberculeux, l'utilisation du crachoir sera rendue obligatoire. Si la maladie est fort avancée et que l'expectoration est très abondante, le crachoir de poche est même indispensable. On fera connaître à ces malades les grands avantages qui résultent pour eux et leur entourage de la mise en application des principes d'ordre et de propreté.

b) **Mesures spéciales à appliquer aux détenus tuberculeux.**

Tous les hygiénistes, d'un commun accord, proclament la nécessité de séparer les phtisiques des personnes bien portantes; cette séparation doit être aussi complète que possible.

L'isolement constitue donc la mesure la plus rationnelle à opposer à la propagation de la tuberculose. Cette formule doit être appliquée aussi bien dans les établissements pénitentiaires que partout ailleurs.

Reste à déterminer comment cet isolement doit être réalisé. Convient-il d'envoyer les tuberculeux dans une prison spéciale, de les parquer tous ensemble, en un mot de créer des *prisons exclusivement réservées aux tuberculeux*? Cet isolement dit collectif, qui a été recommandé par quelques phtisiologues pour la clientèle hospitalière, et dont, à Paris notamment, on avait essayé l'application dans les hôpitaux, s'est montré non seulement inefficace mais dangereux. Il ne constitue nullement une mesure hygiénique, et c'est avec raison qu'il a été aboli. L'isolement collectif donnant des résultats déplorables dans la clientèle hospitalière, serait aussi préjudiciable dans la population pénitentiaire. La prison spéciale pour détenus tuberculeux est donc à notre avis une véritable utopie.

La seule méthode vraiment efficace d'enrayer la contagion tuberculeuse, c'est l'isolement individuel.

Le système cellulaire réalise, à ce point de vue spécial, tous les desiderata.

Au dernier Congrès pénitentiaire, l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé physique et morale des détenus a fait l'objet de discussions fort intéressantes. De l'avis de

la majorité des rapporteurs, « l'incarcération individuelle est très bien supportée et n'a pas plus d'effet défavorable que tout autre mode d'emprisonnement ». En se plaçant uniquement au point de vue de la tuberculose, le régime cellulaire constitue la seule formule vraiment scientifique et pratique de la prophylaxie pénitentiaire.

Le système cellulaire permet de préserver de la contamination le détenu sain; il empêche les malades de se contaminer entre eux. De plus, en localisant les foyers d'infection, on peut plus facilement les combattre et neutraliser leur danger. Enfin, il facilite le traitement médical. La cellule joue donc un grand rôle social dans la lutte antituberculeuse en réduisant et en supprimant même les risques d'infection.

En théorie, la cellule semble réaliser l'idéal hygiénique; mais, en pratique, donne-t-elle les résultats qu'on en attend?

On a reproché à la cellule de favoriser tout spécialement le développement de la scrofule et d'activer la marche de la phtisie. Tel n'est pas notre avis.

La scrofule est, comme nous le savons, une forme clinique spéciale de la tuberculose, dans laquelle l'infection porte primitivement sur les ganglions lymphatiques.

Le développement de cette affection est favorisé par une mauvaise hygiène, le manque d'air et d'exercice, une alimentation défectueuse, en un mot par toutes les causes entraînant une débilitation marquée de l'organisme. Nous avons pu nous rendre compte que la grande majorité des détenus qui gagnait ces adénites caractéristiques, avait déjà présenté ces mêmes altérations pendant leur jeunesse ou avait une hérédité tuberculeuse manifeste.

Nous devons considérer l'apparition de ces phénomènes morbides comme une simple rechute, d'autant plus qu'ils se manifestent généralement dans les premiers temps de la détention. Ce n'est pas le régime cellulaire qui en est l'unique cause, mais c'est le régime pénitentiaire même.

Loïn d'être homicide, comme on l'a prétendu, la cellule, au contraire, peut exercer une heureuse influence sur la marche de la phtisie. Pour arriver à ce résultat, la cellule du tuberculeux doit être vaste, spacieuse; elle doit avoir un cubage

d'air de 40 m³ au moins; elle doit, de plus, être bien aérée, bien éclairée, et une propreté minutieuse doit y régner constamment.

Dans chaque prison cellulaire, on doit réserver aux phtisiques un nombre suffisant de cellules réunissant toutes ces conditions. Ces cellules doivent être souvent désinfectées pendant le séjour des malades; après le départ des tuberculeux, elles doivent subir une désinfection et un nettoyage énergiques avant d'être occupées à nouveau.

Ajoutons qu'un certain nombre de préaux doit être uniquement réservé aux détenus tuberculeux.

Quant aux autres systèmes d'emprisonnement, puisqu'ils ne permettent pas de réaliser un isolement radical des phtisiques, ils ont une valeur de beaucoup inférieure au système cellulaire, au moins quand on envisage la question de la prophylaxie de la tuberculose.

Non seulement le détenu tuberculeux doit être isolé, mais il faut aussi qu'il soit *soigné*.

Les détenus chez qui le médecin trouve une lésion tuberculeuse grave, doivent être placés, dès leur entrée, à l'infirmerie de l'établissement et recevoir tous les soins que réclame leur état.

Quant aux tuberculeux présentant une affection débutante ou peu avancée, ils seront mis directement dans les cellules qui leur sont réservées. Nous savons que le tuberculeux traité rationnellement dans les premiers temps de sa maladie est parfaitement curable.

Mais si le régime pénitentiaire est appliqué à ces individus dans son intégrité, la maladie fera des progrès rapides, et le détenu à sa libération se trouvera incapable de subvenir à son existence.

La société a donc tout avantage à les soigner et à leur procurer tout ce qui peut aider à rétablir même temporairement leur capacité de travailler.

Outre le traitement médicamenteux que le médecin juge utile de leur appliquer, il est nécessaire de donner à ces tuberculeux, sinon continuellement, du moins pendant des périodes assez longues, une alimentation plus reconfortante et plus va-

riée que ne le comporte le régime ordinaire de la prison. Le lait doit être la base de la nourriture et administré à raison d'un litre et demi à deux litres par jour. L'hygiène corporelle de cette classe de détenus mérite une surveillance toute particulière. Les exercices physiques, la gymnastique leur sont indispensables. Les promenades au préau doivent être assez longues et souvent répétées. Il convient aussi de leur choisir une occupation qui nécessite une certaine dépense de forces physiques, mais qui soit en même temps inoffensive et ne donne pas lieu à la formation de poussières. Le produit de leur travail manuel doit être désinfecté, surtout s'il favorise le transport des germes au dehors. La meilleure occupation pour ces détenus, c'est le jardinage; viennent ensuite la vannerie, la fabrication des filets, des nattes, etc.

En isolant le tuberculeux, en le forçant à vivre d'une manière hygiénique, en le soumettant à un traitement antituberculeux rationnel, on arrive aisément à améliorer son état général, et on obtient fréquemment « des cures économiques ».

CONCLUSIONS.

Nous croyons pouvoir résumer comme suit les moyens qu'il est nécessaire d'employer pour la lutte antituberculeuse dans les établissements pénitentiaires.

I. Comme mesures prophylactiques, il faut :

- 1° veiller à l'asepsie rigoureuse: *a)* du milieu, *b)* du détenu et *c)* des objets destinés au détenu;
- 2° faire placer des écriteaux défendant de cracher sur le sol et des crachoirs en quantité suffisante dans tous les endroits fréquentés par les détenus;
- 3° isoler non seulement les détenus présentant une tuberculose ouverte, mais aussi tous ceux qui sont porteurs d'une tuberculose larvée ou latente.

Le régime cellulaire permettant seul de réaliser l'isolement individuel doit mériter la préférence.

II. Le détenu tuberculeux doit recevoir tous les soins que nécessite son état.

III. Enfin, il serait désirable que des statistiques scientifiques de morbidité et de mortalité soient dressées annuellement pour chaque établissement pénitentiaire dans les différents pays d'après une formule uniforme.

1^{er} septembre 1904.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. LADISLAS DE URAY,
directeur de la maison royale de force de Nagy-Enyed.

I.

La tuberculose est, en général, la maladie des pauvres, puisque, d'après les données de M. Körösy, elle fait deux fois plus de victimes dans leurs rangs que dans ceux des plus fortunés. Et bien qu'elle ait un caractère d'exterminatrice de populations en général, elle n'en est pas moins un fléau spécial s'attaquant aux industriels en particulier, attendu que c'est parmi eux surtout qu'elle ravage avec le plus de violence et abat le plus de victimes. Le genre de travail industriel signifie donc ici une prédisposition à la maladie.

Bien qu'en apparence ces colonnes ne semblent pas être destinées à une démonstration ayant pour but d'établir la mesure dans laquelle la tuberculose sévit dans les rangs des tra-

vailleurs de l'industrie en général, il est indispensable de lui consacrer ici une courte étude et cela au titre de maladie ayant un caractère industriel; et je saurais m'en passer d'autant moins que c'est là le seul titre me permettant d'établir jusqu'à quel point l'apparition et le développement de la tuberculose, sévissant dans nos divers établissements pénitentiaires, doit être imputée aux travaux industriels exécutés dans ces établissements.

M. le Dr Jean Bartha, médecin principal de la ville de Kolozsvár, a dressé un état de tous ceux qui, dans une période de 20 ans, sont décédés à Kolozsvár à la suite de la tuberculose. Il a constaté que, sur le total des individus morts victimes de cette maladie, les ouvriers industriels livraient un contingent de 44 %, c'est-à-dire presque la moitié de tous ceux qui sont morts de la tuberculose.

D'après Körösy, les décès imputables à la tuberculose sévissant à Budapest étaient, de 1874 à 1875, de 46.2 % parmi les menuisiers morts, de 43.9 % parmi les cordonniers décédés, et de 41.2 % parmi les forgerons défunts.

On sait que dans la Prusse orientale, dont la population s'occupe d'agriculture surtout, le nombre des cas de mort imputables à la tuberculose n'est que de 1.3 % sur le total des décès, tandis que dans les villes industrielles du Bas-Rhin ce chiffre s'élève à 6.5 %. En d'autres termes, cela veut dire que, tandis que dans la première des deux susdites provinces les cas de décès dus à la tuberculose ne s'élèvent qu'à 13 ou 14 individus sur 10,000 habitants, ce chiffre monte à 65 par an et par 10,000 habitants dans la dernière des deux contrées susmentionnées.

Dans l'« Allgemeine Krankenkasse » (société de secours mutuels en cas de maladie) de Vienne, 54.7 % des décès sont imputables à la tuberculose; et ce chiffre s'élève à 62.1 % pour les membres de la « Genossenschaftskasse » (caisse de corporation) qui recrute ses adhérents dans les cercles des petits industriels.

La tuberculose est la principale cause de mortalité dans la population de Vienne, dont un quart tombe victime de cette maladie; mais parmi la population industrielle la proportion s'élève à un tiers de la totalité des cas de mort.

Le rapport annuel de la « Verband der Genossenschaftskasse » (Union de la caisse de secours des corporations), qui comptait, en 1896, un total de 105,263 membres se recrutant parmi les petits industriels, établit que les deux tiers des décès étaient imputables à la tuberculose.

Je me fais un devoir de déclarer ici que la tuberculose est une maladie pénitentiaire par excellence, et cela à cause des travaux industriels qu'on y fait exécuter. Cette affirmation est corroborée par les données officielles recueillies dans tous les établissements de détention de la Hongrie. Et si cette triste vérité nous laisse quelque consolation, nous la trouvons dans cette certitude qu'il est des Etats où la mortalité des prisons, due à la tuberculose, est bien plus grande encore.

L'état ci-après établit la mortalité dans les établissements pénitentiaires de la Hongrie, de 1894 à 1903.

Nom de l'établissement de détention.	Effectif quotidien moyen durant 10 ans.	Décédés en 10 ans.	Chiffre proportionnel de mortalité.	Cas de mort attribuables à la tuberculose en 10 ans.
Budapest	775	115	20.6	69
Sopron	619	146	24.2	44
Nagy-Enyed	667	139	20.9	100*
Maria-Nostra	439	139	31.9	83
Lipótvar	766	252	32.6	186
Vác	897	359	40.1	194
Szamos-Ujvár	438	187	43.3	82
Illava	420	390	92.8	217
Szeged	485	80	16.5	33
Totaux	5506	1807	.	1008

* Des 100 cas de décès survenus à Nagy-Enyed et imputables à la tuberculose, 57 portaient sur la phthisie pulmonaire; les autres sur la tuberculose ganglionnaire, intestinale, cérébrale et ossale.

Sur un effectif quotidien de 5506 détenus, il y eut donc 1807 cas de décès en 10 ans; sur ce total, 1008 étaient impu-

tables à la tuberculose, c'est-à-dire 56 %. *Il en résulte que sur deux individus morts, il y eut plus d'un qui succomba à la tuberculose.* Par contre, les cas de décès dus à la tuberculose ne se chiffrent qu'à 14.05 % sur le total de la mortalité constatée en Hongrie; il en résulte donc qu'il y a lieu d'attribuer à la tuberculose un peu plus que chaque septième mort.

Dans les maisons de force, les cas de décès étaient de 35.8 % pendant les années de 1894 à 1903; par contre, la mortalité dans toute la population de la Hongrie était de 32 % durant ces mêmes dix années.

Cette différence ne paraît pas énorme en apparence. Mais si l'on se donne la peine d'examiner la chose « in medias res », la mortalité des établissements pénitentiaires semblera extraordinairement grande, attendu qu'il y a lieu de considérer ici une circonstance qui ne laisse pas d'avoir son importance capitale: c'est qu'il n'y a pas, dans les prisons, de mortalité infantile, et que, d'après les données du bureau général de statistique, la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans constitue 48 à 50 % de la totalité des cas de décès de la population.

Dès lors, si l'on tient compte de cette mortalité infantile, et si l'on sait, en outre, que dans la vie libre elle constitue environ 50 % du chiffre moyen de la mortalité en général; que, d'autre part, la mortalité des établissements pénitentiaires devrait, en raison même des aménagements hygiéniques réalisés en tous sens et sur toute la ligne, être bien au-dessous de 32 %, c'est-à-dire atteindre 16 à 18 % au plus, en ne perdant de vue aucune éventualité, on conviendra que la moyenne énoncée ci-dessus ne laisse pas d'être effrayante.

En Hongrie, on ne s'est pas encore inquiété d'établir le nombre des détenus décédés, pas plus que le pourcent des cas attribuables à la tuberculose sur le total des décès survenus durant une période plus longue que dix ans.

En prenant pour base un calcul approximatif, l'on peut dire que dans un pays il y a sept fois plus d'individus souffrant de la tuberculose qu'il n'en meurt par suite de cette maladie dans l'espace d'un an. Dès lors, et en calculant sur la base d'une mortalité de dix ans, l'on peut affirmer qu'il y

a annuellement 100 individus qui meurent de tuberculose dans nos établissements pénitentiaires, et qu'il y a donc dans ces établissements un total de 700 tuberculeux, constituant 13 % de l'effectif général quotidien et moyen retenu en permanence.

Ayant constaté, à l'aide de mes données recueillies officiellement, qu'un très grand nombre de détenus, plus d'un sur deux!... meurent dans nos pénitenciers par suite de tuberculose, il faut bien que je pose nettement ma question: Quelle peut en être la cause ou plutôt quelles sont les causes véritables de cette horrible maladie?

Dans un de ses discours, prononcé dans une séance de la Chambre des Magnats, M. le professeur Frédéric Korányi a déclaré du haut de la tribune que nos prisons étaient de véritables serres-chaudes de la tuberculose!...

Et le fait est qu'en réalité il en est ainsi... Mais quelle en est donc la cause? N'avons-nous pas, durant les quatre derniers lustres, dépensé des millions afin d'aménager des prisons et pénitenciers modernes?...

Dans nos maisons centrales de force nous avons 2660 cellules dans lesquelles nous isolons les forçats afin de les préserver de la contagion aussi bien morale que physique... N'avons-nous pas, les premiers au monde, introduit dans nos prisons et pénitenciers l'éclairage électrique, aussi bien dans les cellules que dans les dortoirs et salles, afin de ne pas en vicier l'air, puisque tout autre mode d'éclairage en altère la pureté? Chaque établissement n'est-il pas doté d'un excellent médecin, d'une pharmacie et d'un hôpital aménagés conformément aux dernières exigences de l'hygiène et de la science?... Au surplus, nous avons amélioré l'alimentation en 1890; nous avons tellement modernisé nos établissements de détention qu'en quittant sa misérable et insalubre chaumière ou cabane villageoise, le paysan entre dans un véritable palais, où il reçoit régulièrement ses trois repas par jour, où il se baigne et se promène... Bref! nous vivons sous le signe de l'humanité exercée à outrance!...

Et pourtant, cette masse infortunée d'hommes se voit constamment en butte aux horribles ravages des scrofules et de

la tuberculose. Et ces maux ravagent leurs rangs, comme le dit M. le professeur Korányi, parce que « toute influence qui exerce une action destructive sur l'organisme et qui l'affaiblit peut faire naître la disposition pour la maladie... »

Sont de ce nombre : le séjour dans un lieu fermé où les individus sont entassés; une nourriture trop uniforme et insuffisante; l'onanie; quelquefois les remords, conséquence du crime commis; l'anxiété d'avoir entraîné la famille dans le malheur; le passage du détenu d'une vie accoutumée à une autre, entourée de circonstances toutes différentes; journaliers ou cultivateurs (ces deux catégories fournissent 80 % de nos détenus), ces hommes ont passé la plus grande partie du jour en plein air — sous le ciel libre du bon Dieu, comme ils disent — et les voilà brusquement interné entre des murs hermétiquement clos : au pénitencier.

Sous le rapport du changement brusque des conditions de la vie, ces hommes se trouvent identiquement dans la situation où se voit condamné un arbre déjà développé, arraché à son sol et transporté dans un autre qui lui est complètement étranger. A ceci il faut encore ajouter une autre circonstance des plus importantes, que j'aurais dû mentionner en premier lieu et que beaucoup de gens, cependant, considèrent comme une question négligeable : je veux dire l'occupation industrielle qui est très souvent appliquée mal à propos, et qui, en conséquence, exerce un effet destructif sur l'organisme du détenu.

