

COMMUNICATION DE M^{me} PAULINE TARNOWSKY.
QUELQUES SIGNES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE PHYSIQUE.

On entend par signes de dégénérescence physique, diverses déviations congénitales dans la structure anatomique du corps de l'homme.

Le célèbre aliéniste français Morel les appelait : *déviations du type normal*. Ce fut lui qui le premier les signala et fit une description magistrale de quelques-uns d'entre eux, dans les années cinquante du siècle passé.

L'homme marqué des signes de dégénérescence physique est une *individualité morbide*, dit Morel; toutes les causes pathologiques qui ont ébranlé la santé de ses parents, qui ont troublé le développement régulier de leur organisme et ont altéré non seulement leurs particularités physiques, mais aussi leurs qualités morales, se sont répercutées en lui.

Indépendamment des caractères généraux, également propres à tous les dégénérés, conclut Morel, il existe différentes particularités et nuances exclusivement inhérentes à certaines variétés de dégénérescence selon les causes morbides qui les ont créées.

Morel voulait se rendre compte de la nature de ces particularités et préciser le mode de leur transmission des pères aux enfants, sous forme de tares physiques.

En étudiant les signes physiques de la dégénérescence, Morel édifia une hérédité pathologique, très contestée à son époque; il prouva néanmoins que la transmission héréditaire élabore des types dégénérés déterminés, dans lesquels le soi-disant *hasard* ne joue aucun rôle.

Durant les cinquante ans qui nous séparent de Morel, l'embryologie, la tératologie, l'histologie, l'anatomie pathologique, de même que la technique des méthodes, ont fait d'énormes progrès et confirmé les hypothèses géniales de Morel, en reconnaissant l'influence de divers agents morbides transmissibles à la descendance.

Les travaux récents faits dans cette direction tendent de plus en plus à différencier les particularités des divers modes de transmission pathologiques héréditaires.

Sans nous arrêter ici aux multiples recherches sur la question

de l'hérédité actuellement si discutée, nous nous bornerons à citer le livre si documenté du D^r Edmond Fournier sur les *Stigmata dystrophiques de l'héredo-syphilis*, avec des descriptions nombreuses relatives à tous les signes de dégénérescence physique transmis aux descendants par des parents syphilitiques pendant plusieurs générations.

La tuberculose, le rachitisme, la syphilis, les maladies nerveuses et mentales, les affections infectieuses dont la mère a été atteinte avant la conception ou pendant la gestation, l'âge avancé des parents, leur alcoolisme, ainsi que d'autres intoxications chroniques, telles que le morphinisme, l'intoxication chronique saturnine, mercurielle, cuprique, phosphorique, etc., une fatigue excessive, un travail exagéré (aussi bien physique qu'intellectuel), le surmenage et l'épuisement des parents, toutes ces causes jouent un rôle prépondérant dans la production de signes physiques de dégénérescence chez les descendants.

Les signes de dégénérescence physique d'une lignée sont les résultats de l'insuffisance ou de certaines lésions, et, en tout cas, d'une distribution irrégulière des matériaux de construction pendant la période formative de l'organisme, au cours de la vie intra-utérine.

Les tares spécialement inhérentes à telle ou telle maladie ne sont pas encore complètement précisées à ce point de vue. Cependant, on en connaît déjà bon nombre qui sont exclusivement affectées à la syphilis, d'autres au rachitisme, à la tuberculose, etc., et sans nul doute leur nombre, encore restreint aujourd'hui, ne tardera pas à augmenter grâce aux travaux poursuivis dans cette direction.

Ainsi, par exemple, pour la syphilis il y a la « triade de Hutchinson » : dents échanrées, kératite et cophose (surdité), universellement acceptée comme signes héréditaires de la syphilis. Outre les dents échanrées de Hutchinson, il y a encore comme stigmates de « lues » héréditaires, le crâne natiforme et l'aplatissement congénital de la racine du nez.

