

SEANCE DU 28 JUILLET 1919

Présidence de M. VERVAECK.

La séance est ouverte à 8 heures.

OUVRAGES PRÉSENTÉS. — *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1919, n° 2.

Revue Anthropologique, 1919, nos 5 et 6. — J.-L. de Lanessan, L'Éducation morale chez les animaux. — P.-G. Mahoudeau, Le « De rerum natura » de Lucrèce au point de vue des sciences anthropologiques. — G. Hervé, Hache de bronze morgienne trouvée en Hollande.

University of California publications in American archaeology and ethnology, 1914, vol. 10, n° 6. — Pliny Earle Goddard, Notes on the Chilula Indians of Northwestern California.

Id. 1914, vol. 11, n° 2. — A.-L. Kroeber et J.-P. Harrington, Phonetic elements of the Diegueno language. *The Museum Journal*, 1914, n° 1.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance, le procès-verbal est adopté.

LA SYPHILIS DANS SES RAPPORTS

AVEC L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

par le D^r Léon DEKEYSER

Au cours de la dernière séance, le docteur Vervaeck nous a fait une communication des plus intéressantes sur la taille des délinquants d'habitude et il établit que ces derniers comportent un nombre de tailles extrêmes beaucoup plus important qu'on ne les rencontre dans la population normale. Or nous savons que les tailles très grandes comme les tailles très petites sont l'indice d'un développement physique anormal, peu satisfaisant, d'une prédisposition aux maladies et partant constituent une tare physique, une véritable *dystrophie*.

Cette constatation s'ajoute du reste à un grand nombre d'autres d'ordres divers qui tendent à reconnaître une infériorité biologique du criminel d'habitude.

Comme le docteur Vervaeck semble disposé à l'admettre, il y aurait lieu de voir si cette infériorité physique du récidiviste ne s'accompagne pas, sinon dans la plupart des cas, tout au moins dans un grand nombre d'entre eux, d'une infériorité intellectuelle et morale les rendant inaptes à résister aux impulsions nocives du milieu.

En d'autres termes, les tares mentales du criminel d'habitude ne s'accompagnent-elles pas toujours ou presque toujours de tares physiques : exagération de la taille, asymétries, disproportions, développement anormal de l'une ou l'autre partie du squelette, etc... Et dans ces conditions, s'il y a vraiment coordination entre les déviations physiques du délinquant et ses déviations psychiques, nous aurons à examiner quelles peuvent être les causes de ces altérations tant physiques qu'intellectuelles et morales.

Tout d'abord nous devons rechercher quels sont les facteurs que l'on trouve à l'origine du développement de ces dégénérescences et de ses dystrophies.

Dans une communication faite ici en 1913 sur l'hérédité criminelle, le docteur Vervaeck a envisagé la question et je ne crois pas inopportun d'y revenir aujourd'hui succinctement.

Nous savons le rôle important que joue le facteur hérédité dans la genèse des malformations et des dystrophies et cela n'a rien que de très naturel, l'hérédité n'étant en somme autre chose que la transmission des caractères des ascendants aux descendants. Il va sans dire qu'il ne s'agit pas de la transmission de tous les caractères, mais de la plupart de ceux-ci et même parfois de certains d'entre eux appartenant à des ascendants plus ou moins éloignés des procréateurs. Il va sans dire aussi qu'il ne s'agit pas nécessairement de la reproduction fidèle des tares des générateurs, mais bien plutôt, comme le dit Le Gendre, de la transmission à l'engendré des qualités des cellules des procréateurs, c'est-à-dire des manières de réagir de celles-ci vis-à-vis des agents physiques, chimiques, mécaniques. Ces modes réactionnels cellulaires propres à chaque individu expliqueront la transmission des anomalies de structure, de capacité fonctionnelle de tel ou tel tissu, de tel ou tel organe, de tel ou tel appareil suivant que la déviation du type réactionnel normal se limite à tel ou tel tissu, organe ou appareil.