Comment? diront les sceptiques; le travail, cet agent de l'ennoblissement de l'âme, ce facteur si important de la distraction, de l'enjouement de l'esprit, affaiblirait les forces et entamerait l'organisme du détenu?

Il en est cependant ainsi, nonobstant l'apparente contradiction qui semble en résulter.

J'ai établi dans la première partie de ma dissertation, et en m'appuyant sur des preuves indubitables fournies par les données de la statistique, que même dans la vie libre la tuberculose a causé le plus grand nombre de décès dans les rangs sociaux qui s'occupent de travaux industriels. Quant aux pénitenciers, la chose prend un caractère de gravité bien plus

important encore, attendu que là la tuberculose est pour 56 % dans la totalité des causes de mort. Et puisque les travaux industriels provoquent une si énorme mortalité, s'ensuit-il qu'il y ait lieu de les condamner dans les établissements de détention? Nullement... J'estime, au contraire, que dans les pénitenciers sévères les travaux industriels sont à maintenir à l'avenir comme par le passé, à titre de travaux forcés, attendu que la peine de réclusion ne conservera son caractère intensif que tant que le condamné exercera un métier industriel dans les murs de la maison de force.

L'élément de destruction par excellence, le feu même, peut être traité de sorte à ce qu'il devienne la source d'innombrables bienfaits.

Par suite de l'amélioration constante des conditions d'hygiène publique, la mortalité due à la tuberculose et sévissant dans les rangs des couteliers et ouvriers de manufacture de l'Angleterre, a été réduite presque de moitié de ce qu'elle était auparavant.

Dans les maisons de force, cette lutte contre la tuberculose peut donner de meilleurs résultats encore. L'Etat ne peut, après tout, s'immiscer aussi efficacement dans les affaires privées et conditions de vivre des millions de ses sujets, leur grande masse y étant un obstacle — comme il lui est facile à le faire lorsqu'il ne s'agit que de ses prisonniers ou forçats. Leur crime lui donnant le droit de les arracher à leurs conditions de vivre et à leurs circonstances particulières, il lui est facile de leur imposer tel mode d'existence qui, sous le rapport de la discipline et de l'hygiène, lui semblera le plus propre à répondre à un point de vue plus éthique. Mais, s'il jouit pleinement de ce droit, il lui incombe aussi le devoir de veiller au bien physique de ces hommes! Il est loin, ce temps barbare et inhumain où l'individu condamné à une peine privative de la liberté était en même temps condamné à la mort par suite du traitement auquel il était soumis. Enfermé dans des casemates malsaines, ne recevant qu'une nourriture tout à fait mauvaise et insuffisante, roué de coups et maltraité de toutes sortes de tortures morales et physiques, il fallait bien qu'il y succombât tôt ou tard.

Au surplus, il y va aussi bien de l'intérêt de l'Etat que de la société elle-même, que les détenus lui soient rendus sains et saufs et capables de travailler. Dans le cas contraire, ils sortent des prisons incapables d'entreprendre aucun travail et deviennent une charge pour la société qui doit prendre soin d'eux. D'autre part, il importe qu'en quittant les établissements de détention ils ne deviennent pas des agents propagateurs de la tuberculose.

Afin d'établir jusqu'à quel point de sages et circonspectes mesures et dispositions ont amélioré les conditions pénitentiaires durant les cinq derniers lustres et diminué la mortalité dans les maisons de force, qu'il me soit permis d'y consacrer quelques mots d'autant plus autorisés que cela rentre parfaitement dans le cadre qui a été tracé à la question; qu'ils sont appelés en même temps à désigner la voie conduisant sûrement au but et permettant, si l'on ne s'en écarte, de porter remède à la situation et à la misère, pour ne pas dire plus, de cette masse d'hommes malheureux et voués à la mort.

En 1872, la totalité des établissements de détention ne disposait que de 55 cellules; les pénitenciers mêmes avaient été créés en transformant d'anciennes forteresses et de vieux couvents; l'alimentation avait été confiée à des entrepreneurs qui s'en étaient rendus adjudicataires, tandis qu'on n'avait pris aucun soin spécial en vue d'assurer la santé physique ou morale des détenus au travail. Durant cette année, la mortalité proportionnelle était de 72‰.

L'alimentation en régie ayant été commencée en janvier 1874, la moyenne de la mortalité descendit, dans le courant de cette même année, à 58‰. Aucune réforme pénitentiaire importante n'ayant été effectuée durant les quinze années qui suivirent, cette moyenne de la mortalité resta à peu près la même et les variations en plus ou moins étaient sans grande conséquence.

En 1890 fut mis en vigueur le nouveau menu dont la composition avait été faite en observant les lois de la physiologie. La conséquence immédiate en fut une nouvelle décroissance de la mortalité due à une meilleure alimentation.

Le tableau ci-après en fait foi :

Années.	Chiffre proportionnel des cas de décès.	Années.	Chiffre proportionnel des cas de décès.
En 1890 . . .	47	En 1897 . . .	35
» 1891 . . .	45	» 1898 . . .	30
» 1892 . . .	46	» 1899 . . .	30
» 1893 . . .	45	» 1900 . . .	34
» 1894 . . .	42	» 1901 . . .	25
» 1895 . . .	50	» 1902 . . .	27
» 1896 . . .	43		

En 1894, le nombre des cellules est déjà de 1828, et l'ancien régime peu humain ayant définitivement vécu, l'effet s'en fait ressentir dans le nombre des cas de décès, qui n'ont pas tardé à diminuer très sensiblement.

En ce qui concerne la diminution très importante des cas de décès proportionnels qu'accuse l'année 1898, il y a lieu de mentionner tout spécialement la circonstance qui en était la cause. Dans le courant de cette année, le ministère de la justice ordonna que tous les détenus atteints de tuberculose constatée par le médecin, fussent isolés des condamnés indemnes; en même temps, il prescrivit de ne pas les employer à des travaux qui pourraient éventuellement aggraver leur maladie; au surplus, les autorités pénitentiaires reçurent des instructions qui leur prescrivaient de toujours tenir compte de l'avis médical lors du renvoi à une occupation quelconque du forçat.

Cette circulaire ministérielle, puissamment secondée par le nombre toujours croissant des cellules, dont le chiffre atteignit 2660 en 1901, fit que la mortalité proportionnelle descendit à 25 dans le courant de ladite année. De sorte que les réformes introduites dans le régime pénitentiaire en un court laps de temps de 30 ans: amélioration du régime alimentaire, importantes constructions d'établissements de détention, traitement plus conforme aux principes humanitaires, isolement des détenus

nus tuberculeux d'avec leurs co-détenus indemnes et, enfin, mesures préventives observées lors du renvoi des condamnés dans un atelier ou à une occupation quelconque, le chiffre proportionnel de la mortalité descendit brusquement à 25 de 72 qu'il était auparavant, c'est-à-dire tomba de presque deux tiers à la fois.

II.

Cependant la lutte contre la tuberculose dispose encore d'innombrables autres mesures préventives qui pourront être efficacement appliquées, et qui, souvent, paraissent insignifiantes en elles-mêmes.

C'est ainsi que certains directeurs de pénitenciers, ayant constaté que les scrofules et la tuberculose causaient d'effroyables ravages dans les forces physiques et la santé des détenus ont, de leur propre initiative, introduit dans le régime alimentaire de leur établissement des modifications hygiéniques conformes aux lois de la physiologie, et ont, par ce moyen-là, provoqué une très sensible décroissance de la mortalité. Après tout, n'est-ce pas là le principal but que l'on doit chercher à atteindre?

Le D^r Ladislas Buben, médecin du pénitencier de Maria-Nostra, a obtenu de très significatifs résultats par l'application des ventilateurs dans les ateliers et salles de l'établissement. En voici la démonstration:

I^{re} Période, antérieure à 1885 :

L'établissement regorgeant de monde et les appareils ventilateurs faisant défaut, la mortalité atteignit : 82.4.

II^e Période, allant de 1886 à 1896 :

Par suite de l'application des appareils ventilateurs inventés par lui, le chiffre proportionnel de la mortalité était descendu à 47.9.

III^e Période, à compter de l'an 1897 :

Création de nouvelles cellules; édification d'un nouvel hôpital, c'est-à-dire disparition de l'agglomération avec emploi

des appareils de ventilation; le chiffre proportionnel de la mortalité descend à 30.7.

Voici la description de cet appareil de ventilation si pratique employé par le docteur:

Comme on ne pouvait avoir recours à la force motrice chassant l'air pur du dehors dans les pièces, ni appliquer un système de ventilation à chauffage central à cause des énormes frais que causent ces installations de ventilateurs perfectionnés, il fut obligé de s'en tenir à la méthode la plus simple, c'est-à-dire changer ou plutôt mélanger l'air corrompu et vicié des locaux en faisant appel aux forces naturelles qu'il avait sous la main. A cet effet, il se sert de la différence de température qui existe entre l'atmosphère intérieure et l'atmosphère extérieure, auquel cas la force de pression du vent est employée comme agent aspirateur de l'air extérieur. Le second moyen de ventilation est basé de même sur la différence calorique des deux atmosphères et sur le courant d'air produit par la densité atmosphérique des lieux situés à des hauteurs différentes; dans ce cas, le courant d'air sert d'agent aspirateur de l'atmosphère viciée de l'intérieur du local.

Afin d'amener l'air extérieur dans la pièce, on se sert de tubes Tobin en fer-blanc affectant la forme d'une pipe. L'orifice du bras inférieur, qui est plus court et qui a la forme d'une pipe, donne sur l'extérieur en passant à travers le mur tout près du plancher de la pièce, tandis que l'autre bras, de beaucoup plus long que le premier, est fixé verticalement contre la paroi intérieure du mur, qu'il remonte jusqu'aux deux tiers de sa hauteur, se terminant là en une légère courbe tournée vers l'intérieur de la salle. Il est muni d'une petite porte permettant de fermer l'appareil à volonté ou de l'ouvrir. Cet appareil de tube est destiné à amener l'air extérieur dans la pièce.

L'appareil qui est appelé à servir à l'expulsion de l'air intérieur, se compose de constructions carrées en planches assemblées et est nommé canal d'évacuation. Il prend naissance au plancher de la salle, passe par le plafond et, affectant la forme et l'emploi d'une cheminée, surmonte le toit du bâtiment. Il est muni de deux ouvertures que l'on ouvre ou ferme à volonté à l'aide de vasisas adaptés contre l'appareil

et tournant sur charnières. L'une des deux ouvertures est pratiquée près du plancher, l'autre contre le plafond de la pièce. Pendant le séjour des détenus dans la salle, et durant la saison froide, c'est l'ouverture inférieure qui est ouverte, tandis que la fenêtre supérieure sert à une aération plus intensive et reste ouverte pendant toute la saison des chaleurs.

Comme les populations industrielles souffrent de la tuberculose, surtout parce qu'elles exercent leurs métiers dans des locaux clos et saturés d'air corrompu, il est hors de doute que l'air enfermé et vicié signifie un danger plus grave et plus imminent encore pour les détenus.

* * *

Au pénitencier de Nagy-Enyed, confié à ma direction, la séparation des détenus atteints de tuberculose d'avec les autres a été faite il y a plus de dix ans et bien avant encore que ne l'eût ordonné la susdite circulaire du ministère de la justice. On ne les employait plus aux genres de travaux qui pouvaient favoriser le développement de leur maladie. Dès que l'examen médical établissait l'existence de la tuberculose sur un détenu, il était immédiatement désigné pour une autre occupation plus conforme à son organisme et moins lourde ou difficile, et la santé altérée de l'individu s'y améliorait plus ou moins complètement.

Les ateliers et salles communes furent pourvus d'appareils de ventilation, et comme, en vertu du régime alimentaire actuellement en vigueur, les détenus ne reçoivent pas les 118 grammes d'albumine nécessaires durant les quatre jours de retranchement de viande par semaine, chaque individu reçoit le matin deux centilitres et demi (les malades trois et demi) de lait en lieu et place de la soupe à l'anis. Dans aucun des autres pénitenciers de notre pays les détenus ne reçoivent cet aliment tous les jours.

Toutes ces mesures préventives, prises dans leur ensemble, ont donné le résultat suivant: tandis que le chiffre proportionnel de la mortalité de tous les pénitenciers du pays est de 35.8 pour une période de 10 ans, il n'est que de 20.9 chez nous durant cette même période de 10 ans. Bien plus: si l'on

prend pour base la mortalité des 5 dernières années, la moyenne n'est plus que de 17. L'année passée elle n'a même été que de 12, puisque durant cette année de 1903 nous n'avons eu que 8 cas de mort sur un effectif quotidien moyen de 659 détenus.

III.

Dans l'exposé de cette si importante question mise à l'ordre du jour du Congrès, il est dit entre autres choses: « Il importerait de pouvoir faire la comparaison, à cet égard, entre les établissements à régime commun et les établissements dans lesquels sont appliqués les divers systèmes d'emprisonnement individuel. »

C'est ici que je me propose de traiter ce côté de la question:

Les établissements de détention, comme toutes les agglomérations d'hommes confinés, facilitent et favorisent le développement de la tuberculose pulmonaire. En conséquence, il est au-dessus de tout doute, et ce serait puéril que de vouloir le prouver, que l'isolement joue un rôle extraordinairement important dans la question de la tuberculose pulmonaire considérée comme maladie contagieuse.

Or, si l'on confine les détenus en cellule et si, au surplus, l'on tient compte d'une autre circonstance d'importance capitale, c'est-à-dire que la tuberculose a une phase dite latente, que l'examen médical n'a pu encore constater chez le malade contaminé, mais qui, néanmoins, est déjà arrivée au point de pouvoir contaminer d'autres individus, il est évident que les détenus en cellule ne sont pas exposés au même degré à la contagion imputable à leurs codétenus atteints déjà de tuberculose pulmonaire, attendu que cette maladie ne peut être communiquée à d'autres que par la transmission du bacille de la tuberculose.

Cependant l'on n'ignore pas que la tuberculose pulmonaire n'est pas toujours une maladie bacillaire; elle n'est très souvent qu'une phtisie pulmonaire due à l'inhalation de la poussière occasionnée par le travail industriel et renfermant des atomes minéraux et animaux. Or, si un malade souffrant de ce mal est soustrait aux circonstances qui causent cette maladie, c'est-à-dire s'il est retiré de cette occupation qui le

consume peu à peu, le mal subit un brusque arrêt, va en décroissant, puis disparaît complètement : le malade est guéri.

Il est évident que cette variété de la phtisie ne présente aucun danger pour l'entourage du malade, puisqu'elle n'est pas contagieuse; mais ce que l'on ne peut savoir, c'est le moment où elle se changera en tuberculose pulmonaire capable de contaminer les autres individus.

Aujourd'hui, on est convaincu d'une chose en général, corroborée par des faits et indubitablement établie par des données statistiques : c'est que la tuberculose pulmonaire ne sévit pas aussi gravement dans les établissements à régime cellulaire que dans les établissements à régime commun.

Cependant cette opinion générale se voit combattue par le D^r Pattantyus, médecin du pénitencier d'Illava qui, dans son discours tenu à Kolozsvár lors de la réunion itinérante des médecins et physiciens hongrois, sur « L'influence de l'état d'âme et de l'irritation sur la tuberculose pulmonaire », a soutenu que le régime pénitenciaire progressif, c'est-à-dire la détention cellulaire de un an, conséquence même de ce régime, exerce une très grande influence sur l'accroissement de la tuberculose pulmonaire. Et puisque ce savant éclaire la question suivant une méthode tout à fait nouvelle et originale en même temps, je me propose de résumer ici ses expériences comme étant parfaitement dans le cadre qui nous est assigné.

Au cours de ses observations, le D^r Pattantyus a découvert que, parmi les détenus internés à Illava, mais expiant leur crime sous divers régimes pénitenciaires, les cas de maladies et de décès, généraux aussi bien que tuberculeux, sont de beaucoup plus nombreux chez les individus ayant passé par la détention cellulaire que parmi ceux qui n'avaient pas été soumis à ce régime, et cela nonobstant les mêmes conditions générales de la vie, le même traitement et le même régime alimentaire. Bien plus : lorsqu'il crut remarquer que les cas de maladies, ainsi que la mortalité, étaient supérieurs précisément parmi les détenus qui, ayant passé par le régime cellulaire, subissaient leur première condamnation; qui, en conséquence, jouissaient d'un organisme mieux conditionné et plus robuste encore, qui étaient moins corrompus que les autres,

il se fit un devoir professionnel d'observer plus minutieusement et d'étudier plus à fond l'influence spéciale que le régime progressif, c'est-à-dire la détention individuelle exerce sur l'organisme de l'individu interné en cellule.

Il n'hésite pas lui-même à reconnaître que les individus soumis au régime cellulaire vivent non seulement en apparence dans de meilleures conditions, mais aussi réellement sous le rapport de l'hygiène, étant donné que, jouissant du même régime alimentaire, faisant le même mouvement, exécutant la même quantité de travail et soumis au même traitement que leurs codétenus, ils se tiennent en un lieu dont l'air n'est pas vicié par l'exhalaison d'autres cohabitants. Ils sont, en conséquence, moins exposés à subir une contagion infectante.

Le docteur tranche l'explication du plus grand nombre des cas de maladie et de décès dans cette circonstance : si les conditions physiques du détenu sont meilleures pendant sa détention en cellule, il n'en est pas de même en ce qui touche à son état d'âme, attendu que l'habitant de la cellule est constamment en proie à une surexcitation spirituelle et morale. Cette agitation morale, dit-il, dégénère chez certains individus et en peu de temps en un état d'âme, en une influence psychique telle qu'elle détruit entièrement la tranquillité d'esprit du détenu, affaiblit ses forces, trouble le fonctionnement normal de l'organisme et occasionne bientôt un penchant déterminé à la maladie.

