

*Ospedali e ospizi a Parigi dopo la Rivoluzione.
Verso una più accurata diagnosi
della patologia mentale*

di Giovanni Silvano

Studi generali, ospedali, ospizi e anche campi di battaglia costituirono in età moderna i luoghi di elaborazione del sapere medico: una commistione di teoria e pratica che proprio nell'esercizio della professione trovava la propria ragion d'essere. La medicina si costruì su basi scientifiche, accertabili e controllabili, in particolar modo nelle università più aperte all'innovazione, attraverso un lungo processo sperimentale che influenzò in modo profondo la stessa pratica medica¹. Il medico e la clinica furono da sempre affascinati da quelle manifestazioni del comportamento umano che, nel loro manifestarsi, erano annarse inusuali. Già la medicina classica ne aveva dato conto, ma è

mentale.

Non c'è forse via migliore per analizzare il passaggio dal vecchio al nuovo sistema di diagnosi e cura, appunto introdotto da Pinel, che considerare i documenti di ricovero riguardanti pazienti in trattamento. Ci sono, intanto, i registri d'ingresso alla Salpêtrière. Iniziarono a prendere nota degli accessi il 7 luglio 1721 e poi senza soluzione di continuità fino al 1974, quando questo ospedale diventò la Pitié-Salpêtrière, un policlinico universitario. Si tratta

1. Lo Studio generale di Padova offrì lo spazio culturale e scientifico per l'anatomia di Andrea Vesalio, per la spiegazione della circolazione cardiaca di William Harvey e per l'anatomia patologica di Giambattista Morgagni, come ha scritto G. Ongaro, *Medicina, in L'Università di Padova. Otto secoli di storia*, a cura di P. Del Negro, Padova 2001, pp. 153-193.

di 186 repertori privi di una tabella riassuntiva complessiva. Solamente al termine di qualche registro c'è una tavola che riepiloga dati quantitativi suddivisi alfabeticamente, seguendo lo stesso metodo del repertorio d'ingresso². Nel complesso gli ingressi furono pari a 2.491 unità che devono essere distribuite su un arco temporale di che va dal 7 luglio 1721 al 30 maggio 1724, poco più di 40 settimane. Si tratta di circa 60 ricoveri per settimana, pressappoco 8 o 9 persone ogni giorno³.

I repertori che seguono, quasi mai forniti di dati complessivi riguardanti gli ingressi, sono accompagnati da un indice alfabetico che riporta di ogni donna il nome e il numero della carta del documento dove risulta, appunto, descritta. E poi ci sono i registri che riportano le generalità della donna, il motivo dell'ingresso, ovvero l'indicazione dell'autorità che ve l'aveva condotta e, nei casi fortunati, anche la data delle dimissioni. Questo registro non è tenuto alfabeticamente, ma cronologicamente⁴. Anche nell'anno della Rivoluzione il repertorio continuò a essere tenuto come in precedenza, come se nulla fosse accaduto⁵. Per un secolo e mezzo questi repertori continuarono a essere ordinati allo stesso modo e per vedere un minimo mutamento bisogna attendere il registro del 1870 che alla fine, pur non riportando una tavola numerica, riporta i nomi delle ammesse raggruppate alfabeticamente. I numeri ricavabili danno una stima degli ingressi di molto inferiore a quella che si era registrata agli inizi del '700. Le donne ammesse furono 161⁶. I registri offrono qualche informazione aggiuntiva, come l'età e l'esito del ricovero, ma i numeri dei ricoveri non ci sono⁷. Compiono agli inizi dell'800 quando alla fine del registro si trova una nota di questo tenore «Le présent registre contenant les noms de mille cinquante-trois individus entrés depuis le premier janvier mil huit cent huit inclusivement jusques et compris le trente un décembre de la dite année, est définitivement clos et arrêté aujourd'hui par tous les membres de la commission administrative chargé des hospices civiles de Paris. Fait à la Salpêtrière le deux janvier mil huit cent neuf»⁸.

Già da qualche anno i registri erano tenuti in questo modo e non è così improbabile trovare accanto al nominativo della donna, sulla destra della

2. Paris, *Archives de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris (AP)*, Salpêtrière, 1Q 1/1, Répertoires d'entrées, 7 juillet 1721 – 30 mai 1724.

3. Del tutto artificiosamente, per una mera esigenza di conteggio, gli ingressi possono solo essere raggruppati nel modo seguente, considerando l'iniziale del nome della persona registrata: a 11, b 8, c 18, d 32, e 52, f 80, g 70, h 32, i 90, j 100, m 120, n 140, o 150, p 156, q 170, r 180, s 194, t 206, u 220, x 230, z 232.

4. AP, Salpêtrière, 1Q 2/5, Registre d'entrées, 28 janvier, 1721 – 31 décembre 1727.

5. AP, Salpêtrière, 1Q 1/86, Répertoires d'entrées, 1^{er} juillet 1789 – 31 décembre 1789.

6. AP, Salpêtrière, 1Q 1/151, Répertoires d'entrées, 1868-1870.

7. AP, Salpêtrière, 1Q 2/113, Registre d'entrées, 1^{er} frimaire An II – 29 floréal An II.

8. AP, Salpêtrière, 1Q 2/133, Registre d'entrées, 1808. Questo registro di 106 carte era stato preparato dai membri della commissione amministrativa incaricata di verificare gli ingressi presso gli ospizi di Parigi.

carta, il nome di Philippe Pinel, come nel caso di una paziente chiamata Margherita, ricoverata, di 50 anni e sposata, nata a Versailles che venne dimessa dalla Salpêtrière il 21 aprile 1806 «d'après à le certificat de Monsieur Pinel médecin en chef»⁹. Il registro precedente, l'ultimo dell'anno XIII della repubblica, non riporta alcuna nota riassuntiva, come avviene a cominciare dall'anno successivo. Il 30 marzo 1816 nella carta di guardia del registro 139 si trova per la prima volta in questa serie l'indicazione che le donne ricoverate alla Salpêtrière potevano essere o soltanto povere o alienate o epilettiche¹⁰. Essere povere equivaleva a essere ammalate, in ogni caso, bisognose di soccorso. Altra cosa era la diagnosi di alienazione o di epilessia. L'alienazione mentale era considerata come un marcato cambiamento della personalità; era pure sinonimo di pazzia e non esauriva in sé ogni forma di patologia mentale. Fu una categoria diagnostica della massima importanza, poiché la legislazione della seconda metà dell'Ottocento e dei primi anni del Novecento fa riferimento a tale condizione per determinare il trattamento complessivo di questi pazienti. Ben più accurata era la diagnosi di epilessia che da tempo era tra le condizioni patologiche più studiate dalla medicina francese.