Et quels seront ces agents physiques, chimiques et mécaniques ? Le milieu, qui agira sur le développement de l'individu dans sa vie embryonnaire et dans son développement ultérieur. Mais une manifestation pathologique des parents peut ne pas être transmise sous la même forme aux descendants ; les tares que présenteront ceux-ci, le plus souvent ne reproduiront pas les anomalies des procréateurs, mais se présenteront sous d'autres formes, affecteront d'autres tissus, d'autres organes, pourront ne créer que ce que l'on a appelé des prédispositions morbides et cela sera surtout vrai pour les caractères acquis.

Il paraît superflu de discuter encore l'hérédité des caractères acquis, mais elle est niée cependant par des biologistes et non des moindres, comme Weissmann.

Comment alors expliquerait-on l'hérédité de la syphilis, pour ne parler que de celle-ci, qui offre l'exemple le plus probant d'une maladie infectieuse transmise avec la plupart de ses caractères par le malade à ses descendants ?

Rappellerai-je la transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentale ? Vous savez tous probablement en quoi consiste cette expérience classique, réalisée par Brown-Sequard :

Il pratiquait l'hémisection de la moelle chez des cobayes et il obtint ainsi des familles de cobayes épileptiques dont un ancêtre seul avait été opéré.

Dans une autre expérience, il provoquait chez le même animal des troubles trophiques de l'œil d'un côté en sectionnant de ce côté, au

cou, le sympathique. Or ces troubles trophiques de l'œil se reproduisirent héréditairement.

Par conséquent, non seulement les parents pourront transmettre leurs tares originelles, mais encore celles qu'ils auront pu contracter non pas nécessairement sous les mêmes formes, mais le plus souvent sous la forme de dystrophies physiques ou mentales, aussi sous l'aspect de prédispositions morbides.

Il est donc du plus haut intérêt de rechercher avec soin quels sont les accidents morbides qui, acquis par les parents, seraient capables de produire chez les engendrés un ensemble de déviations permettant d'éclairer jusqu'à un certain point le problème du criminel d'habitude et tout particulièrement de voir dans quelles proportions se présentent chez celui-ci les tares physiques et quelle en est l'origine.

Nous savons que certaines maladies telles que la syphilis, la tuberculose, le diabète, etc. impriment souvent aux descendants des empreintes physiques dégénératives importantes, mais qui n'ont que rarement un caractère pathognomonique. De telle façon que dès le début, quand nous voulons déterminer la maladie responsable des tares constatées, nous nous trouvons arrêtés. Mais le problème se complique encore de ce fait que des maladies acquises par le délinquant lui-même peuvent avoir provoqué des tares définitives, influencé la taille, le développement, créé des éburnations osseuses, des modifications profondes et permanentes dans le système dentaire, etc.

C'est là le fait de toutes les maladies infectieuses lorsque leur évolution est grave et surtout de longue durée.

C'est là le fait aussi de la plupart des maladies de la nutrition. J'ajoute que même les mauvaises conditions de vie, une alimentation défectueuse, une hygiène déplorable pourront, au point de vue physique, jouer le même rôle que celui que le milieu social et moral joue au point de vue mental, c'est-à-dire l'exagération des tares héréditaires, la déformation et les déviations de celles-ci, la production de tares nouvelles.

Il est aisé de s'imaginer avec quelque apparence de raison que des facteurs soit héréditaires, soit acquis, assez puissants pour produire des tares physiques, constitutionnelles appréciables, ont pu également provoquer en même temps des tares intellectuelles plus ou moins graves : du déséquilibre mental, un affaiblissement du self-contrôle, la prédominance des tendances impulsives, des sentiments inférieurs, une émotivité excessive, pathologique et en général de l'inadaptabilité morale.