Ce qu'il n'a fait que soupçonner jusqu'alors, dit-il plus loin, et ce qu'il soutient déjà maintenant : c'est que l'état d'âme dû aux agitations spirituelles et morales, aux tourments intérieurs nés durant l'année de détention cellulaire, état qu'il désigne sous le nom de moment psychique, d'influence psychique, est celui qui constitue la cause, conjointement avec d'autres causes d'un caractère plus général; qui exerce un effet tout à fait spécial; qui fait naître et développe dans l'individu des dispositions pour les maladies, pour la tuberculose pulmonaire, et dont le résultat se manifeste par des cas plus nombreux de maladie, par une mortalité plus accentuée.

Etant donné son caractère de savant docteur qui s'occupe de questions pénitenciaires, je ne veux pas suspecter sa bonne

foi et lui imputer le dessein de vouloir révéler, à tout prix, au monde étonné, une chose extraordinairement sensationnelle. Mais je ne puis m'empêcher de lui faire une faute de ce qu'il tire ses conclusions en se basant sur des données de morbidité et de mortalité fournies par un établissement à effectif réduit, c'est-à-dire ne renfermant que 485 détenus. Car on ne saurait infirmer, voire même renverser tout un système généralement adopté, et cela rien qu'en prenant comme base les données statistiques d'un seul établissement de détention. La statistique ne devient un instrument de preuves que par la grande masse des chiffres, et les chiffres relatifs, c'est-à-dire les chiffres de pour cent, n'acquièrent une valeur réelle que s'ils ont été tirés de chiffres plus grands et absolus, c'est-à-dire s'ils en ont été déduits par le calcul. Avant d'apprendre au monde cette observation si étonnamment nouvelle, mais, je le reconnais, à tendance tout à fait humanitaire, il eût fallu qu'il étudiât d'abord tous les établissements de détention du pays, ou tout au moins ceux où est appliqué le régime cellulaire exclusif. Ce faisant, il n'eût pas tardé à découvrir que sa thèse manque d'exactitude.

Je donne la preuve de ce que j'avance en produisant les deux tableaux statistiques ci-dessous. De la comparaison de ces deux tableaux, il ressort que dans les établissements à régime cellulaire exclusif, où le détenu est interné en cellule non seulement pendant un an, mais, après le temps d'épreuve, pour toute la vie même, *la mortalité et le chiffre proportionnel de la mortalité n'atteignent pas même le quart* des autres, proportionnellement à leur effectif, bien entendu.

Etablissements de détention.	Effectif quotidien moyen pour 10 ans.	Proportion en % des détenus en cellule.	Total des décès dans les 10 dernières années.	Total des décès dus à la tuberculose pulmonaire.	Proportion des décès en %.
Sopron . .	619	100	146	44	24.2
Budapest .	775	100	115	69	20.6
Illava . .	420	9.30	390	217	92.8

Ayant interrogé cette année les directions des trois susdits établissements de détention sur le pourcent de leurs détenus atteints de tuberculose pulmonaire, j'ai eu pour réponse qu'il y en avait :

0.43 % à Sopron ;
 2.03 % à Budapest ;
 12.00 % à Illava.

A ces données l'on joignit encore cette observation que les conditions de morbidité et de mortalité du dépôt central de Budapest étaient considérablement gâtées parce que les deux prisons à grand effectif de Budapest évacuaient leurs malades sur ce dépôt où ils sont mis en traitement.

Si l'on considère maintenant le tableau ci-après renfermant les données de tous les établissements de détention, l'on remarquera immédiatement *qu'il y a proportion inverse entre la cellule et la mortalité, c'est-à-dire que plus un établissement possède de cellules et plus petit est, dans cet établissement, le chiffre proportionnel de la mortalité et, naturellement, aussi celui des cas de décès attribuables à la tuberculose pulmonaire.* Je tiens à faire ressortir ici que le chiffre proportionnel de la

Désignation de l'établissement de détention.	Quel % de l'effectif est en cellule?	Durant 10 ans.			
		Effectif quotidien moyen.	Décès.	Chiffre proportionnel de la mortalité.	Décédés par suite de tuberculose pulmonaire.
Budapest . .	100	775	115	20.6	69
Sopron . . .	100	619	146	24.2	44
Nagy-Enyed .	56	667	139	20.9	100*
Maria-Nostra .	20	439	139	31.9	83
Lipótvár . .	27	766	252	32.6	186
Vác	30	897	359	40.1	194
Szamos-Ujvár .	5	438	187	43.3	82
Illava	9.30	420	390	92.8	217

* A Nagy-Enyed, sur les 100 cas de tuberculose, il y eut 57 cas de tuberculose pulmonaire; les autres se répartissaient entre les diverses autres affections tuberculeuses.

mortalité, calculé sur le nombre total des cas de décès, est de beaucoup plus concluant que le chiffre des cas de mort imputables à la tuberculose pulmonaire. Car, s'il est admissible de discuter sur le genre de maladie qui a enlevé quelqu'un, il n'en est pas de même en ce qui concerne le décès qui, s'il est survenu, est absolument et indubitablement certain et positif. C'est donc la donnée statistique par excellence que rien ne saurait infirmer ou renverser.

S'il était vrai que les détenus ayant passé par l'incarcération cellulaire d'épreuve de un an sont plutôt rendus enclins à contracter la tuberculose, il est évident que la mortalité devrait être de beaucoup plus forte aujourd'hui, puisque nous ne comptons pas moins de 2660 cellules. Elle devrait être bien supérieure à celle de 1872, époque à laquelle nous ne possédions que 55 cellules. Mais en réalité, et par bonheur! c'est précisément le contraire qui s'est produit, attendu que dans cette susdite année de 1872 il y eut 200 cas de décès sur un effectif quotidien moyen de 2784 détenus, et que le chiffre proportionnel de la mortalité était de 72, tandis qu'en 1902 et par un effectif quotidien moyen de 4785 détenus, il n'y eut que 133 cas de décès, et le chiffre proportionnel de la mortalité était descendu à 27.

La situation d'après laquelle les détenus ayant passé par la détention cellulaire sont, à ce que dit le docteur, plus enclins à la tuberculose pulmonaire, peut donc être causée par d'autres circonstances spéciales. C'est ainsi que l'établissement de Sopron, disposant de 688 cellules, eut en 1888, c'est-à-dire à l'époque où il fut peuplé pour la première fois, 98 cas de décès parmi les détenus, dont 62 sont morts de tuberculose pulmonaire.

Quelles peuvent être les causes de cette énorme mortalité?... La réponse est simple : le grand bâtiment cellulaire était neuf et humide; humide aussi le sol, et cela à telle enseigne que si l'on y enfonçait une badine à une profondeur d'un empan, il en sortait de l'eau. Plus tard, quand on eut desséché le lac de Fertoe et pourvu à la canalisation du sol sur lequel s'élevait l'établissement, cette humidité disparut en grande partie, si bien que, de nos jours, le pénitencier de Sopron est un de nos établissements les plus salubres.

Quant aux agitations morales et psychologiques que mentionne le docteur Pattantyus, elles ne se produisent même pas chez la majeure partie des détenus, attendu que, déchus à l'état de bête humaine, ils vivent une vie purement végétative. En ce qui concerne la seconde partie, chez laquelle cet état d'âme se produit réellement, nous avons tout lieu de nous en réjouir plutôt que d'en concevoir des inquiétudes, puisque c'est bien là aussi la seule chose qui nous permette d'espérer pouvoir diriger la conscience de l'homme coupable et criminel vers des idées nobles et saines. D'ailleurs l'établissement a des pasteurs, des instituteurs et contremaîtres afin que ces agitations psychologiques ne soient pas, par suite de l'isolement, orientées dans un mauvais sens.

Par ce qui suit, je désire démontrer encore que la tuberculose se manifeste surtout à la suite du travail industriel ou, pour mieux dire, à cause même de ce travail.

Dans nos prisons, le régime alimentaire est incomparablement plus mauvais que dans nos grands pénitenciers et maisons centrales. Et pour rendre la chose plus intelligible, il me suffira de mentionner seulement que, dans toutes nos prisons, l'alimentation des détenus est donnée en bail à un entrepreneur. Or, dans ces conditions, il est évident que l'entrepreneur poursuit un tout autre but que celui de gratifier les détenus d'un certain embonpoint. Tout en recevant moins par repas, le nombre même de ces repas est inférieur; mais comme, d'autre part, et sauf en ce qui concerne la vannerie pratiquée en quelques rares prisons, on s'occupe à peine de travaux industriels, les $\frac{8}{10}$ des détenus restent généralement inactifs et inoccupés, relégués dans les salles communes. Pourtant beaucoup de ces lieux sont, ou entièrement exempts de tuberculose, ou, s'il y en a, c'est à un degré presque imperceptible.

Les parquets ayant été questionnés dans le courant du mois de janvier 1904, s'il y avait à ce moment des cas de tuberculose, les réponses ont fourni les données suivantes :

Dans 22 prisons, il n'y avait pas de tuberculose du tout;
» 25 » » y en avait 0.5 %;
» 8 » » » » 2 %;
» 6 » » » » de 3 à 5 %,

tandis qu'aux pénitenciers et établissements de détention, ont comptait :

à Maria-Nostra, 9.3 %	de l'effectif atteints;
» Illava, 12 %	» » »
» Nagy-Enyed, 16 %	» » »
» Vác, 21 %	» » »

Les médecins de Maria-Nostra et de Vác sont d'avis que les individus tuberculeux arrivent déjà contaminés dans les établissements de détention, tandis que, contrairement à cette opinion, les médecins de Nagy-Enyed et d'Illava affirment que la grande majorité des malades tuberculeux, environ les trois quarts, contractent cette maladie dans les pénitenciers mêmes. Et s'il en est ainsi, en premier lieu, je l'ai démontré et prouvé d'ailleurs par des données statistiques comme preuves à l'appui, c'est à cause et par suite des douze heures de travail industriel par jour, cette occupation ayant parfaitement le caractère de travaux forcés.

Il est probablement superflu de vouloir prouver ici par une longue démonstration jusqu'à quel point et dans quelle mesure plus grave encore les jeunes gens âgés de moins de vingt ans, en conséquence incomplètement développés encore et habitant les pénitenciers, se voient exposés au danger de contracter cette terrible maladie.

Par bonheur, les jeunes gens âgés de moins de 20 ans ne figurent que pour 6 % dans l'effectif de nos établissements de détention, et les cas de décès imputables à la tuberculose pulmonaire qui se produisent dans leurs rangs n'atteignent que 6 % également.

Je mentionnerai encore une circonstance qui relève également du cadre tracé à la question qui nous occupe : c'est qu'actuellement nos établissements de correction sont parfaitement indemnes de tuberculose pulmonaire. Cet état de choses démontre en tout cas que la tuberculose pulmonaire n'est pas la maladie des adolescents.

Dans la maison de correction d'Aszód, avec un effectif de 180 pensionnaires, il y eut en 19 ans 17 cas de tuberculose pulmonaire; dans les établissements de même caractère de Székesfehérvár et de Kolozsvár il y eut, depuis leur existence

et sur un nombre total de 749 pensionnaires admis dans leur enceinte, 5 cas de décès dus à la tuberculose pulmonaire. Quant à la maison de correction de Kassa, existant depuis un certain nombre d'années, il n'y a pas eu un seul cas de cette maladie. Les individus atteints de tuberculose des établissements de correction l'ont tous, sans exception aucune, apportée avec eux en entrant dans l'enceinte de ces établissements.

* * *

L'Etat a pour devoir de prendre des mesures capables d'empêcher que les établissements de détention ne deviennent des serres-chaudes de la tuberculose pulmonaire.

Je propose donc les dispositions suivantes appelées à vaincre ce terrible fléau et à empêcher qu'il ne se propage :

1° Il importe de créer un établissement de détention qui soit aménagé en vue de ne donner asile qu'à des détenus atteints de tuberculose pulmonaire.

En ce qui concerne nos établissements centraux de détention, la tuberculose pulmonaire restera, à l'avenir comme par le passé, une maladie ravageant les rangs des détenus, et ce nonobstant les mesures et dispositions préventives énumérées ci-après. Tout au plus pourra-t-on réussir à la circonscrire jusqu'à une certaine mesure, car il est impossible d'exécuter intégralement et dans tous les établissements de détention toutes les règles prescrites par l'hygiène.

La grande masse des détenus relégués dans les maisons de force et dépourvus de toute intelligence et instruction, ne saura jamais être complètement bien instruite et dressée dans les mesures de défense contre la tuberculose pulmonaire, car la plus grande partie d'entre eux restera toujours indifférente à l'égard des conseils donnés à cette fin, ou des mesures et dispositions ordonnées à cet effet.

2° Quand il sera question de la création d'une nouvelle branche d'industrie, il y aura lieu d'établir avec la dernière minutie si l'exercice de cette nouvelle industrie ne sera pas désavantageux pour l'organisme en général et pour les organes de la respiration en particulier. Quant à celles qui existent

déjà et qui présentent ces inconvénients, il y a lieu de les éliminer de l'occupation des détenus.

3° Il importe d'apporter des soins tout particuliers à ce que tous les locaux de l'établissement, et surtout les ateliers, soient pourvus d'appareils de ventilation. Rien n'établit mieux la grande formation de poussière dans l'exercice de certaines branches de l'industrie, que les examens y relatifs du professeur Fodor qui est arrivé au stupéfiant résultat ci-après : tandis qu'en plein air, par un temps sec et dans des conditions normales, l'atmosphère ne renferme que 0.49 milligramme de poussière par mètre cube, l'air de certaines manufactures en renferme 150 à 175 milligrammes par mètre cube, c'est-à-dire plus de 300 fois plus que l'air libre du dehors.

4° Avant de renvoyer un détenu à l'exercice d'une branche industrielle quelconque, il y a lieu de le soumettre à un examen consciencieux fait par le médecin de l'établissement; cet examen médical aura pour but d'établir si le travail industriel en question peut être exercé par lui sans que sa santé en souffre et sans que cette occupation mette sa vie en danger. Si, au cours de l'exercice d'une branche d'industrie quelconque, l'organisme du détenu trahissait certaines altérations, ou une décroissance des forces physiques, il y aurait lieu à le renvoyer sans faute à l'exercice d'une autre branche d'industrie. Quant aux détenus sur lesquels on a constaté les symptômes initiaux de la tuberculose pulmonaire, il y a lieu de les traiter comme malades non alités de l'hôpital; au cas où ces individus seraient encore aptes à l'exécution d'un travail, il importerait de leur en assigner un en plein air, tel que le jardinage, par exemple.

5° A proximité de chaque établissement de détention, sur un terrain situé le plus près possible du pénitencier, il y a lieu d'exploiter une économie agricole ou horticole en une mesure telle que tous les détenus prédisposés à la tuberculose pulmonaire, faibles de constitution et atteints de la première phase de la maladie, mais capables encore de travailler, puissent y être occupés.

6° En considérant que l'alimentation des hommes doit être en rapport avec la dépense des forces consumées dans l'exercice d'un métier, il y a lieu d'améliorer le régime ali-

mentaire de sorte que chaque détenu reçoive par jour les 118 à 130 grammes d'albumine, dont un tiers doit être de l'albumine animale, indispensable à son entretien d'après les lois de la physiologie. Actuellement, les détenus ne reçoivent cette quantité d'albumine que trois fois par semaine, c'est-à-dire aux jours où, selon le menu, ils reçoivent de la viande. Il importe donc de prendre les dispositions nécessaires en vue de leur assurer tous les jours cet élément de subsistance comme cela se fait aussi dans nos prisons militaires.

On serait tenté de croire que la quantité d'albumine restant de la veille pourrait servir au remplacement de celle que le détenu ne reçoit pas le jour même; mais, en réalité, il n'en est pas ainsi. Le surplus de cette substance introduite dans l'organisme ne se dépose pas dans le corps et ne se transforme pas en tissu musculaire, mais se décompose et est expulsée de l'organisme. D'autre part, le jour où les aliments pris n'auront pas introduit dans l'organisme la quantité nécessaire d'albumine, cette somme manquante ne sera pas remplacée par l'excédent resté de la veille, mais c'est l'albumine de l'organisme même qui sera entamée et qui se décomposera à la suite du travail accompli dans le courant de la journée. Et c'est ainsi que l'organisme s'affaiblit de degré en degré.

Tous les jours, le détenu doit recevoir du lait, soit le matin, soit le soir, attendu que le lait est un aliment des plus parfaits, qui renferme tous les éléments constitutifs indispensables à la subsistance de l'organisme humain. On y rencontre tous les éléments nutritifs en des proportions telles et, au surplus, à l'état dissous, comme l'exige le bon fonctionnement de l'organisme.

7° Dans tous les établissements de détention et dans tous les pénitenciers, la journée de travail, qui est de 12 heures actuellement, doit incontestablement être réduite, attendu que c'est précisément la durée exagérée de ce temps de travail qui est la cause première de la propagation de la tuberculose pulmonaire.

8° Les mineurs âgés de moins de 20 ans doivent être retirés des maisons centrales et prisons, et internés dans un autre

établissement quelconque aménagé à cet effet. Une fois dans cet établissement, qui correspondrait aux principes de la correction, ils y seraient, bien que soumis à une discipline non moins sévère, élevés par les moyens pédagogiques plutôt qu'astreints à purger une condamnation.

Si le jeune criminel, dont l'organisme n'est encore qu'imparfaitement développé, est renvoyé dans une maison de force ou dans une prison, la tuberculose ne tardera pas à avoir raison de lui. Dans la majeure partie des cas, le malheureux payera de sa vie un péché de jeunesse, une action irréfléchie souvent, mais qui l'a mis en conflit avec les lois de son pays.

Actuellement, on inflige au jeune criminel exactement la même punition que celle dont on frappe le malfaiteur le plus endurci et invétéré.

Transporter les criminels mineurs et atteints de la tuberculose pulmonaire soit dans une île, soit sur un littoral, soit sur une côte maritime afin qu'ils y recouvrent la santé: voilà ce qui constitue, chez nous, comme dans bien d'autres pays aussi, je pense, un *pium desiderium*.