Già il grande chirurgo Ambroise Paré, che al fine di migliorare la pratica chirurgica non aveva esitato a far propri gli insegnamenti anatomici di Andrea Vesalio, aveva ideato uno strumento, lo *speculum oris*, per vincere le contrazioni mandibolari che accompagnavano le crisi epilettiche. Molto importante dal punto di vista diagnostico fu la distinzione tra 'piccolo male' e 'grande male' introdotta da Esquirol per separare un paziente soggetto a brevi tempi di assenza da altri, colpiti da crisi tonico-cloniche¹¹. I tentativi di cura furono molti, si impiegarono trasfusioni di sangue, purghe e bagni senza ottenere nessun risultato apprezzabile. Si impiegarono anche il nitrato d'argento e l'ossido di zinco e, più tardi, bromuro di potassio. Nelle cartelle cliniche esaminate, la diagnosi di epilessia è spesso presente. Se è indubbio che si trattasse della malattia da sempre ben conosciuta e descritta, interessante è sottolineare all'interno di quale patologia essa era inquadrata. Tra le malattie mentali, l'epilessia era una condizione acquisita che complicava drammaticamente il caso. Da una parte, stavano affezioni congenite che colpivano l'uomo durante la sua vita, alterandone le normali facoltà, come nel caso di idiozia, dall'altra, dipendevano da una infermità congenita o da affezioni sopraggiunte che avevano potuto impedire lo sviluppo dell'encefalo¹².

9. AP, Salpêtrière, 1Q 2/131, Registre d'entrées, 1806.

10. AP, Salpêtrière, 1Q 2/139, Registre d'entrées, 17 avril 1816 – 31 décembre 1817.

11. La storia del continuo perfezionarsi della descrizione delle manifestazioni cliniche della malattia è l'oggetto dell'interessante contributo di F. Brigo *et al.*, *A brief history of typical absence seizures – Petit mal revisited*, «Epilepsy & Behavior», 80 (2018), pp. 346-353.

12. Tale sintetica classificazione riprende Esquirol e fu proposta in ambiente italiano da Andrea Verga, come è stato bene evidenziato da G. Salomone, R. Arnone, *La nosografia*

Esquirol descrisse le manifestazioni cliniche della malattia magistralmente. Inoltre, il grande clinico e scienziato francese propose diagnosi differenziali tra epilessia e altre patologie mentali giungendo in tal modo ad approfondire non solo la stessa epilessia, ma pure un ampio spettro di malattie mentali allora conosciute e diagnosticate. L'esito è una sintesi scientifica e clinica del modo di intendere la patologia mentale dopo la Rivoluzione. Si tratta di un'occasione unica di addentrarsi nell'universo scientifico e diagnostico di un alienista dell'inizio del XIX secolo a Parigi, impiegato in ospedali che da tempo ricoveravano, appunto, questo tipo di patologia. Egli avanzò le proprie considerazioni partendo dalla sua esperienza alla Salpêtrière «Aidé de M. Calmeil, médecin surveillant de l'hospice de Charenton, et alors élève de l'hospice de la Salpêtrière, j'ai recueilli avec le plus grand soin l'histoire des femmes qui habitent le quartier des épileptiques, au nombre de trois cent quatre-vingt-cinq»¹³. Si è già entro le mura dell'ospedale, nella sezione epilettici con Esquirol che inizia a suddividere le pazienti in gruppi diagnostici specifici. Dal gruppo complessivo delle ammalate, 46 erano isteriche; spesso si confondevano i segni tipici dell'epilessia con quelli dell'isteria; donne isteriche erano anche epilettiche ma, sottolinea l'autore che con una grande esperienza clinica è possibile attribuire le convulsioni alle quali sono soggette queste donne a una delle due malattie: le isteriche manifestano una propensione alla mania e quasi tutte sono ipocondriache, ma non cadono nella demenza¹⁴. Rimangono altre 339 donne affette da epilessia da diagnosticare.

Tra queste, 12 sono monomaniache, 30 maniache alcune delle quali con tendenze suicidare e volte all'autolesionismo. Furiose o irascibili erano 34 e solo in 3 casi il furore si scatena subito dopo la crisi¹⁵. Cento quarantacinque

psichiatrica italiana prima di Kraepelin, «Giornale italiano di Psicopatologia», 15 (2009), pp. 75-88.

13. J.-E.-D. Esquirol, *De l'épilepsie*, in J.-E.-D. Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, t. I, Paris 1838, p. 284.

14. Alcuni decenni più tardi, di isteria parlò magistralmente Jean-Martin Charcot, anche lui alla Salpêtrière. Del suo magistero in questo ospedale di Parigi è ben nota la vicenda, tanto che nel 1986 fu allestita una mostra dal titolo: *La leçon de Charcot: voyage dans une étoile. Exposition organisée au Musée de l'assistance publique de Paris*. Egli definì questo ospedale un museo vivente di patologia. Tra i suoi compiti vi fu anche quello di separare le pazienti epilettiche da quelle isteriche, la qualcosa gli offrì l'opportunità di affinare ulteriormente la diagnosi differenziale tra le due patologie.

15. Vale la pena ricordare che Esquirol aveva scritto qualche anno prima nel 1816 alcune considerazioni sul "furore", uno stato d'agitazione psicomotorio. Tra le molte interessanti osservazioni di carattere clinico, che definiscono assai bene il comportamento di questi pazienti, è da sottolineare che il furore non è in sé una patologia, piuttosto dipende da altra patologia oppure può esso stesso portare all'alienazione mentale. Si tratta di un segno che richiede nella maggior parte dei casi una particolare abilità diagnostica e terapeutica per non confonderlo con la mania o altre patologie. Inoltre Esquirol non dimentica di evidenziare che «ce symptôme à été la cause d'erreurs d'une conséquence plus générale, et non moins

sono in uno stato di demenza e 16 tra queste lo sono costantemente, le altre lo sono dopo la crisi, due mostrano parossismi o crisi di furore. Otto sono idiote: una fu epilettica dal settimo all'ottavo anno di vita e sembra avere avuto solo 5 crisi. Cinquanta sono donne ragionevoli, ma soffrono di assenza di memoria più o meno frequentemente oppure nutrono pensieri esaltati, alcune patiscono di un delirio fugace, tutte tendono a diventare dementi. Sessanta non mostrano segni evidenti di deficit di intelligenza, sono tutte suscettibili, irascibili, di difficile convivenza, capricciose e bizzarre, tutte hanno qualche tratto caratteriale molto singolare. Duecento sessantanove epilettiche, pertanto, sono più o meno alienate! Alcune hanno il presentimento che una crisi sta scoppiando, molte hanno allucinazioni: credono di vedere corpi luminosi, che fanno loro credere di essere infiammate, oppure corpi neri che le avvolgono e avvertono gli odori più fetidi¹⁶.

Tali allucinazioni allarmano queste donne che manifestano il loro timore nei lineamenti che il viso assume durante la crisi. Quasi tutte le epilettiche, dopo la crisi o la vertigine si trovano in uno stato di demenza che tende a scomparire un poco per volta; molte sono prese da carfologia, un movimento continuo di mani e dita che sembrano voler afferrare oggetti minuti o invisibili vaganti nell'aria. Lo si riscontra anche nel delirium tremens o nel delirio febbrile. Il furore delle epilettiche scoppia dopo la crisi, di rado prima, nulla lo può contenere, «ni l'appareil de la force, ni l'ascendant moral, qui réussissent si bien à l'égard des autres maniaques furieux. Cette fureur est si redoutable et si redoutée, que j'ai vu dans un hospice du midi tous les épileptiques enchainés chaque soir sur leur lit, par la crainte qu'ils inspiraient»¹⁷. Se Esquirol ammette di non saper dire se la mania degli epilettici abbia o meno un rapporto con la frequenza delle crisi o con le vertigini, in ogni caso essa può manifestarsi in epilettici già in stato di demenza. Quest'ultima è la specie di alienazione mentale che minaccia più spesso gli epilettici.