Le rachitisme se caractérise chez les enfants par une certaine conformation de la tête, le *caput obstitum*, ramollissement de l'os occipital, front bombé, hydrocéphalie, persistance des fontanelles ; par une déviation de la colonne vertébrale, le ramollissement des os, les jambes en arc, etc.

Les enfants des alcooliques accusent généralement, dès les premiers jours de leur existence, une grande tendance aux convul-

sions; ils ont une constitution débile, des dents irrégulières qui poussent de travers et présentent des altérations précoces, des érosions et invariablement de la carie. Ces enfants sont très irritables et peu résistants aux maladies. Ils ont fréquemment le réflexe patellaire diminué; il arrive aussi qu'ils héritent de la passion des liqueurs fortes, se manifestant dès le bas âge.

Les parents des tuberculeux procréent également une génération qui abonde en tares physiques (Landouzy, Hanot, Ricochon).

Indépendamment d'une débilité générale, de l'infantilisme, de l'ossification prématurée des os et des sutures, on observe souvent, chez les enfants issus de parents tuberculeux, des doigts recourbés, aux ongles bombés (onychogriphose), des articulations volumineuses, comme hypertrophiées, un thorax étroit, une poitrine rétrécie (poitrine en carène), de l'atrophie de la lèvre supérieure, des anomalies cardiaques fréquentes, la défectuosité des valvules. Les enfants accusant ces particularités ont généralement la peau fine et transparente, de longs cils soyeux, une chevelure rousse tirant sur le rouge (rouge vénitien, Landouzy). La luxation congénitale de la hanche est encore un signe distinctif, chez les enfants des tuberculeux; ainsi dans quarante-neuf familles atteintes de ce mal, le D^r Ricochon constata chez les enfants trente-huit cas de luxation congénitale de la hanche.

L'importance de la tuberculose comme facteur de dégénérescence chez les enfants est une question mise hors de doute, et dans les Congrès de tuberculose on s'est prononcé contre les mariages entre tuberculeux. Le D^r Kirchner n'admet la possibilité de semblables mariages que dans des cas absolument urgents et exceptionnels, et encore ne les admet-il que dans les cas de guérison et lorsque tous les symptômes ont disparu depuis deux ans.

Il est incontestable que plus le nombre des observations faites dans cette direction augmentera, plus la différenciation des signes physiques de la dégénérescence se complétera; en même temps on apprendra à mieux connaître et partant à mieux combattre les influences pernicieuses qui occasionnent toutes ces déviations du type normal, déviations qui sont loin de perfectionner la race humaine.

A ce point de vue, l'embryologie offre aux observateurs un champ vaste et à peine défriché. Étant donné l'état actuel de nos modes de recherches, ces observations sont difficiles, il est vrai, mais bien séduisantes sous le rapport des résultats, comme le démontrent les travaux de Fol et Varinsky, Pouchet et Chabry,

Gley et Charrin, Dareste, Herbst, O. Hertwig, Driesch, Kollmann, Artault et tant d'autres, dont les expérimentations faites sur les animaux prouvent l'influence nocive exercée par des parents infectés sur leur progéniture.

Il est évident que l'on ne saurait tenter de faire semblables recherches sur l'homme; ici le champ est forcément restreint et il faut se contenter d'étudier et d'analyser les divers processus morbides que l'homme transmet involontairement à sa descendance. Les maladies doivent être considérées à ce point de vue comme autant d'expériences faites par la nature; il appartient à nos observations de les interpréter.

Je vais me permettre à ce propos d'énumérer ici les principaux signes de dégénérescence physique que j'ai eu l'occasion d'observer dans les prisons, chez les femmes criminelles appartenant *exclusivement* à la race slave, tribu de la grande Russie (Wélicoross) et natives du centre de la Russie.

Je commencerai par les difformités de la TÊTE.

1. *Crâne oxycéphale*, tête en besace, *Zuckerhutkopf* des auteurs allemands, tête en pain de sucre, se distingue par le relèvement des os pariétaux.

2. *Crâne platycéphale*, présente un aplatissement de la convexité normale de la voûte crânienne, c'est-à-dire des os frontaux et des pariétaux.