En écrivant la présente dissertation, je me suis proposé, comme principal but, de prouver que si la tuberculose pulmonaire sévit d'une manière aussi effroyable dans nos établissements de détention, pénitenciers et prisons, la faute en incombe surtout à l'occupation industrielle. Et bien qu'il soit impossible de l'en déloger pour des raisons que j'ai énumérées plus haut, l'on peut cependant arriver, par de sages dispositions et des mesures préventives, à réduire, très notablement, aussi bien la morbidité que la mortalité imputables à la tuberculose pulmonaire.

TROISIÈME SECTION

DEUXIÈME QUESTION

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre?

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. GEORGES VIDAL,
professeur à la Faculté de droit de Toulouse.

Principes généraux.

La tuberculose est un fléau social qui, à notre époque, tend à devenir un désastre public, plus meurtrier que les batailles les plus sanglantes et les épidémies les plus redoutées: 150,000 personnes en meurent par an en France; 7 ou 800,000 en sont atteintes¹⁾.

Elle sévit partout et dans tous les milieux, mais avec une intensité d'autant plus grande que le milieu est plus dense,

¹⁾ Les épidémies les plus meurtrières de choléra ont causé: en 1832, 102,736 décès; en 1848-49, 100,561; en 1853-54, 153,478.

plus resserré, plus encombré, privé d'air, de lumière, de soleil. Elle atteint notre armée et notre marine avec une intensité qui a ému l'opinion et éveillé l'attention des pouvoirs publics¹). Elle règne en maîtresse dans nos hôpitaux; elle est la fin naturelle de toutes les maladies chroniques soignées à l'hôpital et décime le personnel des infirmiers, à tel point que le Dr Letulle fait remarquer qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 24 ans, sur 102 décès de religieuses, on doit en mettre 82, plus de 80% sur le compte de la tuberculose pulmonaire²). Son action dans les ateliers, dans les bureaux et particulièrement dans les bureaux de poste a été plusieurs fois dénoncée comme effroyable³). Enfin dans les prisons, maisons centrales, maisons départementales, colonies de jeunes détenus, les ravages de la tuberculose sont favorisés par la prédisposition des détenus, victimes de tares héréditaires, de leurs vices personnels, de leur mode d'existence et du milieu dans lequel ils ont vécu avant d'entrer dans les établissements pénitentiaires: c'est ainsi que la statistique pénitentiaire pour l'année 1902, publiée par le Ministère de l'Intérieur en 1904, constate que: 1° dans les maisons centrales ou maisons de longues peines, pour les hommes, 586 admissions à l'infirmerie sur 2636, soit 22.26% ont été motivés par des affections de l'appareil respiratoire, dont la principale est la phtisie pulmonaire, 74 décès d'hommes sont dus à la tuberculose, soit 43.27% du nombre total des décès; pour les femmes, les chiffres ont été 76 admissions à l'infirmerie pour affections de l'appareil respiratoire, soit 14.10% du nombre total des entrées (539), et 6 décès ou 33.33%; — 2° dans les colonies de jeunes détenus, la proportion des décès

¹) Dr Lœwenthal: La tuberculose dans la marine française (Revue, ancienne Revue des revues, 15 oct. et 1^{er} nov. 1903, p. 179 et 369; — L'état sanitaire des armées française et allemande (même Revue, 1^{er} et 15 avril 1904, p. 261 et 451); — XX: La mortalité dans l'armée (Revue de Paris, 1903, 1^{er} mai, t. III, p. 96); — Revue philanthropique, du 10 janvier 1904 (XIV, p. 352). — Dr Louis Rénon: Les maladies populaires (Paris, Alcan, 1905), p. 383 et suiv.

²) Voir Dr Louis Rénon, l. c., p. 390. — Dr Samuel Bernheim: La défense pratique contre la tuberculose (Revue philanthropique, 10 nov. 1900, VIII, p. 27 et suiv.) — *add.* Revue philanthropique, 10 déc. 1901 (X, p. 255); 10 sept. 1901 (IX, p. 643).

³) Dr Louis Rénon, l. c., p. 392 et 393; — Dr Fernand Barbary: La grande faucheuse (Paris, Naud, 1904), p. 33 à 37.

dus à la phtisie pulmonaire a atteint le chiffre élevé de 68% du total des décédés, 15 sur 22. — La statistique ne relève pas le nombre des maladies et décès occasionnés par la tuberculose dans les prisons départementales, le séjour des détenus y étant trop court pour exercer une influence appréciable sur cette affection et permettre d'organiser un traitement sérieux de ceux qui en sont victimes.

Pendant longtemps on a considéré la tuberculose comme une maladie héréditaire, dont la manifestation principale, presque unique, était la phtisie pulmonaire; l'hérédité était admise, dans ses effets, soit comme directe, immédiate ou avec saut d'une ou plusieurs générations, soit comme indirecte ou collatérale. Mais si la tuberculose était estimée transmissible presque sûrement et fatalement par voie d'hérédité, elle n'était pas jugée contagieuse et transmissible par le contact et la vie commune des individus malades et sains. Enfin, la tuberculose, une fois déclarée, était jugée incurable et amenant d'une manière fatale et certaine, à une échéance plus ou moins éloignée, la mort des malheureux qui en étaient atteints. Par suite de cette manière d'envisager la tuberculose, la médecine se trouvait complètement désarmée; aucune mesure de prophylaxie, aucune mesure de cure n'étaient prises, ni même tentées; elles paraissaient inutiles et impossibles. On se bornait à chercher à atténuer les souffrances physiques et morales du malade considéré comme voué à un dénouement fatal et inévitable. Le médecin, se croyant impuissant contre la tuberculose, n'avait pas, dès le début, le courage d'informer le malade ou sa famille de la nature de l'affection; il estimait que son devoir était d'entretenir les illusions de la famille et du malade et la maladie évoluait jusqu'au moment où tout espoir devait être abandonné¹).

Aujourd'hui, depuis la communication à l'Académie de médecine par le Dr Villemin, le 5 décembre 1865, sur la réalité de la contagion de la tuberculose, depuis surtout la découverte par le Dr Koch, le 24 mars 1882, du bacille agent de la con-

¹) Brouardel: La lutte contre la tuberculose; discours au Congrès de la tuberculose de Londres, en juillet 1902 (Revue philanthropique, 10 avril 1903, XII, p. 729).

tagion, une révolution complète s'est opérée dans la manière d'envisager et de traiter la tuberculose : cette affection est actuellement proclamée *contagieuse, évitable et curable*. L'hérédité n'est plus considérée comme directe et fatale : on ne naît pas tuberculeux, mais seulement tuberculisable ; il suffit, pour échapper à la prédisposition héréditaire, d'éviter la contagion et, n'y eût-on pas réussi, on ne doit pas désespérer, parce que la tuberculose est déclarée par les médecins d'aujourd'hui non seulement curable, mais la plus curable des maladies chroniques¹⁾. Le médecin doit donc faire aujourd'hui l'inverse de ce qu'il faisait autrefois ; il doit prévenir le malade et sa famille de l'existence, de la nature et de la gravité de la maladie, mais de sa curabilité et des moyens de procurer la guérison.

A quoi est dû cette importante et si entière révolution ? — Il est constaté aujourd'hui que la tuberculose est l'œuvre d'un microbe, dit bacille de Koch. L'action de ce bacille sur l'individu est néfaste et terrible ; chez l'homme, le bacille tuberculeux peut envahir tout l'organisme, il peut s'infiltrer partout. Comment un homme prend-il la tuberculose ? Il la prend par une série de portes d'entrées, qui sont autant de voies de pénétration du bacille, au nombre de trois : les voies respiratoires, les voies digestives et la voie cutanée. Si l'individu devient tuberculeux, c'est parce qu'il habite dans la collectivité, au milieu de ses semblables tuberculeux et au milieu d'animaux tuberculeux. L'homme se tuberculise par la contagion, qui a un rôle capital dans la diffusion de la tuberculose. Le tuberculeux rend des bacilles par tous ses foyers de tuberculose et ces bacilles rejetés au dehors sont la cause de l'infection. Le tuberculeux rend des bacilles par ses crachats en cas de phtisie pulmonaire et son expectoration remplie ainsi de microbes est contaminante au premier chef. Par ses selles, le tuberculeux rend des bacilles, issus soit de la tuberculose de l'intestin, soit plus simplement de la déglutition des sécrétions pulmonaires. Le tuberculeux rend des bacilles par son pus, quand il est atteint d'une plaie tuberculeuse quelconque plus ou moins fis-

¹⁾ Brouardel, l. c.

tulisée. Le tuberculeux rend enfin des bacilles par son urine, au cas de tuberculose rénale. — Ces bacilles, venus de ces différentes origines, se dessèchent à la longue et se mêlent aux poussières, dans les rues, sur les places publiques, dans les maisons, dans les pièces d'habitation. Si l'on balaye à sec, ce qui ne fait que changer les poussières de place, on produit pour ainsi dire une émulsion de bacilles se répandant sur les tentures, les meubles, les objets et ustensiles d'alimentation, les fissures du parquet, partout en un mot. Si le tuberculeux n'est pas soigneux, des crachats entiers ou des parcelles de crachats retombent n'importe où et, avant d'être desséchés, ils peuvent servir de pâture à des insectes, à des mouches ; il est très fréquent de voir les mouches se poser d'abord sur ces crachats et se rendre ensuite sur les aliments découverts, en y semant toujours des bacilles avec leurs pattes. En dehors des contagions produites par les poussières desséchées et par des bacilles secs, il s'en produit d'autres encore plus importantes. Ce sont les contagions par l'air humide, par les parcelles humides de crachats. En causant, nous répandons autour de nous une fine poussière humide très facile à déceler en mettant une glace devant la bouche. En parlant et en toussant, nous pulvérisons autour de nous des parcelles humides de salive jusqu'à 80 centimètres et parfois jusqu'à 1 mètre. Chez les individus tuberculeux pulmonaires, atteints d'une tuberculose ouverte, la toux et la parole projettent, mélangés à la salive, des bacilles tuberculeux humides, capables de se déposer sur le visage des personnes voisines ; comme ces bacilles sont beaucoup plus adhérents que les bacilles secs, ils ont beaucoup de chance pour greffer la tuberculose sur les personnes, surtout si le fait se répète souvent.

Les procédés de contagion sont divers ; le plus habituel est cependant l'absorption de la poussière des crachats desséchés. — Les manifestations de la tuberculose dans l'organisme sont aussi multiples : phtisie pulmonaire, méningite, scrofule, abcès froids, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott, écrouelles, adénites chroniques ; la plus fréquente, la plus grave dans ses conséquences pour l'individu et la collectivité est la phtisie pulmonaire.

Tels sont les enseignements et les constatations scientifiques au point de vue du mécanisme et des dangers de la contagion¹). Cette contagion est énorme, effrayante. Elle a effrayé, en effet, à un tel point, que de nos jours une véritable panique s'est emparée parfois des meilleurs esprits et les a conduits jusqu'à d'injustes exagérations. Le grand principe antituberculeux actuel est de mettre le public en garde contre la tuberculose : le tuberculeux, voilà l'ennemi. Nous voulons, pour le rendre inoffensif et nous protéger contre sa contagion, l'isoler de nous, perdre tout contact avec lui et nous assistons à l'exclusion progressive des tuberculeux hors de la société moderne. Nous le voyons déjà, au nom de la phtisiothérapie sociale, et nous le verrons rapidement si on ne revient pas à des idées plus saines et plus calmes, chassé de partout comme un objet d'épouvante, sans travail, sans pain, sans gîte, sans asile, voué à la misère, à l'opprobre, au mépris, forcé peut-être d'agiter des *cliquettes* comme les lépreux du moyen âge, pour faire le vide autour de lui²).

Il y a là une exagération manifeste et dangereuse, contre laquelle il importe de se mettre en garde. Tout le monde n'est pas exposé à la contagion. La tuberculose, pour se développer dans l'organisme, doit trouver un terrain favorable à sa culture; son microbe, quoique répandu partout autour de nous, n'a pas une vitalité bien grande; quelques minutes d'exposition au soleil paralysent son activité et nos humeurs le rendent vite inoffensif à l'état normal. Il n'y a donc pas contagion si l'individu n'y est pas préparé, s'il n'y a pas chez lui de conditions prédisposantes³). Le microbe de la tuberculose n'est pas nocif par lui-même : l'organisme robuste et sain qui l'a ingéré l'élimine ou le neutralise; au contraire, l'organisme anémié,

¹) D^r Louis Rénon : Les maladies populaires (Paris, Alcan, 1905), 21^e leçon, p. 379 et suiv.

²) D^r Louis Rénon, l. c., 25^e leçon, p. 454 et suiv. — Pour la situation des lépreux au moyen âge, voir Brissaud : Manuel d'histoire du droit.

³) D^r Toulouse : Les conflits intersexuels et sociaux, p. 327 et suiv. — D^r Louis Rénon, l. c., 22^e leçon, p. 395 et suiv. — D^r Albert Robin : La lutte contre la tuberculose (les applications sociales de la solidarité, Paris, Alcan, 1904, p. 181 et suiv.) — D^r Fernand Barbary : La grande faucheuse; la lutte antituberculeuse (Paris, Naud, 1904).

atrophie, débilite, lui offre un milieu, un terrain de culture éminemment favorable. La tuberculose ne s'implante que sur des terrains préparés; les bacilles ne s'emparent de nos tissus que lorsque notre état général présente les stigmates d'une dépression violente. — Les causes qui mettent l'organisme en état de réceptivité sont : 1^o la prédisposition transmise par hérédité; 2^o l'alcoolisme, un des principaux facteurs de cette prédisposition acquise, qui, suivant l'expression célèbre du D^r Landouzy, fait le lit de la tuberculose; 3^o les causes diverses et multiples qui rompent, pendant un temps suffisant, l'équilibre entre les recettes et les dépenses de l'organisme, grandes fatigues, misère physiologique, excès, certaines maladies, etc.

La lutte contre la tuberculose, comme toute lutte contre les maladies, comprend deux ordres de mesures : préventives et curatives.

Les mesures préventives les plus efficaces, celles qu'il importe le plus de développer, comprennent deux phases distinctes : 1^o la première consistant à diminuer, sinon à supprimer, les causes de contagion; 2^o la seconde à fortifier les organismes prédisposés, préparés et offrant un terrain favorable à cette contagion.

Pour lutter contre la contagion, il faut en faire disparaître les causes, qui consistent principalement dans la dessiccation des crachats infectés de microbes et dans la dissémination de leur poussière dans l'air, et aussi dans le contact et la vie en commun avec les tuberculeux. A cet effet, il faut empêcher de cracher à terre, obliger à cracher dans des crachoirs de poche ou fixés à demeure, contenant un liquide désinfectant, remplacer le balayage à sec, qui répand les poussières dans l'air et ne fait que les déplacer, par le lavage à la serpillière humide, désinfecter les locaux où ont séjourné les tuberculeux et l'isolement de ceux-ci, lorsque la tuberculose est ouverte, c'est-à-dire contagieuse.

Pour fortifier les organismes et les armer contre la contagion en leur permettant de lutter victorieusement contre le microbe qui les a envahis, il faut assainir le logement, et sans exagérer la fameuse formule aujourd'hui en vogue : « Cure d'air, de repos, de suralimentation », assurer aux individus

prédisposés un repos suffisant, éviter les surmenages de toute espèce par le travail, l'alcool, les débauches, les excès de toute sorte, leur fournir, sans aller jusqu'à une suralimentation faisant des dyspeptiques, une alimentation raisonnée et fortifiante, enfin les soumettre à une cure d'air qui ne nécessite pas d'une manière rigoureuse un climat spécifique et peut être faite partout¹⁾.

Ce traitement général et qui doit être approprié à chaque individu suivant son tempérament, constitue aussi la cure de la tuberculose déclarée; en sorte que les mesures curatives se confondent avec les mesures préventives, lorsqu'elles sont employées au début même de la maladie, la seule phase qui permette d'espérer la guérison.

La nécessité pour le traitement du séjour dans un sanatorium est aujourd'hui contestée; elle a de très chauds partisans; elle compte aussi des adversaires convaincus. Nous n'avons pas à entrer ici dans la controverse et nous nous contenterons des principes précédents acceptés par tout le monde, dont il nous reste à faire l'application aux divers établissements pénitentiaires.

Application aux établissements pénitentiaires²⁾.

Une observation générale doit être faite relativement à la population des divers établissements pénitentiaires. Elle se compose de gens particulièrement prédisposés aux ravages de la tuberculose, soit par cause de dégénérescence congénitale, soit par suite d'excès, alcoolisme, débauche, etc., de privations, de souffrances, qui ont affaibli leur organisme et entraîné chez un certain nombre la misère physiologique, des bronchites répétées et souvent devenues chroniques. Il importe de multiplier les mesures protectrices contre la tuberculose, soit pour garantir contre son invasion les prévenus prédisposés, soit pour

¹⁾ Dr Rénon, l. c., p. 415 et suiv. — Dr Fernand Barbary, l. c., p. 116 et suiv.

²⁾ Voir Dr Rénon, l. c., p. 415 et suiv. — Dr Barbary, l. c., p. 160 et suiv. — Dr Roman: La lutte sociale contre la tuberculose (Paris, Masson & Gauthier-Villars).

guérir ceux qui sont atteints et cependant curables et protéger ainsi contre la contagion la population libre à laquelle ils vont se mêler en sortant des établissements pénitentiaires.

Au point de vue des mesures diverses, préventives ou curatives, qui peuvent être adoptées dans ces établissements, particulièrement en France, il convient de les diviser, suivant la durée du séjour des détenus, en *maisons de courtes peines* et *maisons de longues peines*.

§ 1. — MAISONS DE COURTES PEINES.