Mais parmi les facteurs morbides que l'on peut invoquer dans l'étiologie des tares constitutionnelles ou mentales, il importe de

rechercher ceux dont l'action nocive se manifeste précisément par la production de dystrophies diverses, ceux dont l'action sur la race est particulièrement néfaste, ceux dont l'hérédité est spécialement chargée au point de vue pathologique. Parmi ces facteurs de dégénérescence, à côté de l'alcoolisme dont le rôle n'est plus guère discuté, il convient de placer la syphilis dont l'importance au point de vue de l'anthropologie criminelle est à peine entrevue. L'intérêt de ces recherches est d'autant plus considérable que nous sommes actuellement à ce point armés pour le dépistage et le traitement de la syphilis que nous pouvons entrevoir dès à présent la perspective de la disparition du fléau.

Mais une question préalable doit être résolue. La syphilis peut-elle, comme l'alcoolisme, produire des dégénérescences, des anomalies du système nerveux central, de ces troubles fonctionnels de l'intelligence sans lésion morphologique apparente ? Nous n'en avons pas jusqu'ici de preuves certaines, mais je suis assez porté à croire que la syphilis, agent puissant de dégénérescence, peut créer de ces déviations mentales. Et nous avons sans doute à cet égard plus que des présomptions. Nous savons avec quelle fréquence l'infection frappe le système nerveux central pour lequel elle a une véritable prédilection. La paralysie générale, l'une des formes les plus graves des maladies mentales et sans doute la plus fréquente, est toujours d'origine syphilitique. Le tabès dorsalis ou ataxie locomotrice, la maladie de la moelle, de loin la plus répandue, est également due au virus syphilitique et s'accompagne assez souvent de troubles cérébraux.

Je pourrais faire ici une longue énumération des troubles du système cérébro-spinal provoqués par la syphilis ; mais cela m'entraînerait fort loin et ne présenterait pour le sujet qui nous occupe qu'un intérêt médiocre. Ce qu'il importe de savoir, c'est la prédominance véritablement élective de la syphilis pour le système nerveux. Voici des chiffres d'une terrible éloquence à cet égard. Sur 4,000 cas recueillis par E. Fournier, cas de syphilis tertiaire avérée, il trouve 758 lésions du cerveau et 1,098 cas dans lesquels la moelle épinière était affectée, soit au total 1,856 cas ou plus de 45 % de lésions du système nerveux central, dont 18,9 % des centres supérieurs. Or, de ces 758 cas, on connaît l'évolution ultérieure de 354 : 77 guérirent, 68 moururent, 209 survécurent, mais tous atteints de lésions cérébrales irrémédiables. Et ces statistiques, croyez-le bien, ne se sont pas améliorées. Ainsi Berkeley attribue tous les cas de troubles mentaux, de monoplégie ou d'hémiplégie à la syphilis, lorsqu'ils surviennent avant 40 ans chez des sujets n'ayant aucune affection des reins ni du cœur. Mœbius attribue tous les cas de paresie à la même cause.

On peut supposer qu'un agent infectieux capable de produire des désordres aussi graves dans la cellule nerveuse, pourra également manifester sa nocivité d'une façon moins brutale, moins apparente, créer de la dégénérescence intellectuelle, des anomalies mentales, dont on trouve du reste les manifestations évidentes dans les stades de début de la paralysie générale. Ce sont des modifications du caractère, des poussées impulsives, de l'instabilité mentale, etc., que nous, syphiligraphes, observons avec une certaine fréquence et assez rapidement parce que nous recherchons ces symptômes prémonitoires de lésions de la plus haute gravité. Supposons du reste qu'à ce stade, l'évolution s'arrête, que les troubles restent acquis sans plus subir d'aggravation et nous nous trouverons devant le tableau de l'affaiblissement mental ou plus exactement de l'anormalité mentale telle qu'on pourra la retrouver chez certains délinquants d'habitude, surtout si le milieu social est favorable à son extériorisation ou y ajoute son influence pernicieuse.

A remarquer que les auteurs attachent une valeur considérable à l'âge : les troubles cérébraux survenant dans l'adolescence et avant quarante ans doivent toujours faire soupçonner la syphilis. Et je ne puis m'empêcher de rapprocher de ce fait cette autre constatation que le délinquant d'habitude est surtout un jeune.