3. *Crâne sténocéphale*, réduit dans la région temporale, tête étroite, comprimée aux tempes.

4. *Crâne plagiocéphale*, oblique, présente l'asymétrie des convexités normales de la boîte osseuse d'un côté; ainsi, par exemple, la bosse pariétale, très accusée d'un côté, est entièrement effacée de l'autre, d'où l'asymétrie du crâne.

5. *Crâne hydrocéphale*, avec grand front bombé et os élargis, s'observe souvent chez les enfants rachitiques et conserve chez l'adulte sa forme caractéristique.

6. *Crâne natiforme*. Cette conformation défectueuse dépend du développement exagéré des bosses pariétales; celles-ci présentent deux saillies symétriques arrondies et séparées par la suture sagittale qui prend la forme d'une rigole entre deux mamelons, ce qui donne au crâne une vague ressemblance avec les fesses (nates). Le crâne natiforme est assez rare et s'observe de préférence chez les syphilitiques héréditaires.

7. *Crâne scaphoïde*; une des anomalies rares de la tête, se distin-

gue par une conformation dolichocéphalique avec relèvement des os crâniens au sinciput.

8. *Crâne macrocéphale*. Augmentation de toutes les dimensions du crâne; dépend le plus fréquemment du rachitisme, de la persistance des fontanelles, de l'hydropisie; présente généralement une exagération de la région frontale : le front s'avance considérablement et semble se projeter au-dessus du visage.

9. *Crâne microcéphale*. Toutes les dimensions de la boîte osseuse sont généralement réduites; s'observe surtout chez les idiots et les imbéciles. La microcéphalie semble confirmer l'appréciation biologique qui reconnaît l'existence d'un lien étroit entre la fonction et la forme.

Toutes ces malformations du crâne peuvent dépendre de causes diverses. Parmi les plus habituelles, nous citerons : 1° un arrêt de développement des os; 2° les synostoses prématurées des sutures; 3° certains processus pathologiques survenus soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant la première enfance, tels que la syphilis héréditaire, le rachitisme, les affections scrofuleuses, l'hydrocéphalie, les méningites et autres maladies.

Le professeur Recklinghausen (Strasbourg) a affirmé dans ses écrits que, dans les crânes d'enfants, les synostoses prématurées des sutures peuvent produire, selon l'atteinte de telle suture ou bien de l'ensemble des lignes suturales, de la dolichocéphalie (suture sagittale), de la trocho- et de l'oxycéphalie (synostose généralisée), de la plagiocéphalie (suture coronaire d'un seul côté). Le même auteur affirme également que l'accroissement du crâne et celui du cerveau s'influencent réciproquement et que la forme du crâne, notamment la forme pathologique, est d'ordinaire la résultante de plusieurs conditions concurrentes : elle peut dépendre aussi bien de troubles dans le développement des synostoses suturales ou d'affections osseuses que d'anomalies primordiales dans le développement du cerveau.

10. *Crâne à front fuyant* (*fronte sfuggente* des anthropologistes italiens). Le front fuyant constitue l'antithèse du front hydrocéphalique qui surplombe le visage; il est, au contraire, rejeté en arrière et généralement accompagné d'une chevelure abondante.

11. La persistance de la suture *métopique* ou frontale présente une anomalie assez rare du front, que l'on ne constate généralement qu'à l'autopsie.

12. *Saillies des bosses frontales*. Sur presque tous les crânes fémi-

nins, les bosses frontales sont pour la plupart effacées; aussi, lorsque cette saillie se rencontre chez la femme, est-elle considérée comme une anomalie. Nous l'avons notée assez fréquemment dans les prisons chez les femmes homicides, 34.5 %.

13. De toutes les malformations que présente l'os *occipital*, c'est le développement exagéré de la *protubérance occipitale externe* formant saillie que l'on observe le plus habituellement.

14. Comme particularité opposée, l'*effacement complet de la protubérance occipitale externe* se rencontre le plus souvent sur une nuque plate, c'est-à-dire une nuque où la courbe de l'os *occipital* fait défaut; l'os *occipital* est comme aplani, tronqué, le crâne formant avec le cou une ligne droite, sans la moindre sinuosité.