Ces maisons, dans lesquelles le séjour n'excède pas un an et ne dure le plus souvent que quelques mois, quelques semaines ou même quelques jours, sont en France les *prisons départementales*, *maisons d'arrêt*, *de justice* et *de correction*, contenant une population essentiellement variée de prévenus, accusés, dettiers, détenus administratifs, passagers, jeunes détenus en prévention, en correction paternelle. Elles se subdivisent elles-mêmes, au point de vue de la durée du séjour, en deux groupes distincts: *prisons d'arrondissement* ou petites prisons, où la durée de l'emprisonnement pénal ne peut excéder trois mois; *prisons des chefs-lieux de département* ou *prisons de concentration*, où la peine d'emprisonnement peut se subir jusqu'à un an¹⁾. On ne peut songer, dans ces maisons, surtout dans les petites prisons d'arrondissement, à l'organisation de mesures curatives proprement dites; le traitement à l'infirmerie pour les cas aigus, l'envoi à l'hôpital de la ville où est située la prison, sont les seules mesures possibles; car, en supposant qu'on organise un ou plusieurs établissements pénitentiaires destinés à servir de sanatorium ou de maison de traitement spécial pour les prisonniers tuberculeux, comme ceux-ci ne pourraient y être retenus au delà de la durée de leur peine et, une fois libérés, rentrent de droit dans la population libre qui relève des hôpitaux ordinaires, les détenus des maisons de courtes peines ne pourraient utilement et pratiquement être transférés dans cet établissement spécial à raison de la trop

¹⁾ Georges Vidal: Cours de droit criminel et de science pénitentiaire, n° 509, p. 592.

courte durée de leur peine. Seules les mesures de prophylaxie et préventives peuvent être prises, soit pour empêcher la contagion générale, soit pour mettre les individus prédisposés à l'abri de cette contagion en leur faisant suivre un traitement approprié. Les mesures de prophylaxie et d'hygiène générale doivent consister dans la défense de cracher à terre, l'établissement de crachoirs spéciaux dans les corridors, ateliers, dortoirs, la substitution du lavage à la serpillière humide au balayage à sec, l'aération, la ventilation des locaux, la suppression des prisons malsaines qui ne se prêtent pas à ces mesures d'hygiène élémentaire, suppression autorisée par la loi du 4 février 1893. Il est à désirer que le comité consultatif d'hygiène pénitentiaire créé par arrêté du Ministre de l'Intérieur du 18 février 1905, et dont les membres ont été désignés¹⁾, use de son influence pour établir le déclassement de ces maisons et leur reconstruction en vue de l'isolement individuel exigé par la loi du 5 juin 1875 (art. 8).

L'isolement des détenus est également une mesure de prophylaxie efficace. A ce point de vue, nos maisons de courtes peines se divisent en prisons en commun et prisons cellulaires²⁾. Celles-ci pouvant, d'après l'art. 3 de la loi du 5 juin 1875, contenir des condamnés à de longues peines d'emprisonnement au-dessus d'un an jusqu'à cinq ans, l'examen des conditions et effets de l'isolement individuel sera plus utilement présenté à propos des maisons de longues peines. Dans les prisons en commun, il importe d'isoler les détenus atteints de tuberculose ouverte, par suite contagieuse; et même lorsque leur état physique ne comporte pas le séjour à l'infirmerie, il conviendrait de les employer à des travaux spéciaux qui ne soient pas trop fatigants pour eux et de les soumettre à un régime hygiénique et alimentaire fortifiant et approprié.

Enfin, lorsque la maladie est assez avancée pour exiger un traitement spécial à l'infirmerie, l'organisation des prisons de courtes peines ne comportant pas, en général, les mesures nécessaires à l'isolement et au traitement spécial des tuberculeux, il importe de transférer ceux-ci à l'hôpital de la localité.

¹⁾ Rev. pénit., 1905, p. 448 et 690.

²⁾ G. Vidal, l. c., nos 510 et suiv., p. 592 et suiv.

§ 2. — MAISONS DE LONGUES PEINES.

Ces maisons sont : pour les adultes et majeurs, les maisons centrales de force et de correction, où se subissent la réclusion et l'emprisonnement correctionnel de plus d'un an, les prisons départementales cellulaires, où peut se subir l'emprisonnement cellulaire de plus d'un an jusqu'à cinq ans.

A. Maisons centrales d'hommes et de femmes.

Le régime de ces maisons comporte en France la vie commune et le travail dans des ateliers, avec promenade dans des préaux à heures fixes de la journée.

Il importe de prendre dans ces maisons les mesures préventives et de prophylaxie déjà mentionnés pour éviter la contagion et fortifier les organismes prédisposés à l'invasion de la tuberculose. — Le séjour dans ces maisons devant être de longue durée et le régime hygiénique, alimentaire, économique des détenus pouvant exercer sur les détenus une influence débilite, il importe de soumettre ceux-ci à une observation régulière, tendant à déterminer ceux qui sont prédisposés à la tuberculose par l'affaiblissement, l'autoconsomption et la déminéralisation de leur organisme. Cette observation régulière devrait être consignée sur un carnet sanitaire individuel permettant de se tenir au courant des modifications subies par l'organisme des prédisposés et de celles qui doivent être introduites dans leur traitement; ces fiches individuelles seraient tenues au courant par le médecin de l'établissement et soigneusement conservés pendant le séjour du détenu dans l'établissement¹⁾.

Les mesures de prophylaxie individuelle comportant des modifications dans le régime alimentaire et le travail industriel, ces modifications devront être ordonnées, sur le rapport du médecin, par l'administration pénitentiaire. Au point de vue du travail, il conviendra d'éviter aux prédisposés le séjour dans des ateliers encombrés, au milieu de poussières nocives

¹⁾ Cette idée n'est que le développement et l'application du vœu émis par le Congrès pénit. intern. tenu à Bruxelles en 1900 (2^e sect., 1^{re} quest.). Rev. pénit., 1900, p. 1202 à 1209, 1259 à 1261.

et irritantes, et de leur procurer le plus possible la vie au grand air.

Quant aux détenus chez lesquels on constatera le début de la tuberculose, les principes d'humanité qui inspirent aujourd'hui la législation pénale et les règlements pénitentiaires conduisent à l'organisation d'un traitement curatif. Ce traitement sera difficilement applicable dans les établissements pénitentiaires ordinaires comportant la claustration dans des bâtiments et dans des ateliers généralement insuffisamment aérés et se prêtant mal à l'organisation des mesures spéciales d'hygiène nécessaires à la cure du tuberculeux. La vie du détenu étant ainsi compromise par un séjour plus prolongé dans ce milieu, il importe de l'enlever à ce milieu pour le placer dans des conditions meilleures. A ce point de vue, il conviendrait d'interrompre l'exécution de la peine et l'on pourrait utilement introduire à cet effet dans la législation et les règlements pénitentiaires des dispositions analogues à celles de l'art. 398 du code d'instruction criminelle autrichien de 1873 et de l'art. 487 du code de procédure allemand de 1877, ordonnant ou permettant la suspension de l'exécution des peines privatives de la liberté toutes les fois que cette exécution pourrait mettre en péril la vie du condamné ou que le condamné se trouvera dans un état corporel ne permettant pas d'exécuter immédiatement la peine, conformément aux règlements de l'établissement pénitentiaire où elle doit être subie. Le transfert à l'hôpital est autorisé et ordonné par les règlements pénitentiaires français (décret du 11 novembre 1885 sur le régime des courtes peines en commun, art. 78¹⁾; règlement du 10 avril 1869 sur les colonies de jeunes détenus, art. 49²⁾; cependant, pour les maisons centrales de longues peines, le service de santé étant convenablement organisé dans l'intérieur de l'établissement par le règlement du 5 juin 1860³⁾, en principe tous les détenus de ces maisons doivent y être traités, quelle que soit leur maladie. Exception a été faite pour les aliénés et les épileptiques, qui

¹⁾ Lois, décrets et règlements du service pénitentiaire, publiés par ordre de M. Barthou, ministre de l'intérieur, en 1896, p. 660.

²⁾ Même volume, p. 764.

³⁾ Eod. loc., p. 304 et suiv.

peuvent, par décision ministérielle, être envoyés au quartier spécial de Gaillon (règlement du 19 février 1876)¹⁾. — Il est désirable que des mesures analogues soient prises pour les détenus tuberculeux des maisons de longues peines et qu'un établissement spécial ou sanatorium pénitentiaire soit créé pour eux dans des conditions d'hygiène convenables.

B. Prisons cellulaires.

L'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus a déjà fait l'objet de l'examen du Congrès pénitentiaire international de Bruxelles de 1900 (2^{me} section, 3^{me} question)²⁾. La cellule a le sérieux avantage, au point de vue prophylactique, de l'isolement des détenus et offre un moyen certain d'éviter toute contagion, à la condition de prendre, chaque fois qu'un détenu atteint de tuberculose ouverte est libéré et doit être remplacé par un autre détenu dans sa cellule, toutes les mesures de désinfection nécessaires pour détruire tous les germes transmissibles. Quant aux effets de l'isolement sur l'organisme du détenu prédisposé, malgré les affirmations favorables du Congrès de Bruxelles, ils ne paraissent pas avoir été suffisamment étudiés au point de vue particulier du développement de la tuberculose; l'attention paraît avoir été surtout concentrée sur l'aliénation mentale et la tendance au suicide. Il est donc désirable que désormais des observations soient faites spécialement sur la tuberculose dans les prisons de longue peine et dans les prisons cellulaires, et que dans les unes et les autres une notice individuelle, contenant tous les renseignements relatifs à la santé physique et mentale soit rédigée à la suite de visites régulières et périodiques, en faisant porter spécialement l'attention du médecin sur la tuberculose, conformément au vœu déjà exprimé au Congrès de Bruxelles (2^{me} section, 1^{re} question)³⁾.

Quant au traitement curatif des tuberculeux, il se fera, selon les circonstances, la durée de la peine et la gravité de

¹⁾ Eod. loc., p. 437.

²⁾ Voir Actes du Congrès pénit. intern. de Bruxelles, août 1900, I, p. 312 à 333; III, p. 285 à 477. — Rev. pénit., 1900, p. 1215 à 1218, 1261.

³⁾ Rev. pénit., 1900, p. 1202 à 1209; 1259 à 1261.

la maladie, soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital, soit dans un hôpital spécial ou sanatorium dont la création nous paraît nécessaire, ainsi que nous l'avons déjà dit.

A ce point de vue, il convient, comme nous l'avons dit plus haut, et comme cela a déjà été proposé par le D^r Bær au Congrès de Stuttgart, du 1^{er} juin 1903 ¹⁾, de suspendre l'exécution de la peine et de transférer les détenus tuberculeux dans un établissement sanitaire et pénitentiaire spécial, sanatorium pour les condamnés tuberculeux, ainsi que cela a été pratiqué avec succès aux États-Unis, dans l'Etat de New-York, où les condamnés tuberculeux, se trouvant dans des conditions défavorables dans les prisons d'Auburn et de Sing-Sing, sont, depuis 1895 surtout, transférés dans la prison d'Etat de Dannemora, dans l'Adirondacks, où le climat est essentiellement favorable au traitement de la tuberculose ²⁾.

Ce transfert au sanatorium mettra fin à l'isolement individuel que comportait l'exécution de la peine sous le régime cellulaire. Mais le traitement curatif de la tuberculose déclarée ne nous paraît pas compatible avec les rigueurs de la vie cellulaire, puisqu'il exige au contraire la cure d'air. Cependant il serait injuste d'arrêter le cours de la peine et de ne pas imputer sur sa durée le temps passé au sanatorium pénitentiaire, sauf à ne pas appliquer à cette période la réduction de la peine attachée à l'isolement individuel.

C. Colonies de jeunes détenus.

La statistique pénitentiaire de 1902, publiée en 1904, constate avec une certaine inquiétude les ravages de la tuberculose parmi les jeunes détenus, puisque la proportion des décès dus à la phtisie pulmonaire atteint le chiffre élevé de 68 % du total des décédés. Il importe donc d'appliquer à ces établissements, contenant des enfants et des jeunes gens pour une durée assez longue, puisqu'ils peuvent y entrer vers 7 ou 8 ans et y demeurer jusqu'à 20 ans, des mesures sérieuses de

¹⁾ Rev. pénit., 1903, p. 1252.

²⁾ Fifty-Eighth annual report of the Prison Association of New York for the year 1902 (Albany, 1903), p. 87.

prophylaxie pour éviter la contagion, fortifier les organismes déjà prédisposés par les antécédents héréditaires ou l'influence du milieu, et de thérapeutique pour soigner, guérir et sauver ceux qui seront atteints, dès le début de l'invasion du mal, à cette première période de la maladie qui permet d'engager une lutte efficace et d'espérer la guérison.

Il conviendrait d'abord d'adopter dans les colonies de jeunes détenus les mesures de prophylaxie prescrites par le Ministre de l'instruction publique, le 20 octobre 1902, dans tous les internats d'instruction primaire ou secondaire, à savoir ¹⁾ : 1^o une *fiche sanitaire* pour chaque pensionnaire contenant son poids corporel, sa taille et son périmètre thoracique. Ces indications devront être consignées tous les trois mois à date fixe; — 2^o défense de cracher à terre et installation de crachoirs hygiéniques; — 3^o interdiction du balayage à sec; — 4^o désinfection des livres, effets, et de tous objets ayant appartenu à des tuberculeux; — 5^o interdiction aux élèves qui suivent l'école de porter à leur bouche les crayons et porte-plume, de laver les ardoises avec la salive, etc.; ardoises, porte-plume et crayons doivent être individuels et personnels à chaque élève; — 6^o chambres individuelles pour chaque détenu; — 7^o mise en observation de tout jeune détenu suspect de tuberculose et séparation de tout individu atteint de tuberculose ouverte.

Dès que la tuberculose ouverte est déclarée, il importe de séparer le malade des autres en l'isolant dans un quartier spécial de l'infirmerie, et il est à désirer que l'on crée, pour les jeunes détenus tuberculeux, un établissement spécial, sanatorium pénitentiaire, comme on a créé tout récemment aux Vermireaux une colonie spéciale pour les pupilles de l'administration pénitentiaire atteints de débilité physique ou mentale et arriérés ²⁾.

Quant aux prédisposés par leur faiblesse, rachitisme, état scrofuleux, qui fait craindre l'invasion prochaine du mal si on ne fortifie pas l'organisme, il convient de les soumettre à un

¹⁾ Voir Revue philanthropique, 10 décembre 1902, p. 245. D^r Barbary: La grande faucheuse; la lutte antituberculeuse, p. 44 à 55.

²⁾ Voir le journal *L'Enfant* de juillet 1902, p. 24.

régime fortifiant dans la colonie elle-même, le régime agricole de la plupart de ces colonies comportant la vie au grand air; ce régime serait fixé par le médecin de l'établissement et comporterait, outre un régime alimentaire spécial, un règlement de vie exceptionnel. Si un traitement momentané paraissait nécessaire dans un établissement ou sanatorium marin ou thermal salin¹⁾, l'administration pénitentiaire pourrait utilement traiter avec les administrations de ces établissements pour l'admission de ses pupilles.

Conclusions.

Les conclusions qui se dégagent naturellement des développements précédents, sont en partie la reproduction du projet de résolution voté par la Commission d'hygiène publique de la Chambre des députés, sur le rapport du D^r Amodru²⁾, et des vœux du premier Congrès national d'hygiène sociale tenu à Arras du 17 au 20 juillet 1904, auxquels viennent s'ajouter celles que nécessitent le caractère spécial des établissements pénitentiaires et le régime auquel est soumise leur population.

Nous proposons donc au Congrès l'adoption des vœux suivants :

- 1° Que l'administration pénitentiaire fasse apposer dans tous ses établissements des affiches portant interdiction de cracher par terre et avertissant que tout contrevenant sera puni disciplinairement.
- 2° Que cette administration fasse placer dans tous ses établissements des crachoirs hygiéniques à un mètre du sol surmontés d'une affiche portant : « Crachoir hygiénique; il est interdit de cracher à terre. »
- 3° Que l'administration pénitentiaire supprime dans ses locaux le balayage à sec et le remplace par le balayage humide obligatoire.

¹⁾ Voir la liste de ces divers sanatoriums dans l'ouvrage du D^r Barbary : La grande faucheuse, la lutte antituberculeuse. (Paris, Naud, 1904), p. 194 et suiv.

²⁾ Revue philanthrop., 10 nov. 1901, p. 108 et 126. — Revue pénitent., 1904, p. 994 et 995.

- 4° Que les locaux occupés par des détenus atteints de tuberculose ouverte, que les effets portés par eux, les objets ayant servi à leur usage soient exactement désinfectés, avant d'être remis à d'autres.
- 5° Que l'Administration crée dans tous ses établissements, au moins dans les maisons de longues peines et les colonies des jeunes détenus, pour tout son personnel, un carnet sanitaire individuel.
- 6° Que l'Administration établisse pour toutes ses maisons, y compris les prisons de courtes peines en commun et cellulaires, une statistique annuelle détaillée de la morbidité et de la mortalité par catégories.
- 7° Que le régime alimentaire et hygiénique et que l'organisation du travail dans les établissements de longues peines reçoivent les améliorations et les adoucissements qu'exige la situation des détenus prédisposés à la tuberculose.
- 8° Que les détenus atteints de tuberculose soient soumis à un traitement curatif pendant la durée de leur peine : les condamnés à de courtes peines, par leur transfert à l'hôpital de la localité; les condamnés à de longues peines, à un sanatorium spécial créé pour eux.
- 9° Qu'il soit créé pour les jeunes détenus des colonies pénitentiaires, une colonie spécialement aménagée pour recevoir ceux qui sont atteints de tuberculose déclarée.
- 10° Que les jeunes détenus prédisposés à l'invasion de la tuberculose soient soumis à un régime fortifiant, soit dans la colonie où ils sont internés, soit pendant une période de chaque année dans un sanatorium marin ou thermal.

TUBERCULOSIS IN PENAL INSTITUTIONS OF THE UNITED STATES.

REPORT PREPARED FOR THE EIGHTH INTERNATIONAL PRISON CONGRESS

BY

DR. J. B. RANSOM,
Physician to Clinton Prison, Dannemora, N. Y.

Introduction.