Tout ce que je viens de dire se rapporte à la syphilis acquise, mais en sera-t-il de même pour la syphilis héréditaire qui, au point de vue qui nous occupe, prend une importance beaucoup plus considérable ?

La syphilis héréditaire a ceci de particulier qu'elle produit chez le descendant un très grand nombre de manifestations absolument identiques à tous égards à celles de la syphilis acquise, à celles que l'on rencontre chez les parents infectés. Et puisque la syphilis acquise a une telle prédominance pour les centres nerveux, on pourrait croire retrouver chez leurs descendants infectés héréditairement des lésions nerveuses identiques. Il n'en est rien. On a bien cité quelques cas de tabès incontestable chez des hérédo-syphilitiques (E. Fournier, Strumpell, Remak) et même des cas de paralysie générale (Raymond, Strumpell, Davidoff, Ballet), mais ces cas sont tout à fait exceptionnels. Au point de vue du système nerveux, la syphilis héréditaire agit surtout en produisant des anomalies, en troublant ou en retardant les fonctions et le développement du système nerveux. Cette action est extrêmement fréquente et les manifestations cérébrales de la syphilis héréditaire sont remarquables par leur multiplicité, par la variété de leurs formes, par leur gravité. La syphilis héréditaire constitue probablement l'une des facteurs les plus importants de l'arriération mentale ; mais ces arrêts du développement de l'intelligence peuvent

naturellement se montrer à des degrés divers, depuis la simple insuffisance intellectuelle jusqu'à l'idiotie complète. Ceci n'a du reste rien que de très logique, la syphilis agissant comme telle directement sur les cellules cérébrales ou indirectement par la production de troubles nutritifs des centres nerveux résultant d'une circulation altérée par la sclérose prématurée des vaisseaux sanguins. C'est surtout chez l'enfant que l'on observe ces troubles de l'intelligence, parce qu'ils apparaissent mieux, ils impriment au caractère, à la mentalité un cachet un peu spécial : le retard dans l'évolution mentale comme dans l'évolution physique.

Les convulsions, les méningites de l'enfance reconnaissent la syphilis héréditaire dans un grand nombre de cas.

L'épilepsie apparue au cours de l'enfance ou de l'adolescence n'est souvent pas autre chose qu'une syphilis cérébrale dont l'accès épileptiforme est purement symptomatique. Naturellement ces accidents éclamptiques, convulsions, épilepsie, produisent presque toujours des troubles moraux, de l'irritabilité nerveuse, des modifications du caractère, un certain engourdissement de l'intelligence. Car l'épilepsie syphilitique, qui n'est pas toujours facile à distinguer de l'épilepsie jacksonienne, s'accompagne dans la majorité des cas de manifestations cérébrales qui font défaut dans celle-ci, surtout des céphalalgies durables qui sont comme la signature de l'auteur du mal. Ceci nous intéresse tout particulièrement, car nous savons le rôle important que joue l'épilepsie dans les dégénérescences mentales observées chez le criminel.

Mais à ces troubles en somme assez appréciables, il faut en ajouter d'autres plus discrets qui doivent retenir l'attention de l'anthropologue : ce sont les névroses. Celles-ci sont, comme nous le savons, la conséquence d'un grand nombre d'hérédités infectieuses et il n'y a donc pas lieu d'être étonné d'y rencontrer la syphilis.

Je laisserai ici la parole au professeur Fournier dont les travaux sur la syphilis héréditaire sont restés classiques :

« Lorsque », disait-il dans une de ses leçons, « ces troubles nerveux viennent à porter sur les facultés intellectuelles et morales, ils créent des sujets bizarres, originaux, éréthiques, émotifs, excessifs, auxquels on applique vulgairement le nom d'impondérés ou de déséquilibrés, voire, à un degré supérieur, de détraqués.

» On a affaire alors à des individus qui, avec un fond moyen d'intelligence et de sentiments moraux, restent inférieurs à la moyenne courante parce qu'ils sont incomplets.

» Suffisants sur plusieurs points, ils sont défailants sur d'autres.