15. *Os occipital bombé, saillant*, généralement accompagné d'une crête occipitale externe plus ou moins prononcée; à la palpation on sent l'écaille occipitale saillante faire un tournant qui descend brusquement vers le cou.

16. *La dépression pariéto-occipitale*. Nous avons noté assez souvent, au point de réunion des os pariétaux avec le sommet de l'os *occipital*, à l'endroit de la rencontre de la suture sagittale avec les sutures lambdoïdes, une dépression, un creux plus ou moins profond, mais toujours plus accusé que le léger enfoncement semblable à l'impression digitale que l'on rencontre parfois dans la même région sur des crânes normaux. L'écaille occipitale est alors généralement convexe, épaisse au milieu et forme un contour brusque qui descend vers le cou.

LA FACE. — En abordant les signes de dégénérescence physique que présente la face, il est urgent d'indiquer d'abord les asymétries manifestes que l'on observe dans ses diverses régions.

Nous disons *manifestes*, parce que certains auteurs prétendent qu'il n'existe pas de symétrie faciale complète, et que chaque individu accuse une asymétrie plus ou moins grande des parties du corps et surtout de la face.

Sans nous arrêter davantage à cette opinion qui est peut-être un peu exagérée, nous ne mentionnerons ici que les asymétries manifestes, celles qui sautent aux yeux.

Toutes les parties dont se composent les deux moitiés de la face sont également sujettes à l'asymétrie; celle-ci peut se traduire par la déviation du nez à droite ou à gauche, par des oreilles qui ne sont pas implantées au même niveau, et qui ne sont pas de la même grandeur, par un développement inégal des deux branches du

maxillaire inférieur, l'une étant plus courte que l'autre, ce qui détermine un profil quelque peu différent de chacun des côtés de la figure; par une asymétrie congénitale de la bouche dont l'un des coins est abaissé, etc.

Il va sans dire que les asymétries congénitales de la face, qui résultent le plus souvent du développement inégal des parties correspondantes des deux côtés de la face, doivent être distinguées des asymétries acquises qui surviennent à la suite d'une paralysie, d'une hémiplegie et d'autres conséquences pathologiques.

Contrairement aux asymétries acquises, les asymétries congénitales peuvent presque toujours être expliquées et prouvées par les mensurations anthropométriques de la région faciale en question, car dans la grande majorité des cas les asymétries résultent du développement inégal des os des deux moitiés correspondantes de la face, comme par exemple dans :

17. *l'Asymétrie des cavités orbitaires.* Cette dernière dépend d'un développement inégal des cavités osseuses dont l'une est dans ce cas plus large, plus haute et plus profonde, plus enfoncée que l'autre, phénomène que l'on constate mieux sur le squelette que sur le vivant.

Sur le vivant, cette anomalie attire l'attention par la position inégale des deux globes oculaires, dont l'un est plus profond, plus enfoncé que l'autre.

L'inégalité du développement des cavités orbitaires peut être facilement constatée à l'aide de mensurations anthropométriques sur le vivant dans le cas d'un doute quelconque. Il suffit, à cet effet, de mesurer les diamètres horizontal et vertical des deux cavités.

Le premier se prend en appliquant l'une des branches du compas d'épaisseur contre le bord externe de l'orbite au niveau de la commissure externe des paupières; l'autre branche s'applique contre le bord nasal des cavités orbitaires au niveau de la commissure interne des paupières.

Le diamètre vertical est déterminé par l'application de l'une des branches du compas au milieu de l'arcade sourcilière, en appuyant légèrement le compas à l'intérieur de la cavité orbitaire; la seconde branche est appliquée contre l'os de la mâchoire supérieure, au milieu de l'échancrure inférieure de l'orbite. Il va sans dire que l'inégalité des cavités orbitaires constitue un vice de développement toujours congénital, et dépend de la marche irrégulière de la période formative d'accroissement des os, pendant la vie intra-utérine ainsi que les premières années de l'existence, pen-

dant lesquelles le processus d'ossification des sutures et la croissance sont en pleine activité.