The scope of this report has been confined to the prisons of the United States, and no attempt has been made, either by way of comparison or by deduction, to draw upon the work of the prison systems of any other country, believing that to thus confine the study of the conditions as they exist in the prisons of the United States, uncolored and uninfluenced by comparisons, would lead to a better understanding of the whole subject.

As outlined by the International Prison Commission, this report is intended to not only treat the subject as proposed in the title, but, in so far as available facts permit, to show the proportion of the several prison populations afflicted with tuberculosis, and also to reconcile the several recommendations made with the good of humanity and the public weal.

As intimated in the text, great difficulty was experienced in securing reliable statistics. Much of the information and many of the suggestions, coming from widely different sources, were not found to be of sufficient value to warrant their use in this report and were discarded with the idea that it was

far better to present fewer statistics than to use those of doubtful accuracy or misleading in significance.

The tuberculosis feature of the prison work of this country has not progressed to a point where a review of what has been accomplished presents a highly instructive object lesson. There is abundant evidence, however, that prison administrators, legislative bodies, and the general public are breaking away from the traditional conception of a penal system as simply punitive and retributive in object, and are fast coming to apply to this problem the more modern, humanitarian, and altruistic principles that have worked such marvelous results in other departments of the social order. Mediævalism is fast losing its hold upon the prison systems of the United States. This is shown in the construction in many States of modern sanitary buildings, the passage of indeterminate-sentence laws, the use of the grade system, and the abolition of many forms of unnecessarily severe prison punishment, also of the prison stripe, the lock step, and in the introduction of many other reformatory innovations.

It may be said with reference to tuberculosis that almost every prison and reformatory in the United States has taken some steps in the direction of special care of this disease in the way of setting apart cells and hospital wards for this class of cases; and there is a general recognition of the importance and the necessity of making special provision for tuberculous prisoners.

That the prison physicians of this country in 77 institutions should express as their opinion that the means to be used in combating tuberculosis in prisons and penal institutions are fully up to the most modern ideas applied to the civilian population, shows them to be fully awake to the necessities of the situation and ready to apply the remedies. The recognition of the importance of complete isolation, the use here and there of special wards, farms, and separate treatment for tuberculous prisoners, are evidences that the United States will soon be able to report a progress in this work that will place her in the front rank of progressive countries in this regard. We believe we are not too optimistic in stating that

in a few years this problem will be well solved in the prisons of this country, and that in most States there will be separate, well-equipped institutions for the care and treatment of tuberculous prisoners.

Inasmuch as the State of New York figures so largely in the makeup of this report, it is well to explain the seeming disparity in the figures from that State, as indicated on the diagrams. This is due to the fact that there is in use in the State of New York a thorough system of examination and record, and I therefore believe a much larger percentage of the actually tuberculous are reported. This wide discrepancy is one of method and does not exist in fact.

In the preparation of this report I am greatly indebted to Commissioner S. J. Barrows, who labored incessantly with me in the securing of statistics and in every way supported my efforts in its preparation. I also desire to express my thanks and appreciation to the wardens and physicians of the many institutions who so kindly furnished the detailed information and suggestions which go to make up this report.

J. B. RANSOM.

What are the best means of combating and treating tuberculosis and of avoiding its propagation in penal establishments of every kind?

Statistics.

Those familiar with prisons and the prison systems in the United States will appreciate at once the difficulties which beset one seeking well-authenticated facts or information calculated to throw light on this subject that will carry with them the conviction of truth and that may also be used as a basis upon which to rest future calculations in this direction. The more we look for statistics the more surely are we forced to the conclusion that there are few statistics of value to be had. In fact, so recent is the little work that has been begun in the penal institutions of the country relative to tuberculous diseases that no positive conclusions can be drawn. In the whole United States, with but three or four exceptions, no

really systematized work has been instituted, and while these three or four exceptions are of value so far as they go, I may be pardoned if I draw quite largely from my own observation and experience in this line of work, using at its best what I have been able to glean in the way of statistics. Upon undertaking this report the dearth of statistics and precedent was early recognized. It therefore became necessary to an intelligent plan of procedure to place ourselves in touch with all the penal institutions of the country, and to best accomplish this a series of questions was formulated and sent out, asking for information upon the following propositions:

The percentage of tuberculous inmates in the total prison population?

What percentage were so on reception?

The different manifestations of forms, the mortality, the sanitary conditions of the prisons and workshops, methods of treatment, both preventive and curative, and general suggestions as how best to deal with the situation.

There were in all 97 applications for information sent out, and of this number 77 returned answers, embracing 38 States and 2 Territories, 20 prisons failing to report, although repeated solicitation was made. The total population of the 77 prisons reporting was 44,285.

Geographical grouping.

The geographical distribution of the tuberculous populations is shown and illustrated by the three appended diagrams or groups, lettered A, B, and C. The tuberculous death rate in the prisons is shown on these diagrams, as compared with the death rate upon the general civilian population.

Group A comprises 19 States from what might be termed the tuberculous area of the United States. Within its borders are located all the large and densely populated cities of the country, with the exception of three or four, as here also will be found nearly all the large prisons of the country. These States are located in the more humid and less healthful sections of the country and are thickly populated, the total population being 46,129,871, with a prison population of 29,167, a tuberculous population of 1,907, a percentage of 0.0065.

Group B comprises 5 States, located in the less humid and more favorable climate, and much less densely populated. They have a total population of 9,938,747, a prison population of 4,624, and a tuberculosis population of 126, a percentage of 0.0027.

Group C comprises 11 States, located in the dry sunshiny sections of the country, and the least densely populated. They have a total population of 7,146,992, a prison population of 8,549, and a tuberculosis population of 118, a percentage of 0.0013.

As would be expected, it will be seen that the tuberculous population follow the general lines of denser population, or those living under more unfavorable housing and climatic conditions.

Relatively speaking, the A group or section must claim our attention and study in our efforts toward the eradication of this disease. Group B shows a much less proportion as tuberculous, yet it reveals the need of precautionary and remedial measures, while Group C we can consider as practically outside the necessity for our solicitude, in so far as tuberculous disease are concerned, at least for the present; for with dry, sunshiny climate, newer institutions, somewhat sparse populations, and modern ideas of administration, these will for some time to come act as preventive factors to anything like a serious condition of affairs relative to tuberculosis in the prison populations in those sections of the country.

The conclusions to be drawn and the instruction to be gathered from a study of these regional areas is that where institutions are located in sections of the country where ample sunlight and dry air prevail, both the number affected and the mortality from tuberculosis is at its minimum, while in the more humid and unfavorable sections of the country it is at its maximum.

Value of statistics.

These reports show upon the total prison population a tuberculous population of 2,151, a percentage of 4.88. I do not, however, consider these figures to represent the actual per-

centage, and will ask you, therefore, not to allow them to weigh with you in estimating the conditions as they really exist, as they are evidently not the result of careful examination of the prison populations with a view of detecting the disease in all forms and stages of development. I judge that these figures were made largely by estimate, and refer only to, and indicate simply, the advanced or self-evident cases, the physician only reporting those more especially brought to his notice or under treatment in the hospital, overlooking the milder and more incipient cases scattered throughout the prison population. Evidently in many institutions there is no systematic method of examination and record in vogue. This is illustrated by the fact that in the institutions representing eight States there is reported a total prison population of 11,879, with only 216 tuberculous subjects, or a percentage on the total population of 0.0018, one institution reporting a prison population of 1,104 with 9 tuberculous subjects, a percentage of 0.0008. All of these institutions were located in what might be termed the tuberculosis area of the United States, and in none were there any means of prevention or treatment used, nor was there an adjunct institution to which the tuberculous subject could be transferred. Now prison populations are peculiarly subject to this disease. Commitments to State prisons proper average about 30 years of age, a majority of whom are males.

The age in males at which they are most likely to fall victims to this disease is 20 to 60 years. Hoffman shows that the general average of deaths from tuberculosis in the United States for all ages had fallen from 33 per thousand in 1871 to 21 per thousand in 1901, while the death rate among males between the ages of 20 and 60 years has not materially lessened. This means a prison population especially vulnerable to infection. From 40 to 60 per cent of all the deaths in prison populations are due to tuberculosis. Autopsies upon prisoners show that nearly all of them have in some degree been affected. Turning to the general civilian populations, we find that recent computations go to show that one-sixth of the populations of the world are tuberculous; that every third or fourth

death of the adult population is due to this disease; that 10 per cent of all deaths in the United States are due to tuberculosis, and that from one-seventh to two-seventh of mankind perish thereby. In the light of these figures, that a prison population should show such an infinitesimal percentage as above reported can not be convincing or of much statistical value.

A few of the institutions made most excellent reports, which were evidently the results of actual examinations. This is especially true of my own State and institution, whose reports are based upon a careful system of examination and record. I am led to believe, from the figures gleaned and from reports as above set forth and from other sources, such as inquiries made by other seekers after information on this subject, and from my own experience in the examining of prison populations, that it can safely be estimated that from 10 to 18 per cent of all prison populations will show some form or degree of tuberculous infection.

Jails as causative factors.

In this connection, and in the study of causes that lead to the production of tuberculosis in penal institutions, the jails of this country should be considered as active and prolific causes of this disease among criminals. It is the unanimous and universally expressed opinion of those making special study of the jails systems of this country that they, with few exceptions, lack nearly all the essentials necessary to healthful living. Many of them are ancient in structure, their sanitary arrangements are faulty, the medical work is usually done by a visiting physician, who is generally chosen by reason of his having been the lowest bidder for the job, with no reference to his qualifications. The food and body hygiene in most cases is left to the sheriff, who regulates diet, clothing, and all measures appertaining to the jail administration, and whose salary usually depends upon the fee system at so much per day per man. There is no provision made in the jails for the isolation or separation of the tuberculous from the general jail populations, and this affords opportunity for the inmates

to become infected from association. Especially is this so where the bodily resistance is lowered, as it usually is in jail inmates, for it is when the law first lays its strong hand upon a man, depriving him of his liberty, that he is most depressed and broken, and is rendered especially susceptible. The examination of certain available jail statistics, in one instance, showed that the number of cases of tuberculosis in a certain jail was nearly six times as great as those from a general average of criminal populations. It is during this wretched jail life that many become infected, or are at least rendered susceptible to the disease, and are ripe for infection before admittance to the prison proper.

Defective housing.

The defects in location, elevation, exposure to sunlight of the buildings for housing and manufacturing purposes, and in sewage and drainage of many institutions, are important when judged from a tuberculosis standpoint. Few of the buildings are so placed that they receive both the morning and afternoon sunlight; they are insufficiently lighted, have poor ventilation, and especially are they defective in the cell arrangement and construction. The cells in nearly all of the prisons of to-day are small, and are so located as to be practically impervious to sunlight. This is substantiated in the reports received from the 77 prisons reporting. Forty-eight of these institutions report cells ranging as small as 4 by 7 by 7 feet; the remaining 29 report sizes ranging from 6 by 9 by 7 to 11 by 8 by 9 feet. As to the exposure to sunlight of these cells, 22 of them report no sunlight at all, 24 only partial sunlight, and 29 of them direct sunlight during some portion of the day.

Cell Life.

In connection with the cell, the living quarters of the prison inmate, we must take into consideration the use of the bucket and the disinfecting and cleansing methods in vogue. In most prisons the bucket is still in use as the only receptacle for the dejecta of the inmate during the greater part of the twenty-

four hours. Opened as frequently as it necessarily must be, with its effluvia escaping into the atmosphere of the small cell, poorly ventilated, a most favorable medium is furnished for the development and growth of all forms of bacterial life. Many cells are damp, and with the inmates breathing over and over again the humid atmosphere it is little wonder that the occupants of such cells become victims of tuberculous diseases. Added to this is the ancient and common practice of using whitewash as a cleansing and disinfecting agent. As such it is a delusion. Observation and experiment show that whitewash really promotes the spread of tuberculous disease, or it may do so. The fine scales and floating particles that emanate from the dry whitewash, when disturbed, not only irritate the bronchial mucous membranes, but they are also carriers of infection to the point irritated. This has been demonstrated to my entire satisfaction as the result of cell scraping. Certain experiments with lime burners also go to show that lime dust is favorable to the production of pulmonary tuberculosis.

It is in the cells that much of the infection takes place in a prison, although it may occur in almost any part. I was emphatically impressed with this feature of infection by a case that came under my observation in the person of a young inmate whom I had occasion to treat in the surgical ward of the hospital for a wound a few weeks previously, and whom I knew to have been in a very good physical condition. Soon after this he sickened and came to me for treatment. On examination I found him to have the general symptoms of tuberculous infection, and an examination of his sputum revealed an abundance of tubercle bacilli. I was at a loss as to the cause of this infection, which was evidently acute, until his cell history was looked up, when it was found that the inmate who had occupied the same cell previously to him also sickened with tuberculosis. Now, this cell, like all prison cells, had been thoroughly cleansed and whitewashed, but this did not prevent its possibilities for infection. This case clearly shows the danger of locking a consumptive in a prison cell under ordinary prison conditions, and the futility of hoping to eradicate or control

the disease while these patients occupy the cells of a prison indiscriminately.

Workshops.

Next in importance to the living quarters of the inmate is the workshop. Men are sentenced "at hard labor" to prison, and in most States this labor is performed in shops and factories. In many institutions these shops are dark, damp, and crowded as to floor and air space. The prison industries are often of a kind provocative of pulmonary troubles by reason of the dust arising from the working up of the finished product from the raw material. Stonecutting is an industry we find in many institutions, and which without great care works injury to a large percentage of those engaged in it. The manufacture of cotton and woolen goods (especially cotton) is injurious because the fiber and dust therefrom, when inhaled, cause irritation, and in this connection may also be mentioned all sorts of metal polishing and grinding. As in the outside world, the shop and factory are responsible for the production of a large number of tuberculous cases. To the abuse therefore of certain kinds of prison labor may be attributed a considerable percentage of those falling victims to tuberculous diseases in penal institutions.

The prisoner himself.

Another cause is the prisoner himself. Primarily, this cause has its origin in the early life history of the criminal, and has to do with so-called "heredity" or predisposition to this disease. This question of heredity is one that is still unsolved. It has, however, generally come to be believed that tuberculosis is seldom inherited, but is rather the vice of constitution, which renders the person an easy prey to the disease. The more we know of tuberculosis the more we become convinced that a very large percentage of this class of individuals is infected during infant and child life, the disease either remaining passively active or inactive until some exigency or violence of circumstances results in lessening the vital resistance. To attempt

to follow the life history of the classes that so largely supply our penal institutions further than this is beyond the scope of this report, and would not be profitable at this juncture of our knowledge or ability to correct. We must be content, therefore, to take the convicted criminal as we find him, as he enters the doors of some penal institution. Other than this would be impracticable.

Forty-five to fifty per cent of the criminals may be said to be born criminals—that is, born under conditions favoring physical and moral defects. Not only do they have this burden of heredity to contend with, but the environment of a large proportion of those from whom our prison populations are ultimately drawn, live under the stress of poverty, and are exposed to the exigencies of crime, or at least suffer from the ill effects of improper living conditions. It is therefore evident that when as children they are received at juvenile institutions many of them are already infected. The housing of such large numbers of these prisoners under the same roof tends to spread the infection. Many of these juvenile offenders ultimately become inmates of the prisons, and are infected or already have weakened constitutions. They are then subjected to the necessary prison discipline, with all that that means—deprivation of liberty and the free outdoor life, the strain and stress of prison life, reacting and interacting upon the nervous system, rendering it unstable—and we thus have an individual more liable to either the development of the disease or to infection. This receptivity of the prison inmate is a large, if not the largest, factor, and I believe is one of the most potent means by which tuberculosis is communicated from one individual to another and from one institution to another.

Prison discipline.

The prison discipline, no matter how necessary, is detrimental to the physical well-being of the prison inmate, in that it deprives him of that personal liberty, freedom of action and thought, which is instinctive in human beings, the exercise of which produces a free and buoyant circulation of the

blood. Any form of discipline that tends to depression must work more or less injury.

The method of handling men has much to do with their physical prosperity in penal institutions. Especially is this true of prison punishment, and here we have one of the most potent factors of the whole prison environment to break a man down and render him an easy prey to this disease. Now that all forms of corporal punishment have been abolished in most institutions, resort is had to the dark cell, the solitary cell, or the light cell, and low diet, and to my mind there is no form of punishment which may be fraught with so much injury to the punished, nor one that is so likely to destroy health as this. Especially is this so with the dark cell. It is an easy matter to overdo this form of punishment and make it an instrument of the most fatal nature. It requires very little penetration into the matter to understand why this is so, when we consider that the man to be punished is already suffering from the effects of confinement. It is shutting out the light, depriving the body of food, and the nerve strain consequent upon this confinement and lack of food which furnish a set of conditions well calculated to arouse any latent tendency to tuberculous diseases.

Clothing, feeding, and cleanliness.

As also causative factors we will treat under one head clothing, feeding, and cleanliness. Most prison inmates may be said to be satisfactorily clothed in so far as the body is well covered, but I believe that in only a few prisons is there any systematic supervision or inspection made at stated periods which would result in frequent cleansing and disinfecting of the clothing. In many institutions men are permitted to wear clothing that is germ-laden, and no distinction is made between the tuberculous subject and the healthy man's clothing. In this we have a means of communicability which is fraught with danger. A man perhaps in the last stages of tuberculosis goes out of prison, his suit is given to another man, and if this man happens to be receptive, herein is an opportunity for infection.

For convenience I wish to include with the clothing the bed, which is another means by which infection is often conveyed. The straw ticks or mattresses of many institutions are seldom disinfected, and are not protected by sheets and pillow covers. The bedding does not follow the inmate, but is left in the cell to be occupied by another who may be assigned to that cell, and again in this we have a danger of infection.