» Ils offrent le type de ces sujets à intelligence partielle qui, bien doués par certains côtés, présentent (pardon de l'expression) une lacune, un trou sur d'autres; ils offrent le type de ces ensembles moraux imparfaits, à la fois conscients et inconscients du bien et du mal, à la fois et tour à tour capables de dévouement et de vilenies. De là le décou su dans leurs entreprises, leurs volitions, leurs projets, leur conduite générale dans la vie.

» Bref, ce sont des gens qui n'arrivent à rien de bien en raison de leur cérébralité mobile, de leur instabilité mentale, en raison du défaut d'équilibre et de pondération dans leurs idées, leurs sentiments, leurs actions.

» J'ai déjà rencontré dans ma carrière nombre de sujets de cet ordre, et après avoir analysé aussi scrupuleusement que possible les causes qui pouvaient les avoir amenés à cet état particulier, il m'est arrivé plus d'une fois de ne trouver que l'hérédité spécifique comme origine de cette quasi-dégénérescence. »

Voici, à ce sujet, une observation bien intéressante de Barthélémy. A remarquer l'intégrité mentale et physique apparente des parents.

« Hérédité syphilitique paternelle. Père ayant contracté la syphilis seize ans avant son mariage. Syphilis d'ailleurs bénigne, s'étant réduite aux quelques accidents suivants: chancre, roséole, plaques buccales. Traitement de trois mois. Sujet bien constitué, vigoureux, non alcoolique.

» Mère saine, vigoureuse. Moralement et physiquement, les deux parents sont donc irréprochables.

Enfant née prématurément (à huit mois), actuellement âgée de vingt et un ans. Assez grande, mais maigre et sèche. Malformation thoracique. Asymétrie par aplatissement du côté gauche et saillie antérieure du côté droit. Asymétrie faciale bien accentuée. Côté droit de la face faisant saillie; côté gauche plus petit, aplati et comme rétracté en arrière.

» Léger prognathisme supérieur.

» Voûte palatine très étroite, très profonde et ogivale.

» Strabisme de l'œil gauche.

» Dystrophies dentaires considérables. Quelques dents absolument atypiques; ainsi il est presque impossible de distinguer les incisives des canines. Erosions dentaires multiples. Vulnérabilité dentaire (plusieurs dents cariées ou déjà usées).

» Mais surtout deux phénomènes importants, à savoir:

» 1° DENTS SUPPLÉMENTAIRES: Deux incisives supérieures supplémentaires en sorte que la mâchoire supérieure porte six incisives;

» 2° Véritable CHAOS DENTAIRE comme implantation ; les dents sont implantées comme au hasard.

» Sur deux points, il y en a comme trois rangées qui empiètent sur la voûte palatine. (A noter que les parents ont tous deux des dents très belles, très solides et à implantation régulière).

» Tibias offrant nettement la malformation dite en lame de sabre.

» Aucun phénomène hystérique. Intelligence ordinaire, peut-être cependant un peu au-dessous de la moyenne ; mais caractère bizarre, capricieux, fantasque. Timide, émotive, éréthique ; *déséquilibrée* ; conduite très régulière, irréprochable. Instincts moraux réguliers, mais impulsions kleptomaniaques. A dérobé plusieurs fois, sans besoin et maladroitement ; ne se rend aucun compte de l'immoralité de tels actes.

» C'est le troisième cas de ce genre », ajoute le Dr Barthélémy, que je constate, en des conditions identiques de prédispositions héréditaires. Je suis donc conduit à penser que la para-hérédo-syphilis peut donner lieu à des perversions mentales et morales, tout comme à des insuffisances intellectuelles et tout comme à des dystrophies somatiques qui, elles, ne sont ni discutables ni discutées. »

Cette revue rapide des désordres provoqués par la syphilis acquise et surtout par la syphilis héréditaire sur le système nerveux central, vous aura démontré, j'en suis convaincu, que la syphilis, au même titre que l'alcoolisme, et peut-être davantage encore, peut produire des troubles mentaux d'intensités extrêmement variées et pourrait donc être invoquée comme l'une des causes possibles des déviations mentales observées chez le criminel d'habitude.