L'alienazione mentale negli epilettici può essere episodica, di durata oscillante tra un istante fino a qualche giorno, come nella mania, oppure permanente, come nel caso della demenza che è una condizione indipendente dalle crisi. Questa inizia a manifestarsi in relazione al tempo trascorso della prima crisi; tanto elevata è la frequenza delle crisi, tanto più rapido

funeste aux aliénés. Ne voyant dans les fous que des furieux, on a logé, traités tous les aliénés come être dangereux et malfaisants, prêts à tout détruire dont il fallait garantir la société : de les cachots, les loges, les grilles, les chaines, les coups, moyens qui, exaspérant le délire, étaient un des principaux obstacles à la guérison des aliénés», J.-E.-D. Esquirol, *De la fureur*, in Esquirol, *Des maladies*, p. 229.

16. Esquirol, *De l'épilepsie*, p. 285.

17. Esquirol, *De l'épilepsie*, p. 286. L'eco di Pinel è evidente in queste parole, soprattutto quando Esquirol ricorda l'*ascendant moral*, un riferimento certo al trattamento morale, alla persuasione, all'uso della parola?

e lo scivolare del paziente nello stato di demenza. Tale tendenza verso la demenza è legata più alla presenza di vertigine che della crisi; la vertigine ha un'influenza più forte sul cervello ed è ciò che si chiama 'grande male', la crisi completa. Se le crisi si interrompono per lungo tempo, allora le facoltà mentali tendono a ristabilirsi. La questione è comprendere come convulsioni appena percepibili possono essere così funeste per il cervello «comment se fait-il que les convulsions hystériques, qui sont si intenses, qui persistent pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours, ne jettent pas dans la démence, comme les accès épileptiques et surtout comme les vertiges»¹⁸.

L'epilessia è una malattia che dà convulsioni, è una patologia clonica, con perdita di conoscenza. Differisce dall'apoplezia che causa poche convulsioni, ha il polso appena alterato e sembra essere poco pericolosa per il cervello. Anche dalla sincope l'epilessia si discosta nettamente e particolarmente essa è altra cosa rispetto all'isteria. In quest'ultimo caso, essa si manifesta non prima della pubertà, la crisi non sopraggiunge bruscamente, è preceduta o accompagnata dal globo isterico, sensazione di blocco a livello faringoesofageo. Nell'epilessia le convulsioni sembrano interessare soprattutto una parte del corpo; nell'isteria queste sono 'espansive', le membra si stendono e si proiettano uniformemente, l'addome tende a gonfiarsi e soprattutto i malati non perdono conoscenza; non entrano in uno stato di tipo comatoso dopo le convulsioni, e ricordano ciò che hanno appena provato. L'isteria non mette a rischio le facoltà mentali. L'epilessia è una malattia che colpisce le donne più degli uomini; Esquirol non perde occasione per sottolineare che a Bicêtre c'erano solo 162 uomini epilettici il 31 dicembre 1813, quando alla Salpêtrière le donne erano molto più numerose. Scorbuto, sifilide, rachitismo favoriscono l'insorgere della malattia.

Esquirol aggiunge pure che «les violentes commotions morales, le passions fortes, telles que le chagrin, la colère et surtout la frayeur sont les causes les plus fréquentes de l'épilepsie. Cette maladie est causée aussi par de fortes contentions d'esprit, associées à une mauvais régime; la vue d'un accès épileptique, l'habitude de simuler l'épilepsie ont provoqué cette maladie»¹⁹. Le cause della malattia sono di natura sia fisica sia morale, riconducibili a traumi o malfunzionamento dell'una o dell'altra specie²⁰. L'epilessia può essere simpatica o idiopatica; nel primo caso le cause possono agire sugli organi dell'apparato digerente, che diventa il luogo della malattia

18. Ivi, p. 289.

19. Ivi, p. 296.

20. «Les mêmes phénomènes physiques et moraux, qui ont déterminé le premier accès d'épilepsie, deviennent cause des accès suivants, quoique ces phénomènes aient moins d'intensité», *ibidem*.

stessa. L'autorità scientifica di Ippocrate viene invocata per affermare che la bile può causare epilessia. La malattia può essere localizzata, inoltre, nel sistema circolatorio e negli organi riproduttivi ai quali si aggiungono cause che agiscono su organi, per così dire, esteriori. La crisi sembrava a Esquirol poter partire da un arto inferiore o superiore prima di esercitare la sua azione sul cervello. Nelle forme simpatiche o secondarie, l'autore suggerisce che la patologia agisce prima in organi diversi dal cervello: l'aura epilettica viene avvertita perifericamente.

La forma idiopatica o primaria si manifesta nella prima infanzia e può scomparire, come già Ippocrate aveva indicato, con la pubertà, sebbene possa accompagnare tutta la vita del soggetto. Madre e padre dell'epilettico sembrano essere diversamente coinvolti nella trasmissione della malattia: più implicato il padre, mentre la madre risulterebbe più compromessa nella trasmissione della follia. Prima di analizzare i risultati ottenuti dalle indagini di anatomia patologica, Esquirol riassume le cause scatenanti l'epilessia primaria: «les affections morales, en agissant sur le cerveau, produisent l'épilepsie essentielle; celles qui est causée par la colère est moins durable; la frayeur et le chagrin font des impressions plus profondes et plus fortes, dont les effets sont plus difficiles à guérir. On range aussi parmi les causes de l'épilepsie idiopathiques, les vices de conformation du crâne, les lésions des méninges et du cerveau»²¹. Giunto a questo punto, Esquirol si affida ai risultati dell'anatomia patologica per trovare una risposta sicura alla localizzazione dell'epilessia primaria. Sinteticamente «de toutes ces recherches, particulièrement de celle de Bonet, de Morgagni, Baillie [...] que conclure? Rien. [...] Cependant il ne faut pas se décourager la nature ne sera pas toujours rebelle aux efforts de ses investigateurs»²². Parole, queste ultime, degne di un grande scienziato consapevole che ogni ricerca porta frutti nel tempo, spesso dopo tanti vani tentativi di penetrare il segreto dei fenomeni che si stanno studiando.