18. *Asymétrie des sourcils.* S'observe très fréquemment. Les sourcils dans ce cas ne sont pas disposés au même niveau, et l'un est plus élevé que l'autre.

19. *Les yeux pers,* coloration différente des iris; c'est une anomalie qui s'observe rarement. Dans ces cas, l'iris d'un œil est par exemple gris, celui de l'autre brun ou bleu, ce qui donne un air étrange, disparate à la figure. Dernièrement, les journaux de Paris ont noté chez Soleilland, le sinistre assassin de la petite Marthe, des yeux pers, un iris bleu et un iris marron.

Lorsqu'on a affaire à une coloration différente des iris, il ne faut pas oublier qu'il existe des cas de pigmentation différente déterminée par des processus pathologiques, parmi lesquels le plus fréquent est l'iritis syphilitique. Cette dernière se manifeste par des taches de rouille sur l'iris de l'œil altéré, ce qui le distingue notablement de l'œil sain.

20. *Le coloboma congénital* de la pupille est une anomalie que l'on relève rarement; il doit être distingué du coloboma artificiel à la suite d'une opération.

Le coloboma congénital est caractérisé par une pupille de forme régulière, ovale, qui diffère notablement de celle que produit l'irédoctomie. Le coloboma congénital n'atteint généralement pas le bord de l'iris, et se termine avant de l'atteindre par une courbe bien arrondie.

21. Au nombre des déficiences congénitales de l'œil, on note encore le *rétrécissement des canaux lacrymaux* qui s'ouvrent dans l'angle interne de l'œil. Ce rétrécissement total ou partiel se manifeste par une abondance de larmes qui humectent continuellement l'œil et s'épandent souvent en pleurs involontaires. On peut y remédier, dans la majorité des cas, par un élargissement progressif des canalicules au moyen de sondes.

22. *Strabisme congénital.* Il est déterminé par un raccourcissement inné des muscles droits latéraux de l'œil, et se rattache partant aux signes de la dégénérescence physique. On sait qu'il est facile d'y remédier par une opération.

23. *La cataracte congénitale* de l'un ou des deux yeux appartient au nombre des signes les plus graves de la dégénérescence physique.

Le nez présente également des anomalies dont nous citerons les principales et les plus fréquentes.

24. *L'asymétrie du nez.* Déviation plus ou moins accusée soit à droite, soit à gauche. Cette déviation peut beaucoup varier et tient à l'irrégularité plus ou moins grande du développement des os et des cartilages des deux moitiés du nez.

Nous avons observé la déviation à gauche plus fréquemment que celle de droite. Sans accorder à ce fait une signification particulière, nous le mentionnons en vue des recherches ultérieures.

25. *Nez camus.* Dépression plus ou moins accentuée des os nasaux à la racine du nez au niveau de la commissure biorbitaire interne, avec relèvement de l'extrémité du nez, la ligne des narines formant avec la lèvre supérieure un angle obtus. Dépend d'un développement défectueux des os du crâne et de la face pendant la vie intra-utérine et doit être rangé au nombre des signes de la dégénérescence physique.

Le nez camus (très retroussé) s'observe fréquemment chez la descendance des syphilitiques.

Il est indispensable de rappeler que toutes les altérations acquises du nez, provenant d'accidents traumatiques, de processus pathologiques, etc., doivent être scrupuleusement distinguées des tares congénitales.

26. *Prognathisme nasal.* Nez projeté en avant et dû à une proéminence excessive des os nasaux.

27. Le développement exagéré des os du nez ainsi que la croissance irrégulière des cartilages produisent une convexité ou un *renflement de l'épine nasale* qui se résume en diverses variétés du nez, le nez dit aquilin, le nez à extrémité recourbée ou nez en bec de corbin.

28. *Nez bilobé.* Le bout du nez est partagé par un sillon longitudinal, une petite gouttière, provenant d'une disposition défectueuse du cartilage.