Mais il nous faudrait plus qu'un argument de possibilité, il nous faudrait des arguments de probabilité sinon de certitude.

Il conviendrait donc de rechercher la syphilis d'une façon systématique chez tous les délinquants, syphilis acquise et surtout syphilis héréditaire. En second lieu, de tâcher de dégager, si c'est possible, l'influence de la syphilis de celle des autres tares dégénératives, tares originelles, alcoolisme, maladies de la nutrition, etc., ce qui suppose un travail énorme, s'appuyant sur des séries considérables.

Rechercher la syphilis acquise n'est pas si facile qu'il semble à première vue. Près de 10 % des malades ignorent complètement et de bonne foi avoir été infectés, soit parce que les accidents du début ont passé inaperçus, soit, comme c'est malheureusement le cas souvent encore, parce qu'ils n'ont pas été rattachés à leur cause exacte. Cependant un immense progrès a été fait à la suite des remarquables travaux de nos savants compatriotes Bordet et Gengou

et la réaction imaginée par leurs recherches nous permet actuellement de dépister la syphilis dans tous les cas.

Où la difficulté toutefois devient considérable, c'est lorsqu'il s'agit de rechercher les tares de la syphilis héréditaire. Presque toujours, le délinquant ignore complètement ses antécédents pathologiques héréditaires. Les parents n'éprouvent guère le désir d'édifier leurs enfants à cet égard et au surplus ignorent presque toujours l'influence néfaste de la syphilis sur leur descendance. Il est bon de remarquer que l'on aurait tort de considérer la syphilis à évolution bénigne comme inoffensive au point de vue héréditaire. Je ne serais pas autrement surpris de voir précisément ces cas donner les déviations mentales dont nous nous occupons ici et cela avec d'autant plus de vraisemblance que ce sont ceux-là mêmes qui le plus souvent échappent à tout traitement ou sont soumis à des traitements à peu près nuls ou tout à fait insuffisants.

Les commémoratifs, l'interrogatoire ne donneront donc que rarement des renseignements utiles. Peut-être dans un certain nombre de cas pourrions-nous pourtant baser notre opinion sur la plurinatalité accompagnée d'une plurimortalité précoce. Mais ce phénomène n'est pas particulier à la syphilis. L'alcoolisme, la tuberculose, le saturnisme produisent également des avortements répétés, une mortalité infantile considérable, mais cependant avec une fréquence moindre que la syphilis. Mais ce sera là encore un renseignement précieux que l'on n'obtiendra que rarement avec une certaine précision. Force nous est donc de tâcher de trouver dans les tares physiques persistantes l'élément étiologique qui nous intéresse.

Les tares que laissent à leurs descendants les procréateurs syphilitiques sont extrêmement variées; elles peuvent affecter tous les tissus, tous les organes: on les rencontre aussi bien dans le squelette que dans les viscères et nous savons que le système nerveux constitue un de leurs terrains de prédilection. Elles peuvent être multiples, c'est-à-dire frapper plusieurs organes à la fois, comme aussi ne présenter qu'une localisation unique. Enfin la syphilis héréditaire peut s'attester par des lésions définitives extrêmement discrètes et même ne manifester aucune tare appréciable, quelque soin que l'on mette à examiner le sujet. L'influence dégénérative de la syphilis pourra encore ne s'affirmer que par une sorte de dénutrition, d'arrêt ou de retard dans le développement de l'individu, dystrophie qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à son étiologie exacte, surtout si des maladies de l'enfance, des fièvres éruptives ont compromis la normalité du développement. Et ce cas est fréquent parce que cette dystrophie qui affecte non pas tel ou tel système, tel ou tel organe,

mais toute l'économie générale, tout l'organisme, rend tout naturellement celui-ci plus vulnérable aux multiples influences nocives du milieu.