Sulla base dei sintomi riconosciuti, delle cause note o solamente probabili, sulla conoscenza della lesione degli organi sui quali queste cause si presume agiscano, si può ricavare una classificazione di questa patologia utile principalmente a fini terapeutici. Le epilessie possono essere essenziali, simpatiche o sintomatiche, primarie o secondarie. La casistica è assai ampia; in ogni caso si tratta di una malattia lunga e pericolosa. Quella secondaria guarisce più facilmente della forma primaria, può scomparire per anni e riapparire senza causa apparente. E poi, lapidariamente afferma che l'epilessia complicata d'alienazione mentale non guarisce mai²³. Si

21. Ivi, p. 308.

22. Ivi, p. 313. Non è questo il solo passaggio nel quale Esquirol ricorda il lavoro di Morgagni.

23. Ivi, p. 317.

tratta di una patologia incurabile che la medicina non è in grado di curare e, nonostante tale fatto, Esquirol organizzò alla Salpêtrière uno studio sull'efficacia di alcuni trattamenti delle epilettiche che aveva in cura. Ogni primavera e autunno si selezionavano 30 epilettiche «de la maladie desquelles je connaissais mieux le commémoratif, les causes et les symptômes; le femmes étaient préparées à l'avance, en excitant leur imagination pour la promesse répétée d'une guérison certaine»²⁴. Esquirol è molto cauto nell'annunciare di avere ottenuto la guarigione, a suo avviso era già un buon risultato riuscire a distanziare significativamente una crisi dalla successiva. Il farmaco allora più usato, il nitrato d'argento, non aveva dato risultati apprezzabili. Durante la crisi, poco poteva essere fatto, il possibile si poteva sperimentare in termini di prevenzione, evitando al paziente potenziali cause accidentali e monitorando da vicino la comparsa dell'aura epilettica. Nel caso dell'epilessia primaria le opzioni terapeutiche andavano dall'uso del cauterio per l'applicazione di neve carbonica, all'uso della moxibustione con polvere derivata dall'*artemisia vulgaris* e usata per millenni in Cina, o al ricorso alla trapanazione cranica.

Chiamato a sostituire per un certo tempo il responsabile di Bicêtre, inviato a Cadice per studiare la febbre gialla, Esquirol ebbe modo di constatare che l'uso di moxa non assicurava al paziente alcuna forma di remissione. Raccomanda piuttosto al medico di esercitare l'attenzione possibile al malato di epilessia, che necessita di ogni cura. «Il me reste à dire un mot de précautions à prendre pour prévenir les suites de l'épilepsie. L'affaiblissement des forces physiques exige un régime généralement fortifiant; il faut dissiper la fausse honte qui attriste et décourage les épileptiques et détruire les préjugés qui les font regarder avec une sorte d'effroi. La tristesse habituelle dans laquelle plusieurs vivent, aggrave leur état»²⁵. Il grande medico francese denuncia con queste sue parole un problema rilevante che si aggiunge ai molteplici che già attanagliano il paziente epilettico: il pregiudizio sociale nei loro confronti non può che aggravare la malattia e renderla ancora più difficile da sopportare. Si tratta di un'osservazione importante, ancora oggi attuale. L'attribuzione al malato di una malattia che arriva a identificarla era e continua a essere la proiezione sociale di una ben radicata ignoranza accompagnata dalla tendenza, non meno pericolosa, di allontanare queste persone dal contesto sociale. Questa è la radice dell'esclusione sociale che Esquirol ammonisce di non trascurare.

Questo testo assume un grande valore scientifico e storico allo stesso tempo: nello studio di tale patologia Esquirol mostra di avere fatto ampio uso di una metodologia di studio avanzata, basata sull'osservazione del decorso

24. Ivi, p. 318.

25. Ivi, p. 330.

della malattia; da questo nasce una classificazione delle diverse forme cliniche di grande interesse ciascuna delle quali da trattare particolarmente. A lui si deve l'identificazione del piccolo e del grande male che a distanza di due secoli ancora viene impiegata. Alla Salpêtrière erano ricoverate molte altre pazienti portatrici di altre patologie.

Alcune donne vi erano ammesse su segnalazione di membri della commissione amministrativa, altre perché francamente alienate, altre ancora perché inviate e sostenute dal Bureau de Charité che, in seguito alla legge del 27 novembre 1796, aveva assunto la denominazione di bureau de bienfaisance²⁶. Si dovettero attendere alcuni anni per vedere all'opera i primi enti realmente istituiti e funzionanti; essi potevano contare su risorse provenienti dalla carità cristiana, organizzata a livello parrocchiale, o da benefattori privati. A queste risorse andavano aggiunti i proventi derivanti dal 'diritto dei poveri'. Era una tassa stabilita nell'anno I destinata a chi non fosse già ospitato in un ospizio. Erano destinati a sostenere il soccorso domiciliare e quei poveri, ammalati o in stato di abbandono che ne avessero fatto domanda. Organizzati in un primo tempo a livello cantonale, dal 1820 furono attivati a livello comunale. Val la pena sottolineare che erano gestiti da una commissione amministrativa simile a quella in funzione per gli ospedali. Questa aveva il compito di bene amministrare beni e rendite dei bureaux e di redigere la lista nominativa di chi aveva diritto a essere soccorso. Poveri, ammalati, anziani e fanciulli abbandonati non erano considerati sullo stesso piano, omogeneamente²⁷!

26. AP, Salpêtrière, 1Q 2/140, Registre d'entrées, 2 janvier 1818 – 31 décembre 1819, cc. 85v-86r. Contrariamente ai primi, che traevano sostentamento dalla carità, quest'ultimi ottenevano le proprie risorse da una tassa detta *le droit des pauvres*. Proprio sulla base di questa normativa dell'anno V, il ricavato da questo tributo fu impiegato per soccorrere i poveri che non erano ricoverati negli ospizi.

27. Anche in Francia, come nel resto d'Europa, non appena il problema dei poveri era giunto all'attenzione dei governanti, subito si cercò di individuare chi, tra poveri, ammalati e anziani, dovesse essere aiutato. La carità era meno selettiva dell'azione di soccorso organizzata sia da privati sia da enti pubblici. Interessante per comprendere il contesto culturale ed economico sulla povertà, è il contributo di A. Clément, *Le droit des pauvres dans l'œuvre de Nicolas Baudeau*, «Cahiers d'économie politique», 59 (2010), pp. 69-88, in formato digitale: <https://doi.org/10.3917/cep.059.0069>, che in introduzione scrive: «La pauvreté n'est pas un thème anodin au cours du xviii^e siècle. Elle est placée au centre des débats qui traversent le siècle, particulièrement la seconde moitié. La cristallisation d'une partie des discussions sur cette question découle de la réalité sociale à laquelle sont confrontés les contemporains. Le phénomène de la pauvreté ne cesse de s'accroître, surtout à partir des années 1750, et témoigne de la perméabilité des frontières entre indigence et capacité de subsistance. La hausse des prix, bien supérieure à celle des salaires, les chutes des rendements agricoles provoquées par un climat instable, les épizooties, les progrès insuffisants de la médecine, la pression démographique, expliquent la précarité des populations les plus vulnérables. La masse des indigents et des vagabonds grossit, suscitant des attitudes variées, oscillant entre la compassion et la répulsion. Les discussions que soulève la pauvreté au sujet de

In origine a Parigi operavano 48 bureaux coordinati dal 1801 dal Consiglio generale degli ospizi. Nel 1816, un'ordinanza reale ne ridusse il numero a 12, uno per ogni *arrondissement*; Ognuno di questi bureaux disponeva di un 'annesso', chiamato 'casa dei soccorsi': qui i medici vedevano i pazienti e le suore distribuivano agli indigenti medicinali e il necessario per un bagno. Verso fine secolo, queste case furono soppresse e rimpiazzate da dispensari riservati al servizio sanitario e farmaceutico dipendente dai bureaux. Sulla situazione dei bureaux a Parigi è disponibile una recente tesi di dottorato che ne analizza composizione, funzionamento e operatività²⁸. Ogni prefettura esercitava in Francia un'azione di controllo sulla gestione ospedaliera, su ogni questione amministrativa, sui regolamenti, sul personale, sulle transazioni immobiliari, e sulla contabilità. La commissione amministrativa emanava regolamenti riguardanti gli enti di assistenza: così era accaduto nel 1837 quando era stato presentato un rapporto sulla condizione dei minori abbandonati al Dipartimento della Senna e al Consiglio degli ospizi di Parigi da parte del prefetto di polizia e da un membro della commissione incaricato di seguire la condizione di questi piccoli bambini²⁹.