The feeding of the prison population is of great importance to the well-being of that population from a physical and mental standpoint. The law in most States prescribes a simple and coarse diet, but this diet is often made monotonous, without any reference to the bodily condition of the man receiving it or to the seasons of the year. All types of men are not alike in their food requirements. This is especially so of the tuberculous subject, who requires an especially nutritious diet, rich in certain elements. Indigestible, not easily assimilated foods, enervate the individual and make him an easy prey to tuberculous disease, as this is essentially a disease of malnutrition. It will be found that the history of most tuberculous subjects shows in its early history a failure of the digestive processes, they gradually losing weight and strength. It is seldom indeed that the tuberculous subject does not suffer from some sort of digestive disturbance. Improper feeding, therefore, is a prolific cause of tuberculous diseases in penal institutions.

The body hygiene of so dense a population as we have under prison conditions is important and emphasizes the necessity, even more than in ordinary civilian life, of correct methods. This is sadly neglected in most of the institutions I have visited, and while great improvements have taken place in these matters, yet there is a great lack in the training of the individual in matters pertaining to his bodily cleanliness. Men are bathed weekly, and, in so far as that goes, that is excellent, but the care of the teeth, the mouth, the cleanliness of the hands, and the hygiene of the feet are often neglected. Many of the prison inmates are adverse to even bathing and will avoid every hygienic measure possible. Physical exercises are used in but few institutions, and thus a very efficient means of keeping up the bodily health is neglected.

We have enumerated as the more important factors in the propagation and spread of tuberculosis:

1. The housing and working environment.
2. Cell life.
3. The prisoner himself, his early life history, his receptivity super-induced by the effects of confinement.
4. Effects of discipline.
5. Clothing, feeding, and cleanliness.

General preventive recommendations.

Referring again to our reports, we find in answer to the question relative to the management and treatment of the tuberculous element in the prisons that 68 responded and 9 made no suggestions. By far the larger majority recommended, as best suited to accomplish the object in view, strict isolation and outdoor life, by means of either tuberculosis farms or outdoor exercise, and thorough destruction of sputa. A few also recommended the use of gymnasiums, military drill, forced feeding, tent life night and day, and the pardon system. It was pleasing to note that so many of the physicians reporting were in harmony as to the methods best calculated to effect the prevention and spread of the disease. These recommendations were all general, and in only a few cases were any suggestions made in detail as to how best to deal with the subject. The suggestion as to the use of the tent night and day can be dismissed as impractical in a prison proper because of the expense of guarding such a population residing in tents. With reference to juvenile populations, I believe it would be perfectly feasible to establish summer camps in healthful localities, either at the seaside or in the mountains. These camps could either use tents or open buildings, and to them could be sent all those in a receptive condition as well as many of those already infected. The effects upon these weaklings of even a few months of life in the open air would undoubtedly work a mental and physical regeneration in many, and in time we should have more robust juvenile, and consequently healthier, penal populations.

The suggestion as to the use of the pardon may also be dismissed, as I consider this aside from exceptional cases a

pernicious method of dealing with the tuberculous prisoner. As a rule he will not be pardoned until his case is hopeless, and it would be simply a question of his going home to die, thereby exposing many to infection. As to the use of the tuberculosis farm, this is an excellent recommendation, and, wherever practicable, is a most happy solution of the problem. It is, however, as a rule, expensive, and to the minds of most State legislators impracticable.

The Wynne farm.

The most encouraging illustration of this system is shown by the report of the Wynne farm, at Huntsville, Tex. This farm was established in 1899 upon recommendation and with the cooperation of the penitentiary officials. The location is upon high, well-drained ground, and is situated about 2 miles from the town of Huntsville. The farm is owned by the State and is under the supervision of the penitentiary officials. Patients are received at all stages of the disease. All institutions, including the jails, are directed by the superintendent of penitentiaries to transfer those suffering from tuberculosis as soon as the disease is recognized. Every possible precaution is exercised in the way of cleanliness and the destruction of sputa, etc. The men are employed in light farm work, gardening, poultry and stock raising. Forced feeding is practiced, and only mild medicinal treatment is used. During three years of its life there was transferred to this farm a total of 180 cases, and during a period covering the last year there has been a decrease of over 50 per cent in the number sent to the farm. This is attributed by the physician to the system of removing all tuberculous subjects from the general prison population to the farm. Previous to the use of this farm 50 per cent of all the deaths in the prisons of the State of Texas were due to tuberculosis. The total number of deaths during the three years in the total population of 180 was 45, a percentage of 24.44.

I believe that in some other States farms and camp life are used to some degree as a means of combating tubercu-

losis in connection with the prisons, but no reports of this work are available.

From these more general recommendations I pass to the consideration of more specific methods of preventing and treating this disease.

Corrective measures applied to housing and working environment.

The prevention of tuberculosis in penal institutions should begin with the early life history of the juvenile offender, which is not within the province of this report. Aside from this, the prevention of tuberculous diseases in penal institutions presupposes, first, proper housing.

Tuberculosis is essentially a house disease. It is bred, fostered, and propagated to a larger degree through the housing environment than through any other one means. The buildings used for penal purposes, including jails, houses of detention, juvenile institutions, penitentiaries, prisons, and reformatories should be located and especially constructed in such a manner as to secure the most modern type of sanitary appointments. The grounds upon which these buildings are to be located should be selected with a view to their drainage opportunities, not only as to the fall, but as to the character of the underlying soil. Every method known should be adopted to make the soil free from accumulative moisture. In and about the older institutions much could be done by under and subsoil drainage. No building should be used for cell purposes whose first floor is in close contact with the ground. There should always be a dry basement underneath the cell corridor or house. This is an important factor in the prevention of tuberculous disease, for it is in damp houses where we find the disease most prevalent.

Having secured a healthful site, the buildings of these institutions should be so placed that they receive both the morning and afternoon sunlight, and should have abundant air spaces, large and plentiful windows, and a ventilating system capable of changing the air frequently. The cells

should be light and should have an air content of not less than 500 cubic feet. The cell, it should be remembered, is the living quarter of the inmate, and should be so exposed to the windows as to receive all the sunlight possible. They should be supplied with efficient ventilation, electric lights (this being the only light that does not consume oxygen), water-closet, and washbasin. They should be built of steel, and a washable non-absorbable paint used as an interior finish. The corridors are by no means of so much importance, provided they are well lighted and ventilated, and they can well be left to suit the convenience. These suggestions also apply, in so far as light, ventilation, and a reasonable amount of air space is concerned, to the workshops. The buildings used for penal purposes should be so constructed as to permit the complete isolation of the tuberculous element from the general population. In institutions where the buildings are old, to accomplish this is difficult, but much can be done by renovation and utilization of extensions to present structures. In States where the prison system is of sufficient magnitude to warrant it, there should be, in connection with that system, a special hospital sanatorium or farm, where all tuberculous subjects could be isolated from the prison proper, and to which could be immediately transferred all such cases as soon as the disease was recognized. These institutions need not be expensive, and in many cases where farms are practicable, they should be made practically self-sustaining.

General recommendations as applied to the prisoner himself.

In meeting the third condition which we have enumerated, namely, the prisoner himself, we can do little but appeal to the municipal governments and social organizations to better by every possible means the housing, environment, and moral training of the classes from which the larger portion of our criminals come. We must, however, for the most part, take the criminal as we find him as he enters the doors of some one of the institutions, estimating his receptivity, and placing him in the most favorable environment possible.

General recommendations as to discipline.

In considering the effects of prison discipline upon the prisoner, with reference to his receptivity, we are confronted with the positive necessity for prison discipline. All we can hope to do in this direction is to adjust this discipline so that its effects will be the least harmful. Many forms of prison punishment may be used, and yet not be necessarily detrimental to the health of the prisoner. Where solitary confinement is used the cells should be large, well ventilated, and furnished with all the appliances and appurtenances to sanitary living. If a restricted diet is used its effects should be carefully watched, and bodily cleanliness should, under all circumstances, be enforced while the subject is under punishment. To take the place of the punishment cell every possible device should be utilized, such as loss of grade, good time, privileges, and the use of substitutionary measures.

General recommendations as to clothing, food, and cleanliness.

The clothing of a penal population is important, not only from the standpoint of its protection from climatic changes, but also because it may be made the means of conveying infection. The clothing should be suitable in quality and quantity, and adjustable to the changes of the seasons, be frequently subjected to rigid inspection with a view to cleanliness, and thoroughly disinfected at reasonably frequent periods. The clothing used by the tuberculous subject should never be transferred to the healthy individual without thorough disinfection, and it would be better never to make this clothing transferable. The same rule applies to the cell bedding.

While the food must necessarily be plain in character, it should nevertheless be varied to suit conditions and seasons. It should be nutritious, well cooked, and a careful balance maintained between the different proteid and starchy elements. There should be a generous mixture of vegetables, and occasionally fruits. The tuberculous element should be fed entirely separate from the prison population proper.

Every person in penal populations should be compelled to bathe frequently, caring especially for the feet and scalp. Spray and shower baths are preferable to any other form of bathing. The teeth also should be well cared for and the prisoner should have access to dental treatment. Most of the ills and the receptivity of the prisoner are due to disorders of nutrition, and much depends upon the clothing, feeding, and cleanliness of such populations to keep the health at a high standard. One of the great drawbacks to a population of this kind is the confinement and the lack of open air and sunshine. Means should be provided, therefore, for every prisoner to receive daily a certain amount of exercise in the open air.

There are many other features of the life of the prisoner, such as physical exercises and healthful reading, that go to make him physically more robust, but enough has been suggested in general outline to convey ideas that, if put in operation, would do much toward preventing and lessening the spread of tuberculous disease among prison populations.

Mandatory examination law.

The first step in the intelligent and effective treatment of the tuberculous prisoner is the introduction into all the institutions of systematic methods of examination, which will make not only possible, but certain as may be, the early diagnosis of the disease. In my judgment there should be enacted a compulsory law in every State which shall make it mandatory upon the physician of every juvenile penal institution, jail, penitentiary, or prison, the examination of every admission to the institution of which he is in charge, with a view to the detection of this disease at its earliest as well as at any stage in which it may at the time exist.

Properly printed blanks should be furnished indicating how such examinations are to be conducted. If on examination a jail physician shall find an inmate to be suffering from tuberculosis he shall at once fill out this blank and file a copy with the district attorney, with a view to hastening the trial of the infected person and his transfer to the institution where

he may receive the benefits of special provisions made for him by the State. In cases of conviction a copy of this certificate should accompany the commitment in every case. If acquitted, he should be informed of his condition on release. The recognition of the disease is the key to the situation, and upon it must rest all subsequent efforts looking to its prevention and the proper treatment of the already infected.

Special methods of treatment.

Special provision has been made at Clinton Prison, located at Dannemora, in the State of New York, and situated in the Adirondack Mountains, at an altitude of 1,500 feet, for the care of the tuberculous inmates of the prisons and reformatories of the State, it being contemplated to eventually provide a system which will mean the transfer to this institution of every tuberculous case on its reception at any of these institutions. The idea of thus furnishing special treatment at this prison for tuberculous patients has grown out of the fact that it was found by experience that tuberculous patients did better in the climate of Clinton than at any of the other prisons. We are at present receiving transfers from Sing Sing, Auburn, and the Eastern New York Reformatory and Elmira.

The method of procedure in transferring is about as follows: When a physician of any of these institutions finds on examination that an inmate is suffering from tuberculosis he places him in a special isolation cell until a sufficient number have accumulated to warrant transfer to this institution. From the reformatories this is done upon special order of the Superintendent of Prisons, while those transferred from Sing Sing and Auburn come with the usual drafts.

There are in operation at Clinton special tuberculous wards entirely separate from the hospital proper. These wards are welllighted and ventilated rooms, with a favorable exposure. In connection therewith are baths, toilet, light treatment rooms, dining room, and all the appurtenances useful in this disease, and an exercise court for open-air treatment.

Methods of recording.

On admission to prison of any convict he is stripped, bathed, and given a careful physical examination, and, if it is determined he is suffering from tuberculosis, his family and his own history are taken and recorded on an index card embodying the following questions:

Tuberculosis case record.

Date: November 30, 1904.

Name: John Doe. No.: 0000. Crime: Burglary 2. Sentence: 10-0.

Terms: 1. Age: 28. Color: W. Nativity: Am. Marital relation: S. Occupation: Baker.

Weight: Usual, 130; present, 97. Previous environment: Poor; reared tenement-house district, New York City. Family history: Father and mother died, tuberculosis.

Source of infection: Association.

Duration of disease: Three years.

Symptomatology: Cough, yes; expectoration, muco-purulent.

Sputum examined: 10-15-04; tubercle bacilli and mixed infection bacteria.

Expansion: One inch.

Pleurisy: Yes. Adhesions: Yes; left side.

Consolidations: Apices, right and left. Râles: Mucous. Cavities: Central upper portion, left.

Hemorrhages: Yes. Blood state: Poor; red corpuscles, 3,400,000.

Larynx: Negative. Abdomen: Negative. Glands: Cervical, both sides, infiltrated and discharging.

Bones: Negative. Testes: Negative. Skin: Negative.

Stage: Third. Discharged:

History: Patient was admitted to hospital October 1, 1904, assigned Section A, ward 6. Glands subjected to ultra-violet X-ray treatment; subcutaneous injections of olive oil, and special diet. Patient improving, as evidenced by gain in weight, reduction of enlarged glands, return to normal temperature, and improved general condition.

Under present conditions if a prisoner is found to be in an active stage of the disease or is in a weak or exhausted condition, he is admitted to a tuberculosis ward. He is then assigned a bed and hospital clothing. His condition is carefully noted and recorded, and a daily record of his condition is kept thereafter. He is also instructed as to the hospital regulations governing his personal habits, care of his sputa, his teeth, his hair, and his clothing. He is subjected to the hos-

pital discipline, which requires him to deport himself in an orderly manner. He is permitted to exercise and at certain hours to mingle with other members of his section of the ward, and also to play checkers or dominos with his fellow-section men.

How the patient is treated.

His treatment is divided into three phases, viz, physical, medicinal, and dietetic. The physical treatment usually consists of simple exercises and the opportunity to exercise in the outdoor court, which is in connection with the hospital. This exercise court is provided with benches, elevated cuspidors containing antiseptic solutions, water-closet, crematory for sputa, and running spring water. The patient is required to exercise in this court morning and afternoon each day, whenever the weather permits.

The medicinal treatment, while subordinated to the physical and dietetic, is nevertheless considered an essential feature, and most patients do better with some medicinal treatment than without it. The chief medicaments used are creosote, guaiacol, ichthyol, formalin, cod-liver oil, stomachics, soluble iodine, tonics, and the subcutaneous injection of olive oil. In addition to the usual medicinal treatment I have treated some 119 cases by the use of the ultra-violet X-ray, and have found it very beneficial in glandular involvements and tubercular caries of the bones. This work is in its infancy, and while the results in certain superficial lesions are highly satisfactory, sufficient time has not elapsed to ascertain its potency in the treatment of the deeper chest lesions. There is every indication, however, that in a certain percentage of this class of cases it will prove beneficial.

In connection with this I also use the incandescent-light treatment. I believe it feasible, and would avail much if in every penal institution there was in use a large room where all inmates who were in a specially receptive state to tuberculosis or in its incipient stage could be submitted to a flood of electric light for at least an hour each day. These light-treatment rooms are easily fitted up by the use of incandescent or iron

arc lights arranged about the walls of the room and furnished with reflectors, so that the light is thrown on the patient sitting in its direct rays. The effect of this light treatment is invigorating, the body weight increases, the cough is lessened, and if it is used early I believe, in predisposed cases, would enable many to resist the disease.

The diet of these patients is very essential and is prescribed daily by the physician, and furnished on his order from the hospital kitchen, in charge of a hospital steward. It is aimed to make this diet as nutritious as is consistent with the means at our disposal in a prison hospital. It includes principally cereals, vegetables, fruits, milk, meat, eggs, and fish. It is not, however, to the mere treatment alone that improvement is due, but to the general training of the patient, and his opportunity to exercise in the open air, and the effects of the climate. It is, however, impossible under prison conditions to give the tuberculous patient the amount of open air that his case requires, and herein lies a great drawback to the work. Notwithstanding this, however, it is gratifying and sometimes astonishing to see how these men improve under this ward treatment. They come to us emaciated, anæmic, and exhausted, and apparently to live but a short time. A few days' treatment makes a manifest improvement in them. If they carry temperature, it gradually subsides; they soon begin to take on color and weight, many of them gaining a large number of pounds.

Results of treatment.

As will be shown in the following figures, a large percentage of this class is improved, some of them cured, and in many the disease is arrested, and the results as compared with other institutions as regards the mortality rate are very favorable.

The total number of recorded cases transferred to Clinton up to November 1, 1904, is 979. During a period between October 1, 1902, and November 1, 1904, there was a total of 461 cases treated in the hospital wards. Of this number, 202 were discharged from the prison, 15 died of tuberculosis, 3

of other diseases, and 10 were transferred to the State Hospital for Insane Convicts, leaving 240 now in the prison. Of the number remaining, 149 are under treatment, and 91 are assigned to labor of different kinds best suited to their cases. In a majority of these 91 cases the disease is apparently cured or arrested. The duration of the disease of the 461 cases is as follows:

Less than one year	61
One year	55
Less than five years	240
Over five years	105
Total	461

It is well to notice in passing that the advanced cases are largely in the majority.

No results are given of men discharged from hospital to cells, but only when the men are discharged from the prison, thus affording a most excellent opportunity for judging of the ultimate results, a man often serving several years after his case has been cured, arrested, or greatly improved, at such labor as his physical condition will admit. Of the 202 men discharged from prison during this period, the results were as follows:

Apparently cured	25
Arrested	85
Greatly improved	8
Improved	76
Negative	8
Total	202

Of the 15 deaths, the average duration of the disease in 14 cases was five years, 1 unknown. The percentage of deaths upon the total number treated was 0.032.

Comparison with other institutions.

It is only by comparison that we can judge of the significance of figures of this sort, and as there are no precedents in this work with which to draw comparisons, we select for this purpose three institutions doing excellent work in this

line, and which admit a mixed class of cases, i. e., all stages of the disease.