29. *Allongement de la cloison nasale.* Le nez présente une forme particulière : l'abaissement prononcé de la portion cutanée de la cloison qui semble trop lourde, découvre en partie la surface interne des narines.

30. *Asymétrie des narines.* Différence de la grandeur des narines, dont l'une est plus ouverte que l'autre.

Principales anomalies des MACHOIRES. — 31. *Prognathisme de la mâchoire supérieure*, ou prognathisme facial. Est déterminé par la projection en avant des os du maxillaire supérieur, ce qui donne à la face une certaine ressemblance avec le singe, un profil simiesque.

Chez les Européens, le prognathisme très prononcé est en général un phénomène rare, anormal.

32. *Prognathisme de la mâchoire inférieure*, ou prognathisme mentonnier. Se résume en une projection en avant de la mandibule; dépend comme le précédent du développement irrégulier des os faciaux dans le stade embryonnaire; présente une anomalie qui altère considérablement l'harmonie de la face (*).

33. *Emboîtement defectueux des arcades dentaires* par suite du développement irrégulier des maxillaires.

34. Le développement exagéré des os *zygomatiques* en largeur communique à la face le type mongol. A l'égal des maxillaires trop volumineux, les zygomés exagérés sont considérés parmi les signes de dégénérescence physique pour les Européens. Par eux-mêmes, ces os peuvent ne présenter aucune altération dans leur structure ni dans leur conformation; seuls leurs diamètres sont augmentés et ils semblent être comme hypertrophiés en masse.

35. *Le palais étroit, en ogive*, ou voûte palatine ogivale, fut décrit en premier lieu par Morel. Il l'observa fréquemment chez les aliénés et le rangea au nombre des signes de dégénérescence physique graves. Le palais osseux étroit présente plusieurs degrés de rétrécissement et dépend, selon toute probabilité, de la compression des os palatins sur leur axe longitudinal, ce qui leur fait perdre la forme arrondie normale. On attribue cette anomalie à un développement irrégulier du système osseux pendant la vie intra-utérine.

36. *Torus palatinus, division congénitale du palais*. Se présente sous la forme d'un bourrelet longitudinal de la muqueuse sur le raphé médian. Dépend selon toute probabilité d'une synostose irrégulière des os palatins pendant la période embryonnaire.

37. Une autre variété du *Torus palatinus* à noter est une *fissure congénitale* de la voûte palatine occasionnée par la suture des os du palais restée ouverte.

38. *Fissure congénitale du voile du palais*. Est toujours caractérisée par des troubles de la phonation (nasonnement).

39. La phonation est également troublée par l'*allongement du frein de la langue*, qui atteint quelquefois jusqu'au-dessous de la pointe de la langue et en gêne les mouvements.

(*) Aux XV^e, XVI^e et XVII^e siècles, à l'époque la plus florissante de la peinture en Europe, les peintres et les anatomistes ne reconnaissaient un visage régulier que lorsque trois distances en étaient égales : 1) le front; 2) la hauteur de la face (de l'ophrion au point alvéolaire); 3) du point alvéolaire au point mentonnier.

40. *Bec-de-lièvre*. Fissure verticale des lèvres les divisant en deux segments arrondis. Il existe plusieurs variétés de ce vice de formation; le bord alvéolaire du maxillaire supérieur peut être intéressé et accuser une fissure plus ou moins profonde.

Le bec-de-lièvre est déterminé par un développement anormal pendant la période embryonnaire.

Toujours la période embryonnaire, dira-t-on ?

Cette expression peut sembler de prime abord trop généralisée, parce qu'elle ne donne pas une idée nette et précise du mécanisme d'une semblable déviation du processus normal. Pour de plus amples détails sur cette malformation, nous renverrons le lecteur au travail de BROCA (voir l'Introduction de Broca, *Traité de chirurgie*, t. V, p. II) et au livre plus récent du D^r EDMOND FOURNIER sur les *Stigmates dystrophiques de l'héredo-syphilis*.