Tornando alla fine del primo registro degli ingressi alla Salpêtrière, compare una nota che riporta la somma delle donne ricoverate, sottolineando

ses causes, de ses conséquences, du traitement auquel la soumettre, révèlent la multiplicité des représentations qui s'opposent, se côtoient et se succèdent, en ce siècle déchiré par les polémiques religieuses et philosophiques».

28. «Les Bureaux de bienfaisance parisiens de 1796 à 1860 sont une solution originale pour maintenir l'ordre dans Paris et secourir les indigents dans les 48 quartiers de la capitale. Les pouvoirs publics voient aussi deux avantages sur les hôpitaux: ils protègent les liens familiaux et sont plus économiques. Fruits de la coopération du public et du privé, ils sont constitués d'administrateurs bénévoles, de Dames de charité, de commissaires de bienfaisance et d'employés rémunérés, et d'un receveur, nommé secrétaire-trésorier. Dotés de crédits de la ville de Paris qui proviennent des produits de l'octroi et des impôts sur le droit d'entrée aux spectacles, les Bureaux s'appuient sur la générosité des particuliers, et distribuent différents types de secours: des soins médicaux, des secours matériels (vêtements, chauffage, pain, loyer, outils de travail) et de l'argent, à des familles indigentes qui répondent à de sévères critères, de sélection et qui habitent dans la capitale depuis un an. Les vieillards, les aveugles et les infirmes reçoivent aussi des secours, appelés "secours spéciaux". Cette institution publique subit d'importantes transformations qu'entraîne la bureaucratie tout au long du dix-neuvième siècle. L'élan philanthropique ou charitable fait place au service administratif des indigents, qui montre la difficile conciliation entre ces deux termes: le "bureau" qui renvoie à l'administration, et la "bienfaisance", à la libre initiative de l'administrateur. Peu à peu les comportements des membres des Bureaux sont uniformisés par des règlements administratifs qui sont aussi le signe de la modernité; dans celle-ci le maire du 5ème arrondissement ancien, Antoine Vée, a joué un grand rôle», C. Felkay *Les bureaux de bienfaisance à Paris de 1796 à 1860*, thèse de doctorat en Histoire contemporaine soutenue en 2011 à Paris 10, in formato digitale: <http://www.theses.fr/2011PA100111>.

29. J.-F. Terme, J.-B. Monfalcon, *Histoire des enfants trouvés*, Paris 1840 (nouvelle édition), p. XLV. Donne in attesa di partorire potevano essere segnalate dalla medesima commissione perché fossero assistite, come si evince da *Recueil administratif du département de la Seine*, II.

pure che ben 1.119 erano povere; il registro, come ogni altro della serie, era stato «clos et arrêté définitivement ce jour d'hui par nous membre de la commission administrative»³⁰. Scorrendo l'elenco si apprende che le donne genericamente classificate dalla commissione come povere, erano suddivise in gruppi: molte erano alienate, altre epilettiche o paralitiche, mentre qualche altra era stata trasferita alla Salpêtrière da altri ospedali, come l'Hôtel-Dieu, senza una particolare diagnosi. La condizione di povertà, pertanto, era la caratteristica comune alle donne ricoverate, alla quale si aggiungeva nella maggior parte dei casi, una patologia particolare. Tutte entravano nell'ampia categoria dell'alienazione mentale, alcune complicate da epilessia, altre da paralisi. Queste ultime due condizioni erano considerate la causa della patologia mentale. Dal 1824 queste donne erano accolte nell'Hospice Royale de la Vieillesse, che altro non era se non la divisione femminile da identificarsi con la stessa Salpêtrière. Di tale ospizio, la commissione amministrativa teneva i registri ed esercitava una sorveglianza speciale. Anche il Ministero dell'interno poteva disporre provvedimenti di internamento presso questo ospizio.

Dal 1828 i registri sono aperti e compilati da agenti di sorveglianza e, esaurito lo spazio destinato all'anno, sono firmati da un membro della commissione³¹. Dal 1831, la classificazione delle ricoverate prevedeva che fossero suddivise in povere, alienate, epilettiche e imbecilli. Compare per la prima volta la figura della donna affetta da imbecillità. Era la condizione di chi esibiva limitate capacità cognitive. Qualche anno dopo si iniziò ad aggiungere, a sinistra del nome della donna registrata, la precisazione che si trattava di donna folle internata su ordine del prefetto di polizia³². Sulla follia ancora Esquirol ebbe modo di esprimere un punto di vista assai interessante. Partendo dall'alienazione mentale, che gli antichi consideravano essere la manifestazione di una punizione divina o della possessione di demoni, oppure opera di magia, essa deve essere considerata come tutte le altre malattie. La follia si annuncia con particolari segni e ha sintomi che la caratterizzano. Come ogni altra malattia, la follia può essere sporadica o epidemica, ereditaria o accidentale, idiopatica o sintomatica. Essa è acuta o cronica e solo raramente può dare luogo a convulsioni.

Per rendere più agevole la registrazione delle pazienti, dal 1842 si adottò un quaderno, le carte del quale erano suddivise in più colonne destinate a raccogliere determinate informazioni: numero d'ordine di ingresso, data d'entrata, divisione di riferimento, numero di sezione o titolo di ammissione, generalità, stato civile, età, data di nascita, il comune e il dipartimento di

30. AP, Salpêtrière, 1Q 2/140, Registre d'entrées, 2 janvier 1818 – 31 décembre 1819, c. 203v.

31. AP, Salpêtrière, 1Q 2/147, Registre d'entrées, 1828, c. 99r.

32. AP, Salpêtrière, 1Q 2/147, Registre d'entrées, 1838, c. 141v.

nascita, professione, ultimo domicilio e il motivo dell'ammissione. Quest'ultima voce riveste un'importanza particolare dal momento che fissa il presupposto del ricovero che poteva essere stabilito o dal Bureau de bienfaisance o dalla polizia o anche da una diagnosi stabilita in altro ospedale, come spesso capitava nel caso di ricoverati presso l'Hospice de La Rochefoucauld. Infine si registravano data e ragione della dimissione, data e causa di morte³³. Si concludeva così l'esistenza di ogni paziente; nella maggior parte dei casi con la morte, ma anche con un certo numero di dimissioni.