In 1899 the Government remodeled Fort Stanton, N. Mex., and fitted it up after the most approved modern ideas for a sanitarium for the treatment of tuberculosis in the marine branch of the service. From November 18, 1899, up to April 30, 1903, 303 cases of tuberculosis were treated in this institution, with a resulting death rate of 14 per cent. A similar institution for the treatment of tuberculosis in the military branch of the service was established at Fort Bayard, N. Mex. In this institution, during the period between October 30, 1899, and March 31, 1902, 449 cases were treated, with a death rate of 20.9 per cent.

In comparing these figures it should be borne in mind that these sanitariums are situated in one of the most favorable climates for outdoor living, and are supplied with every necessary element to successful treatment.

In the Metropolitan Tuberculosis Infirmary, at Blackwells Island, New York, during the period from March 31, 1902, to April 30, 1903, there were treated 2,094 cases, with a resulting death rate of 20.68 per cent.

The comparisons summed up in tabulated form show:

Institution	Cases treated	Death rate
		Per cent
Clinton Prison	461	3.23
Marine Sanitarium	303	14.00
Army Sanitarium	449	20.00
Metropolitan Infirmary	1,094	29.68

These figures show in a comparative way the possibility of carrying on such a work successfully in connection with a penal institution, but in judging them it should be remembered that there were received at Blackwells Island a larger percentage of advanced cases than were received at Clinton. We can not use the figures of most sanitariums because they only admit patients in the early stages of the disease, and therefore comparisons would not be of value.

Comparing the result in the prisons of the State since instituting the present methods of transfer and treatment with equal periods previous to that time, shows the death rate in 1892 to have been:

In one year:	
Sing Sing	27
Auburn	44
Clinton	10
	Total 81

In 1902 as follows:

In one year:	
Sing Sing	7
Auburn	5
Clinton	10
Eastern New York Reformatory	0
	Total 22

A comparison of two consecutive periods of five years each shows the death rate to have been under the old methods 252, and under the new 72, a gain of 71 per cent for the new methods.

Summary.

We have set forth in the above some of the causes for the presence and spread of tuberculosis among penal populations of the United States, and have dwelt upon such means of prevention and treatment as have been suggested to us by reports from many institutions and our own experience in the work. The means which I believe to be most likely to secure the best possible results may be briefly summarized as follows:

- (1) Improved construction, housing, and working environment.
- (2) Larger, better ventilated and lighted prison cells, the abolition of the bucket system, and the substitution of proper toilet facilities.
- (3) The recognition of the prisoner's receptivity to infection, and his assignment to the most favorable opportunities for resisting the disease.

(4) Substitution in so far as possible of other forms of punishment for those of the solitary and dark cell, with starvation diet.

(5) Provisions for proper clothing, its cleansing and disinfection, and the administration of spray baths and physical exercise in the open air.

(6) The absolute separation from the prison population proper of all tuberculous subjects, together with strict regulation of the spitting habit, the destruction of sputa, the absolute disinfection of beds and bedding used by one inmate and transferred to another's use, the control of dust production in living quarters and workshops.

(7) Special wards for the treatment of all active cases.

(8) A compulsory law compelling the examination of every admission to any penal institution for the purpose of an early detection of the disease.

(9) The construction in every State of a special hospital or sanitarium, favorably located and properly equipped for the treatment of tuberculous subjects, and the transfer of all such to this institution from the jails, penitentiaries, reformatories, and prisons.

(10) Provisions for outdoor employment, such as farming, light gardening, &c., for all apparently cured cases.

(11) The feasibility of a provision by the Federal Government for an inquiry into the status of tuberculosis in penal institutions of the United States for the purpose of gaining statistical information of value.

It is coming to be recognized by nearly all those engaged in prison work that not only are these things necessary to the prevention and cure of a special disease, but they are essential to a sound and satisfactory penal administration, for it can not be said that an institution whose population is afflicted in any degree with a communicable disease, a disease which impairs the usefulness of so many inmates, is compatible with a prosperous and economic administration. None of these suggestions conflict with the most practical and modern views of what a prison administration should be.

At first thought it may appear of small importance to the general public as to what is being done in penal institutions so long as the prisoner is kept safely until the expiration of his sentence, not absolutely injured or subjected to cruel or unusual punishment. A little reflection and investigation of the subject, however, will quickly convince one that a prison population is essentially as much a part of the community as any other class. In the first place, putting a man behind prison bars and dressing him in stripes does not relegate him to another species. He is still a man, and, like other men, subject to the laws of life, health, and emotion. Neither does this temporary incarceration entirely divorce him from the ties of family, home, and friendships, nor does it always deprive him of social and political influence. He must therefore be reckoned with as a social factor, and society is morally, as well as by legal enactment, bound to protect him in all that appertains to his bodily and mental vigor. But this is not the only nor the chief reason why society and the immediate community are, or should be interested in the conduct of penal institutions and the welfare of their populations.

Penal populations are always tidal populations, with an outgoing as well as an incoming tide. It therefore means much more to the community as to what a man is when he comes out of prison than when he goes in, for he then becomes a local factor in the social problem, and what he is as a man—his individuality, his personality, and both his moral and physical condition—are important. He then becomes either a menace, a real danger to the community to which he is discharged, or has within him the possibilities of becoming a useful citizen.

So complex is the problem of moral reform of the incarcerated criminal that there may be more or less doubt as to just how far our present prison methods go toward making good citizens of those convicted, but when we come to the bodily health we have a feature which is as clearly and positively within correctional lines as is the health of any other person or body of citizens. Disease is no respecter of persons. A prisoner can, with few exceptions, be discharged with a

degree of health which will at least prevent his becoming a menace and a burden to the community in which he is to reside, and be placed in a much more favorable attitude, both as to his moral probabilities and his working capacity. This is especially true of the disease which just at present is engaging the attention of the civilized world, namely, tuberculosis (consumption).

Should there be doubt on the part of any as to the propriety of the States thus protecting the incarcerated criminal in such measure as is here proposed, let it be said that the exercise of this function by the State can not be said to be sentimental or paternal, but is its legitimate prerogative, which is inherent in constitutional governments and appeals both to the reason and the common sense. The exercise of the State's authority in convicting a man of a crime does not imply the cutting off of his opportunity for future usefulness, for if this were the object and the function of the law there would be no sentence short of life or the death penalty.

When a man is given two years or ten years, the inference is that not only will society be rid of his presence for that length of time, but that he will be returned to society more or less cured of his moral infirmity and better fitted to assume the life of a useful citizen. In view of this, if for no other reason, the State is bound by every principle of self-interest, to say nothing of fairness, justice, and right, to clearly define the relations which exist between itself and a prison population as that of guardian and ward, and the claims of such a population upon the State's interest and protection from incapacity engendered by disease take precedence over its interest in this regard in the outside community, which is so largely protected by town and municipal regulations. That the State should not withhold its powerful aid to the general community in a manner calculated to make for healthier people is patent, but neither should it deny this assistance to those who are its legal wards. This is, indeed, not only its rightful legal function, but it is its privilege to thus lend itself to the betterment of the prison populations, not only for their own safety, but that of the general community.

DIAGRAM A.

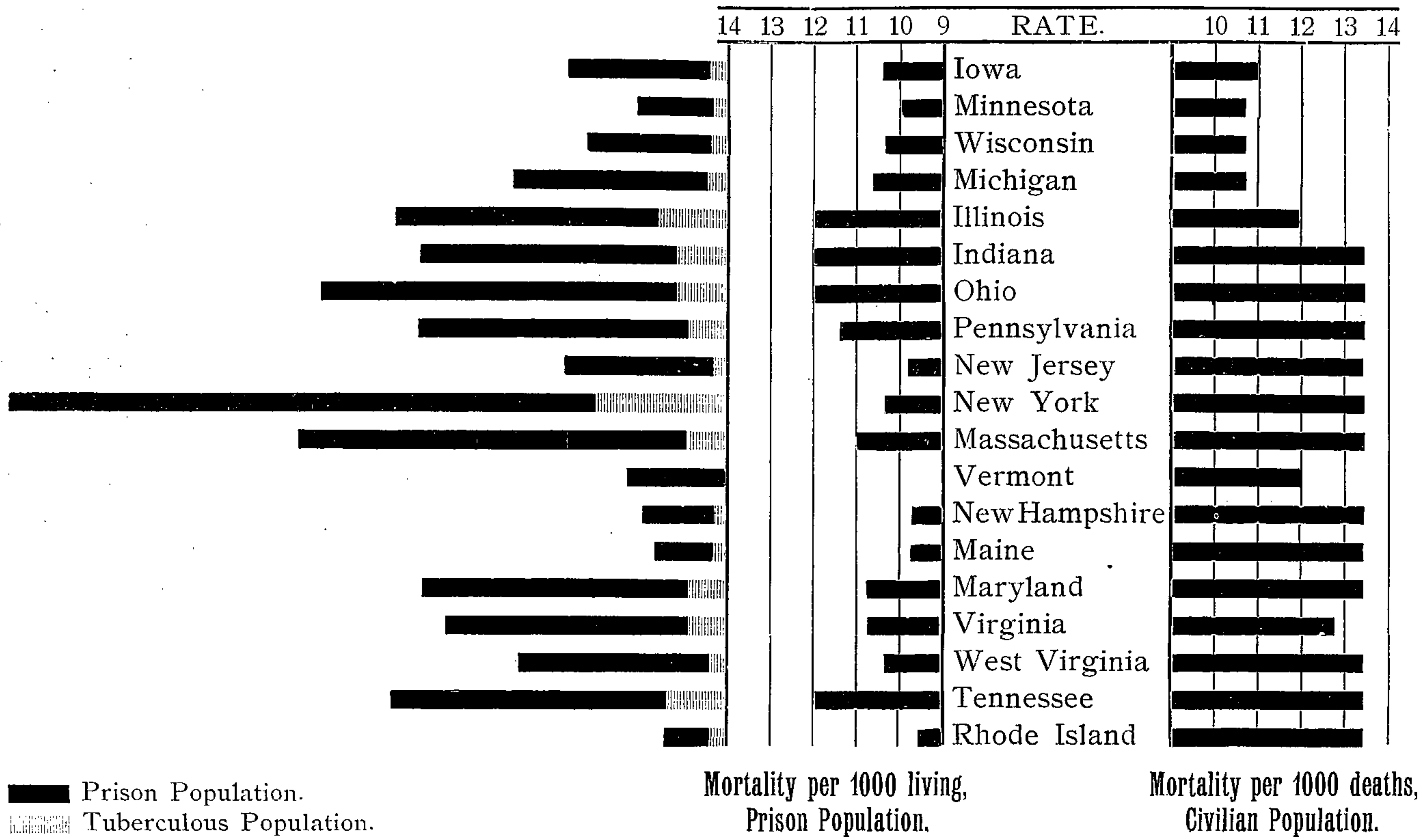


DIAGRAM B.

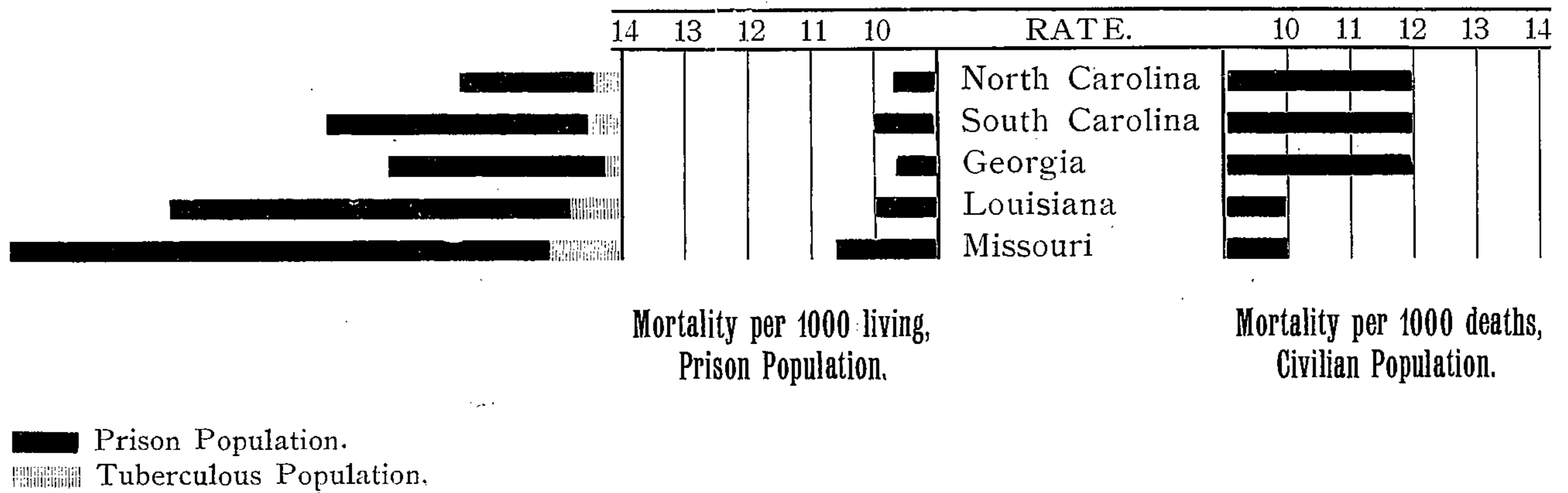
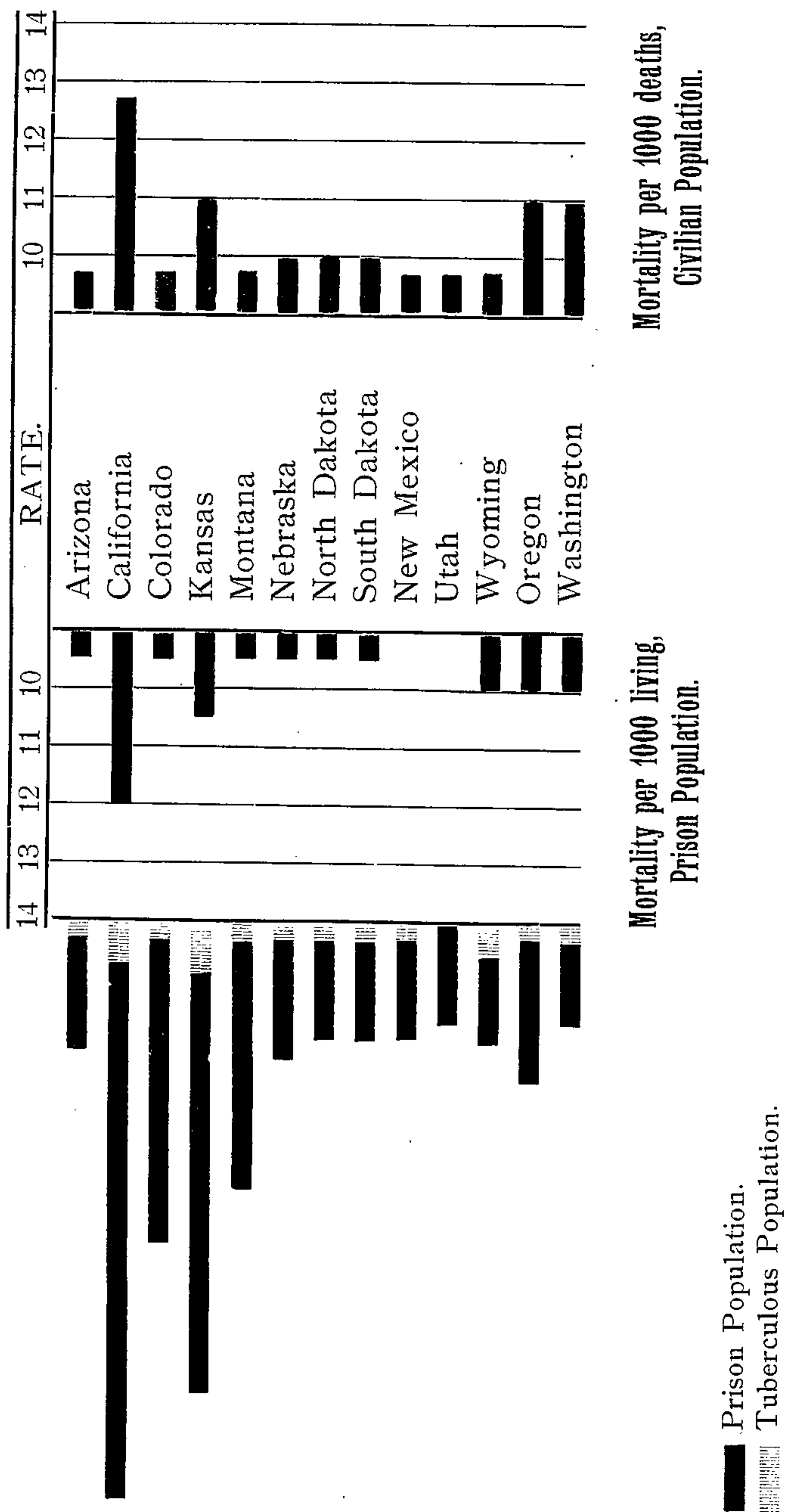


DIAGRAM C.



TROISIÈME SECTION

TROISIÈME QUESTION

Délimitation de l'intervention de l'Etat en matière de patronage.

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR

M. FUCHS, conseiller intime,
président central de l'Union des Sociétés badoises de patronage à Carlsruhe.

Pour répondre à cette question, il faut d'abord se rendre exactement compte des différentes espèces de protection qu'embrasse l'idée de patronage. On reconnaîtra ensuite facilement quelle peut être l'étendue de la sphère d'action du patronage, quels doivent en être les agents, de quelles ressources il doit pouvoir disposer et l'usage qu'il doit en faire pour remplir sa mission sans tâtonnements et sans efforts.

Le patronage est à considérer en première ligne comme un acte de charité, commandé par l'amour du prochain, et grâce auquel les détenus libérés qui font preuve d'un sincère repentir et se montrent animés de bonnes résolutions, trouveront, à leur sortie du pénitencier, la main secourable dont ils ont si souvent besoin pour se créer une nouvelle existence.

Il a son origine aussi dans la conviction, toujours plus forte, que les individus ne peuvent intervenir avec succès à