Les diverses variétés de becs-de-lièvre, les fissures labiales simples et compliquées, les anomalies de la voûte osseuse du palais, celles du voile (palais mou), etc., dépendent évidemment, pour la plupart, de ce que la fissure normale n'a pas été comblée à temps par suite de divers processus pathologiques pendant le stade embryonnaire.

C'est toujours dans les circonstances qui ont influencé l'organisme à une époque proche de la conception qu'il faudrait chercher les causes qui troublent l'évolution normale.

Indépendamment des causes qui agissent directement sur l'embryon au moment de la conception et pendant la gestation, il faut encore tenir compte des influences plus éloignées, selon l'opinion des auteurs, et qui se transmettent par hérédité des aïeux à leur descendance, résidant dans l'organisme des parents depuis leur propre stade embryonnaire. D'après la théorie de Weismann sur la continuité du plasma embryonnaire, le lien qui unit les ancêtres à leur descendance constitue une chaîne héréditaire continue; une telle interprétation contribuerait à éclaircir certaines questions obscures et problématiques, notamment en ce qui concerne l'atavisme.

En revenant aux signes de dégénérescence physique, il faut noter les malformations nombreuses que subissent les DENTS, leurs arrêts de développement, leur implantation vicieuse, leur usure précoce, etc.

41. *Absence des incisives supérieures latérales*. A la place des

quatre incisives supérieures on ne trouve que les deux centrales, à côté desquelles se placent les canines. Ces dernières ne sont pas toujours de grandeur normale; quelquefois elles sont plus volumineuses (gigantisme), très pointues, effilées vers le bord libre. D'autres fois, les canines sont toutes petites, atrophiées (nanisme).

42. *Absence des troisièmes molaires*, dites « dents de sagesse ». Elles font défaut très fréquemment, ou bien, au lieu des quatre réglementaires, il n'en pousse qu'une seule, les autres ne percent pas et restent dans leurs alvéoles à l'état rudimentaire.

43. *Dents surnuméraires*. S'observent aux deux maxillaires, le plus souvent à côté des canines. D'autres fois, on voit pousser entre la canine supérieure et la première prémolaire une dent rudimentaire. Il est plus rare de voir pousser une dent rudimentaire entre les deux incisives centrales supérieures.

Dans un cas observé dernièrement chez une jeune détenue, la denture était assez belle, toutes les dents saines; entre les deux incisives centrales supérieures croissait une dent étroite, de dimension moindre, comme intercalée. Cette dent surnuméraire était une trente-troisième dent.

En ce qui concerne la mâchoire inférieure, nous avons eu l'occasion d'observer une seule fois quatre dents surnuméraires, poussées derrière la rangée des incisives inférieures et des canines; elles étaient plus petites que les incisives du premier rang, espacées et éparées; elles affectaient la forme de palettes, comme les incisives l'ont d'habitude; trois d'entre elles étaient de grandeur et d'aspect normaux, la quatrième était petite, rudimentaire.

44. *Canine simiesque*. Certaines personnes possèdent des canines géantes par rapport aux autres dents; elles font saillie hors de la rangée normale, sont larges du haut, plus effilées vers le bord libre et se terminent en pointe acérée. De semblables canines sont propres aux crânes des gorilles et de quelques autres singes.

Le Dr Régnauld ⁽¹⁾ fait observer que le diamètre transverse maximum de la canine du gorille correspond au bord libre de la gencive; à partir de là, la canine s'amincit et s'effile en forme de lame de poignard.

La canine de l'homme présente aussi dans certains cas une pointe acérée, et plus la race est inférieure, plus la canine est

(1) Dr RÉGNAULT, F., *Variations dans la forme des dents suivant les races humaines*. (BULL. DE LA SOC. D'ANTH. DE PARIS.)

pointue. Les canines volumineuses, à diamètre transverse exagéré, sont aussi une particularité des races inférieures.

D'après le Dr Kurella (1), le volume exagéré des canines, leur projection en avant et leur forme en lame de poignard, — caractères exclusivement propres au crâne des singes, — s'observent chez les criminels dans 4 %.