Questa documentazione può anche essere considerata da un punto di vista quantitativo per accertare l'andamento nel corso degli anni delle ammissioni presso la Salpêtrière stessa. Considerando il quarantennio 1806-46, risulta una marcata variazione, verso l'alto e verso il basso, attorno al trend dei ricoveri. Mutuando dall'economia e dalla storia economica, analisi circa lo scostamento di un certo fenomeno dal trend, come avviene nel caso tipo dell'analisi del prezzo del pane in un arco temporale sufficientemente prolungato, si può affrontare il tema dei ricoveri alla Salpêtrière con un approccio simile. Ma, mentre nell'analisi economica possono verosimilmente avanzarsi spiegazioni delle oscillazioni attorno al trend basate su una quantità di dati molto significativa, e sulla considerazione di una serie di concause di ordine non strettamente economico, come nel caso delle variazioni meteorologiche, in campo sanitario non è altrettanto agevole spiegare fluttuazioni attorno al trend delle ospedalizzazioni. In modo particolare nel caso delle malattie mentali, risulta indeterminabile l'individuazione di probabili cause di un aumento o di una diminuzione del numero dei ricoveri. Con ogni probabilità le ragioni del numero degli ospedalizzati dipendevano più da ragioni politiche e sociali che da cause di natura strettamente medica. Nel 1846 si toccò il picco delle ammesse, mentre tra il 1835 e l'anno successivo, il numero delle donne era stato pari a poco più della metà. In quattro annualità se ne ricoverarono più di 1.500³⁴.

Tra i registri conservati, ne sopravvive uno di grande interesse che fotografa la condizione di donne gestanti ricoverate alla Salpêtrière. Ne risultano registrate 122; a queste vanno aggiunti due bambini di due anni, iscritti separatamente, subito dopo la mamma; alcune, poche, solo tre, si presentarono per ritirare la propria documentazione, con tutta evidenza perché, probabilmente già note all'istituzione, erano nella favorevole condizione di non dovervi fare più riferimento, potendo in tal modo evitare l'ingresso³⁵. Da questi dati si trova che la media dell'età delle gestanti considerate è pari a

33. AP, Salpêtrière, 1Q 2/161, Registre d'entrées, 1842 – 1^{er} janvier-31 août 1844.

34. AP, Salpêtrière, 1Q 2/131/162, Registre d'entrées, 1806-1846.

35. AP, Salpêtrière, 7Q1, Registre des femmes enceintes, 1793 – an V. Dell'intero registro sono compilate solo le prime 5 carte fino al 24 termidoro dell'anno V (12 luglio 1797). Il registro copre circa sei mesi di rilevazione.

27 anni e 4 mesi, la mediana, il valore centrale nella serie al di sotto e al di sopra del quale si situano tutti gli altri dati è pari a 28, come pure la moda, che indica il valore più ricorrente. Se si guardano i dati riguardanti i mesi di gravidanza, moda e mediana sono pari a 6, mentre la media si posiziona su un valore pari a 6,2, il che significa che vi era un rapporto inverso tra la durata della gestazione e l'età della gestante: tanto era più bassa, maggiore era il tempo trascorso dell'intera gravidanza. Alcune provenivano da fuori Parigi, da Versailles, da Metz e da Liegi, quasi tutte da organizzazioni di soccorso attive in quei centri urbani. Ogni donna disponeva di un certificato preparato dall'ostetrica capo della Salpêtrière. Non era raro il caso di donne ormai non più giovani: una aveva 40 anni, altre più di trenta. La più giovane aveva 16 anni. Una era incinta da tre mesi, un paio era prossimo al parto. Tale era l'istantanea di questo particolare gruppo di donne³⁶.

Vi è poi un'interessante serie di registri che annotano per ogni donna alla Salpêtrière le generalità, i nomi dei genitori quando conosciuti, talvolta anche solo quello della madre, l'età e poi il passaggio ad altra cella o istituto, oppure, molto più spesso, la presa d'atto della morte, in pochi casi, la dimissione³⁷. Correda il documento un indice dei nomi. Si tratta di una documentazione molto particolare la cui funzione non è così chiara: l'ordine d'ingresso dei nomi sembra non seguire alcun preciso criterio e le pazienti sono iscritte prima con il nome di battesimo. Tale compilazione sarebbe potuta essere uno strumento per avere rapidamente notizie, usando l'indice alfabetico redatto secondo il cognome del padre della ricoverata, delle donne custodite alla Salpêtrière: in quale cella erano finite, se vive, chi le aveva fatte entrare e quando ciò era avvenuto. Poi negli anni seguenti, a destra o sinistra di ogni nominativo, furono annotati il trasferimento o il luogo e la data della morte o della dimissione. Nel corso del 1740 alla Salpêtrière c'erano 2.031 donne contando anche le bambine di tenera età, avessero pure solo qualche anno. Storie racchiuse in poche parole che trasmettono tuttavia vicende umane dolorose di totale emarginazione dalla società civile del tempo. Vittoria a 37 anni era morta nella propria cella, Maria Anna a 21 era stata dimessa, Maria Maddalena a soli 13 anni, nativa d'Orsay nel Dipartimento della Senna, madre e padre noti, venne trasferita il 18 luglio 1817, avendo trascorso alla Salpêtrière, in qualche cella, tutta la vita.

Alcune donne risultano essere state punite, con ogni probabilità corporalmente, ma non ci sono notizie aggiuntive. Una donna sposata, senza lavoro, tale Elisabetta, fu punita «en vertu d'un ordre de police du 14 du dit mois comme folle amenée par le citoyen Robe gendarme près les tribunaux». Non

36. I dati disponibili non tengono conto del momento del ricovero. C'è solo l'indicazione del periodo complessivamente inteso. C'è un numero d'ingresso non situato nel tempo. Alcune donne provenivano da Saint-Sulpice altre da Les Invalides.

37. AP, Salpêtrière, 6Q 5/1, Registre des Mutations d'aliénées, 1740 – an VII.

ci sono informazioni supplementari, quasi come se dovesse trattarsi di una 'circostanza' naturale. Qualche donna perseguita fu poi dimessa. Altre erano state accompagnate alla Salpêtrière in base a un ordine del tribunale da un gendarme, anche se non tutte risultano condannate; nel caso di un reato l'autorità che normalmente se ne occupava era appunto l'ufficio giudiziario, coadiuvato da quello di polizia. In alcuni casi, per condurre donne in ospedale furono impiegati anche personale volontario.

Altri libri d'ingresso prendono nota, con numero progressivo, dell'entrata di donne folles, idiots, crètiens, affette da cretinismo ammesse a l'asile des aliénées de la Salpêtrière. Altre categorie diagnostiche sono in tal modo introdotte. Della follia già si è detto; l'idiotismo era una forma grave di ritardo mentale, come pure il cretinismo era un deficit mentale severo spesso accompagnato da malformazioni fisiche. Dal primo gennaio 1835 alla fine del 1839 furono ricoverate 3.471 donne, ognuna registrata con le proprie generalità, luogo di nascita, stato civile, professione, ultimo domicilio, autorità ordinante il ricovero, povera o pensionata, interdotta o meno, causa presunta dell'alienazione o dell'epilessia, genere di malattia, la data di ingresso, del passaggio agli incurabili, dell'eventuale passaggio alla divisione dei poveri, della dimissione o della morte, durata del ricovero in caso di guarigione, non recupero o morte. Infine alcune note sul patrimonio delle alienate e dei loro familiari. In una riga o poco più erano contenute molte informazioni che nella loro essenzialità consentono una conoscenza più approfondita di queste ricoverate. Le diagnosi potevano essere molte e, tra le più ricorrenti, si trovano quelle di *épilepsie*, *manie aiguë*, *mélancolie suicide*, *délire aigu*, *imbécillité*, *démence sénile*, *paralysé*, *idiotisme*, *manie chronique et érotomanie*, *monomanie religieuse*, *manie suicide*, *mélancolie*, *manie*, *imbécillité originelle*, *démence furent*, *manie périodique*, *hallucinations*, *démence premier degré de la paralysie général*³⁸. Se una paziente era ritenuta non affetta da malattia mentale, era inviata presso altre divisioni ospedaliere. Non c'è ingresso senza una diagnosi corrispondente.

Ci sono pochi riferimenti alle cause della malattia: in diversi casi le pazienti erano ritenute affette o da epilessia o da debolezza d'intelligenza dalla

38. AP, Salpêtrière, 6Q 3/10, Registre d'entrées des folles, idiots, cretins, 1835-1839. In queste poche righe vi è racchiuso un trattato di patologia mentale. I pazienti potevano essere affetti da malattie tra loro diverse, ma che comportavano direttamente o indirettamente un rilevante disturbo del comportamento. Le patologie più comuni erano epilessia, mania acuta, melanconia con ideazione suicidaria, delirio acuto, imbecillità, demenza senile, paralisi, idiotismo, mania cronica e mania erotomane, delirio monotematico religioso, mania con ideazione suicidaria, melanconia, mania, imbecillità originaria, probabilmente una forma di ritardo mentale, demenza furente, mania periodica, stato allucinatorio, demenza primaria conseguente alla paralisi generale.

nascita, in altri ci si limitò a riferire che si era trattato di una situazione critica temporanea. Anche un eccesso di devozione religiosa e la conseguente esaltazione dell'anima poteva condurre una donna alla Salpêtrière. In questo caso la malcapitata era considerata non alienata, ma trattenuta in ospedale per 538 giorni, morì all'età di 66 anni. Era nubile ed esercitava la professione di istitutrice³⁹. Alcune donne furono ammesse perché colerose, moltissime perché poverissime. Una paziente affetta da demenza e la sorella sembrano avere ereditato dalla madre morta in stato di follia il loro stato. Una donna fu condotta in ospedale dalla polizia perché ubriaca e, trovata affetta da mania, guarì in 22 giorni di ospedalizzazione. Era poverissima e il marito si trovava pur lui in un critico stato di indigenza «Ne possède rien. Son mari journalier est dans le dénuement le plus complet»⁴⁰. Non mancano i casi di donne accolte perché vecchie o decrepite e nemmeno casi di donne ricoverate in seguito al parto, spesso diagnosticate maniache e guarite dopo qualche settimana di degenza. E ancora ci sono pazienti ammesse come dementi e sifilitiche affette da infiammazione cronica⁴¹. Non poche furono poi le donne ricoverate perché eccessivamente gelose o perché oltremodo tristi o per essere poverissime o per mille altri motivi. Rarissimi i casi di donne pensionate, in grado di sostenersi⁴².

Ancora altre informazioni sono contenute in un registro di grande formato che raccoglie i dati riguardanti le alienate d'ufficio, ricoverate in seguito a un ordine del Bureau central de bienfaisance. In realtà l'ordine di ricovero era fatto da un medico e successivamente fatto proprio dall'amministrazione. Accanto al nominativo della paziente compare l'indicazione della diagnosi fatta nelle prime 24 ore, accompagnata dal provvedimento ritenuto necessario al momento, come era il ricovero nella maggior parte dei casi; dopo 15 giorni, talvolta un altro medico, effettuava un secondo accertamento della stessa paziente, per avvalorare la diagnosi d'ingresso oppure per modificarla. Il medico delle alienate il 16 gennaio 1840 descrisse una donna affetta da monomania, un delirio monotematico, secondo il quale la paziente riteneva di avere dei segreti che avrebbe rivelato solo al re. Prescrisse cure e sorveglianza puntuale. La visita di controllo riscontrò la stessa situazione questa volta descritta come illusione e desiderio di rivelare al re pericolosi complotti. La cura, si scrisse, doveva continuare. Altro caso di monomania fu quello di una donna che si credeva madre di Dio e di tutte le cose, convinta di avere concepito grazie a una fecondazione divina. Anche in questo caso il medico non poté suggerire altro che la continuazione delle cure⁴³. Altra

39. Ivi, cc. 109v-110r.

40. Ivi, c. 77r.

41. Ivi, c. 55r.

42. Ivi, c. 140r.

43. AP, Salpêtrière, 6Q 2/3, Registre d'entrées des aliénées d'office, c. 9.

donna, certa di essere perseguitata da un uomo che poteva su di lei ogni cosa, affetta secondo il medico da monomania, poté tornare a casa dopo essere stata curata. Poi si trova un caso di maltrattamento, superato dalla povera donna «Je souligné, médecin des aliénées, certifie que Aude est inquiète, terrifiée, agitée, ne parlant pas, elle est couverte de contusions, elle a été maltraité. Les mauvais traitements dont elle a été victime, paraissent être la cause du trouble de son esprit. Paris, 26 Février 1840. Signé Milivié. Questa scarna certificazione è seguita a 15 giorni di distanza da un ulteriore atto Certificat de quinzaine. Je souligné, médecin des aliénées, certifie que Aude est dans un état d'agitation et de délire maniaque qui exige la continuation des soins dont elle est l'objet. Signé Milivié, Paris, 12 Mars 1840»⁴⁴.

L'esito del ricovero, grazie alle cure offerte, furono le dimissioni dall'ospedale della donna il 7 dicembre dello stesso anno, dopo molti mesi di degenza: entrata in uno stato di mania violenta, aveva riconquistato la calma ed era tornata a essere laboriosa tanto da poter lasciare l'ospizio. Questa nota non è firmata di pugno dal medico, ma sembra scritta dall'estensore del registro stesso. Ci sono anche casi dubbi, quando il medico non era in grado di esprimere un'opinione conclusiva sul caso in esame. Come quando una donna, alla prima visita, non venne ritenuta malata di mente, ma viziosa e con poco spirito ma, ricoverata, il medico Fabret ritenne di inviare la paziente a Saint Denis. Dopo due settimane, lo stesso medico riconobbe che la donna era «faible d'intelligence et présente une perversion délirante de plusieurs sentiments qui exigerait même dans un établissement d'aliénées, une séquestration et une surveillance particulières»⁴⁵. È molto difficile comprendere il significato di tale indicazione terapeutica. Alla diagnosi fa seguito il suggerimento di ricoverare la paziente presso un ospedale per alienati che solo ne consente una stretta sorveglianza durante la degenza, in stato di isolamento.

In molte pazienti si trovavano di sovente i segni simili a quelli descritti nel caso di una donna che credeva di essere stata costretta da non meglio identificati nemici a trasferirsi a Parigi per mendicare il proprio pane. In questo caso il medico pensò di avere elementi insufficienti per giungere a una diagnosi e, allora, ci si limitò a dichiarare che la donna era mendicante, vagabonda, posseduta da idee religiose mal digerite. Dopo 15 giorni, lo stesso medico Pariset, affermò che era molto difficile comprendere lo stato di questa donna, anche perché era estremamente influenzabile da idee provenienti dalla superstizione. Molte pazienti furono trovate affette da idiotismo, una condizione che si credeva presente già alla nascita. In questi casi, il medico si limitava a certificare che la donna in questione non era in grado di

44. Ivi, c. 24.

45. Ivi, c. 25.

prendersi cura degli affari quotidiani⁴⁶. Interessante fu anche il caso di una demenza difficile da descrivere, perché «è un vero caos di idee», aggiunge il medico! Inoltre questa paziente iniziava a mostrare i segni di una paralisi generale che di certo ne avrebbe aggravato di molto lo stato mentale. Dopo 5 mesi di degenza venne dimessa, probabilmente perché poteva disporre di un alloggio.