45. *Dents de Hutchinson*. Elles sont caractérisées par une échancrure semilunaire sur le bord libre des incisives supérieures; la convexité de l'échancrure regarde la racine de la dent. Cette anomalie, assez fréquente, décrite par Sir Jonathan Hutchinson, s'observe chez les syphilitiques héréditaires.

46. *Érosions dentaires diverses*. Dents à rainures horizontales, érosions en sillons (Parrot), érosions en escalier, érosions en gâteau de miel (Tomes), érosions en tournevis et autres variétés de développement vicieux des dents, constituent l'objet d'une belle monographie de M^{me} Dr Sollier : *De l'état de la dentition défectueuse chez les enfants arriérés*.

47. *Gigantisme et nanisme des dents*. Dents irrégulières, de différentes grosseurs, les unes démesurément grandes, les autres toutes petites, les troisièmes moyennes.

48. *Implantation vicieuse des dents*. Les dents sont espacées, séparées les unes des autres par des espaces vides; comme antithèse citons les dents trop rapprochées, chevauchantes; projection d'une ou de plusieurs dents en dehors de l'arcade dentaire; dents inclinées en dedans; dents affectant une rotation sur l'axe.

49. Enfin, parmi les stigmates physiques de la dégénérescence, il faut relever la tendance malheureusement si fréquente à une *altération précoce des dents par la carie*, si répandue parmi les enfants chez lesquels les dents de lait sont même souvent affectées de carie.

En fait de dents vicieuses, nous avons trouvé parmi les femmes homicides :

Absence des deux canines latérales supérieures . . .	27.3 %
Canines simiesques	30.9 %
Autres malformations des dents	78 %

La liste des signes de dégénérescence physique, telle que nous venons de la dresser sommairement, est loin d'être achevée. Il

(1) Dr KURELLA, H, *Naturgeschichte des Verbrechers*.

reste encore à énumérer les nombreuses anomalies congénitales de la peau, celles des ongles, des cheveux; celles des extrémités supérieures et inférieures, des doigts et des orteils; celles du tronc; en plus quelques autres particularités congénitales de différentes sphères de l'organisme, entre autres : la polysarcie congénitale, l'infantilisme, le bégayement, le daltonisme, la surdmutité et bien d'autres encore qui feront l'objet d'une communication ultérieure.

DISCUSSION.

M. Houzé. — Le travail de M^{me} Tarnowsky est fort bien fait; nous savons avec quelle persévérance elle poursuit ses patientes recherches.

Nous nous permettons de répéter ce que nous avons déjà dit sur ce sujet, c'est que les caractères relevés chez les anormaux, doivent d'abord être recherchés chez les normaux. Chaque particularité dans toute série présente des gammes de variations et souvent les prétendues anomalies ne sont que des variétés.

Dans l'énumération des anomalies céphaliques, M^{me} Tarnowsky parle de la saillie de l'écaille occipitale et de son aplatissement; nous savons tous que ce sont des caractères purement ethniques.

En faisant allusion au palais de forme ogivale, M. Heger nous a dit que cette forme se retrouve dans une série quelconque de crânes, peut-être même plus fréquente que dans une série de crânes d'aliénés. Mes observations sur le vivant ou sur le crâne confirment les siennes.

M^{me} Tarnowsky décrit les anomalies dentaires et elle considère les dents décrites par Hutchinson comme portant l'estampille de l'hérédo-syphilis; cette forme aussi bien que la striation transversale des incisives n'indiquent que des troubles de nutrition et de croissance; ils résultent d'arrêts de développement causés par des maladies graves et longues; ils sont observés chez des sujets qui n'ont aucune tare syphilitique.

Quant aux anomalies numériques des dents et à la carie, voici ce que de nombreuses séries nous ont montré ainsi qu'à la plupart des observateurs : dans les populations primitives, préhistoriques ou actuelles, la carie est rare; au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'époque moderne, elle devient de plus en plus fréquente. La diminution et l'augmentation du nombre des dents constituent un phénomène d'évolution et non de dégénérescence.