Nella circostanza di un'altra donna maltrattata dal marito, il primo segno che il medico sottolineò fu la debolezza della memoria. Per il resto, tutte le funzioni vitali erano normali e si annotò che era capace di un sorriso solo pensando alla propria figlia. Alla visita di controllo la diagnosi si perfezionò: «ella è bizzarra, isterica, si veste in modo grottesco, desidera acquistare un lato della Salpêtrière per mettervi dei caffè; è una povera testa, assai poco ragionevole, non è adatta a fare alcunché, ma è inoffensiva»⁴⁷. Un altro caso interessante è quello di una demenza molto grave descritta come l'impossibilità di fare alcuna connessione tra le idee. Questa situazione è poi accompagnata da un forte senso di abbattimento e di tristezza che il medico pensa di attribuire alla povertà e al senso di privazione vissuto dall'ammalata. Ha scritto molte lettere sul proprio stato per provare a chiarire la stessa malattia⁴⁸.

Un'attenzione particolare fu sempre rivolta all'epilessia e in modo particolare alle forme della sua manifestazione, agli attacchi epilettici, appunto. Presso Bicêtre si tennero registri specifici per tenere conto del numero delle crisi epilettiche che affliggevano i ricoverati. In questo caso si trattava di ammalati che non presentavano specifici disturbi del comportamento, non erano folli. Questi documenti sono organizzati assai semplicemente: a fianco del nominativo di ogni ammalato si annotò il numero di matricola dell'ammalato stesso. Di ogni paziente si annotava il numero delle crisi, un dato assai rilevante dal punto di vista clinico, e per questo veniva trascritto mese per mese, giorno per giorno, distinguendo il giorno e la notte. Alcuni pazienti avevano in un mese pochi attacchi, da uno a cinque, altri di più, da 10 a 20, fino al caso di chi nel solo mese di settembre ne ebbe 144, indifferentemente di giorno o di notte⁴⁹. Il caso di pazienti con attacchi quasi quotidiani non era così infrequente: il paziente 4.136 nel mese di dicembre 1838 dall'11 dicembre alla fine dell'anno contò più di 30 attacchi, soprattutto tra il 17 e il 20 del mese sia di giorno sia di notte senza soluzione di continuità. Settanta attacchi ebbe pure l'ammalato 6.574, durante il mese di luglio, quasi tutti i giorni in

46. Ivi, c. 41.

47. Ivi, c. 53. Questa diagnosi è del 29 maggio 1840. Poco più di un mese prima un'altra donna era stata dichiarata isterica ed emiplegica dopo la visita di controllo. Durante la prima visita le era stata diagnosticata la melanconia (ivi, c. 43).

48. Ivi, c. 59.

49. AP, Bicêtre, 6Q 6/22, Registres des accès d'épilepsie, 1838, paziente 2.890.

alcuni dei quali ne ebbe 3 o quattro tra il giorno e la notte. Questa non era la situazione generale, molti ricoverati ebbero poche o nessuna crisi. Nel corso dell'anno 1838 i pazienti monitorati furono 449.

Seguendo questi registri, vi è la possibilità di seguire l'evoluzione della terminologia medico-scientifica impiegata dai medici così come venne usata specialmente nei registri ufficiali dove venivano annotate diagnosi di pazienti ricoverati a Bicêtre dal 1795 al 1884⁵⁰. Il primo paziente, affetto da imbécillité, debolezza del carattere e del corpo, poteva essere trasferito ad altra sede di ricovero, un altro, demente, era, nonostante questo, in grado di lavorare. Tale paziente era entrato a Bicêtre il 27 aprile 1872⁵¹! Alcuni erano affetti da mania cronica, una condizione che consentiva loro di lavorare. Un paziente ammesso il 18 luglio 1872 fu dimesso dopo 18 anni, affetto da corea cronica, cieco e con problemi mentali. Il medico annotò che doveva essere posto in libertà per poter essere trasferito in un servizio per incurabili⁵². Dopo quattro anni di assenza di crisi epilettiche, un ricoverato venne dimesso su domanda del medesimo e, come capitò ad altri, viene messo in libertà⁵³. Ci sono anche casi per così dire dubbi. Come quando un paziente affetto da faiblesse intellectuelle, non ancora visitato, sembrò avere vicino persone stranamente interessate a un suo ricovero presso l'ospedale, opponendosi a ogni trasferimento. Costui fece poi trasferire 3 franchi all'ospedale! Il medico, in questo caso, si limitò a suggerire un supplemento di indagine sul malato, matricola 3.381. Talvolta qualche ammalato di epilessia veniva fatto uscire, ma nel caso di convulsioni, il paziente veniva fatto rientrare, come nel caso dell'epilettico matricola 5.895 che fu riammesso dopo quattro giorni a causa di ben 7 crisi che lo avevano lasciato in uno stato comateux consécutif à une attaque, à maintenir. Tra le diverse diagnosi figura anche quella di delirio alcolico che, secondo il medico, aveva condotto il paziente a essere demente cronico, paralizzato e con idee di persecuzione⁵⁴. Altri ricoverati soffrivano di paralisi generale o di delirio di persecuzione accompagnato da allucinazioni uditive; questi non erano in grado di comprendere a fondo la propria condizione, potevano sembrare violenti, ma raramente erano stati visti commettere atti nocivi. Alcuni uomini furono semplicemente diagnosticati idioti. Pochi i casi

50. AP, Bicêtre, 6 R/44, Archives médicales, *Registres d'observations médicales*, 1884.

51. AP, Bicêtre, 6 R/44, Matricola 514. Ancora un altro affetto da demenza senile era entrato il 15 maggio 1872 ed era qui deceduto il 3 dicembre 1885, Matricola 548.

52. AP, Bicêtre, 6 R/44, Matricola 699. Senza indicare l'ospedale o il ricovero indicato per raccogliere un paziente dimesso, ancora dopo 15 anni di permanenza a Bicêtre, il paziente individuato dal numero 750, viene diagnosticato affetto da mélancolie. Tendance à la démence, poi, una settimana dopo, sempre di melanconia, ma anche di démence consécutiva. Etat de semistupeur. Pêut etre transferé.

53. AP, Bicêtre, 6 R/44, Matricola 3.680. In alcuni casi veniva annotato anche lo stato di analfabeta.

54. AP, Bicêtre, 6 R/44, Matricola 506. Questo paziente poteva essere trasferito, verosimilmente agli incurabili.

di demenza precoce, forse da identificarsi con la schizofrenia, come in seguito l'avrebbe intesa Kraepelin, come quello identificato dalla matricola 6.099, diagnosi non accompagnata da particolari osservazioni. Rari furono i malati affetti da delirio mistico, come nel caso individuato dalla matricola 7.012. Infine ne fu accertato solo uno di rammollimento cerebrale, causato da trombosi cerebrale⁵⁵.

FrancoAngeli

55. J.-Ch. Sournia, *La médecine révolutionnaire (1789-1799)*, Paris 1989.