Cette multiplicité et cette variabilité des tares hérédo-syphilitiques n'empêcherait nullement de les déceler, à la condition d'y mettre toute l'attention requise et tout le soin qu'exige un examen complet, minutieux et parfois délicat. Mais, d'autre part, nous voyons quelquefois des sujets vigoureux, n'ayant en apparence aucune tare héréditaire, présenter un beau jour des accidents d'hérédo-syphilis incontestables et graves : gommès, ulcérations, nécroses, surdité, etc. Rien dans l'habitus ni dans le développement de l'individu n'avait pu attirer l'attention. Aucune tare dystrophique, mais des accidents syphilitiques. De telle sorte que nous ne pouvons pas toujours à priori exclure toute syphilis dans l'hérédité de sujets présentant toutes les apparences d'une santé parfaite. Ceci n'est pas pour faciliter la solution du problème. Toutefois ce qui vient la rendre particulièrement ardue, c'est le fait que les tares héréditaires dont la syphilis est responsable ne lui sont pas absolument spéciales, en d'autres termes, elles ne présentent pas un caractère nettement spécifique, si ce n'est dans quelques cas que je signalerai tout à l'heure.

Il est du reste aisé de comprendre que tout agent infectieux pourra déterminer des dystrophies diverses, comme le fait la syphilis, maladie infectieuse.

Depuis les travaux de Landouzy, Hanot, etc., on sait que la tuberculose transmet des dystrophies d'ordre divers. Pour l'alcoolisme, la question n'est plus mise en doute à l'heure actuelle et voici par exemple un cas remarquable cité par A. Fournier, dans lequel on trouve, chez des enfants d'alcooliques indemnes de syphilis et de tares originelles, un ensemble de dystrophies reproduisant celles que l'on rencontre chez les hérédo-syphilitiques.

Père et grand-père alcooliques.

Pas de syphilis.

Pas de malformations ni du côté paternel, ni du côté maternel.

Sept enfants dont trois, paraît-il, bien portants.

Le quatrième enfant est âgé de vingt-cinq ans. A eu des convulsions dans l'enfance. Il présente des dystrophies dentaires multiples (persistance d'une dent de lait, absence de deux canines et de plusieurs molaires). Inégalité pupillaire. Strabisme. Nervosisme très accusé.

Le cinquième enfant, âgé de seize ans et demi, est un infantile obèse à l'intelligence faible qui présente une malformation crânienne très particulière : absence de paroi crânienne osseuse du côté gauche

de la tête, depuis la tempe jusqu'à la crête occipitale, sur l'étendue d'une paume de main.

Le sixième enfant est mort à trois semaines de convulsions ; il avait un pied bot.

Le septième enfant, qui avait un crâne difforme, en pain de sucre, succomba à un mois.

On retrouve donc ici des dystrophies d'hérédo-alcoolisme présentant le tableau des dystrophies d'hérédo-syphilis : dystrophies dentaires, infantilisme, strabisme, déchéance intellectuelle, absence d'un segment d'os, etc.

Enfin, à côté de la tuberculose et de l'alcoolisme comme générateurs de dystrophies, nous pourrions placer un certain nombre d'autres maladies toxiques ou infectieuses comme le saturnisme, le paludisme, etc. Il est vrai qu'il est beaucoup plus rare de les rencontrer dans ces cas.

Il convient du reste de ne pas rattacher trop rapidement à la syphilis héréditaire certaines dystrophies peu fréquentes ou difficilement explicables. J'avoue qu'il m'est difficile de suivre certains auteurs qui attribuent toute malformation, toute dystrophie à la syphilis du moment où l'on peut retrouver celle-ci dans l'ascendance. Si l'on songe que dans les grands centres, 7 % de la population est ou a été syphilitique, il n'y a rien de surprenant à retrouver cette infection dans un grand nombre de cas soumis à l'examen du médecin.

Avant qu'un nombre d'observations suffisamment important n'ait été rassemblé, il est bon de réserver son opinion sur l'étiologie d'un certain nombre de dystrophies, comme par exemple les malformations de l'oreille auxquelles on a voulu attribuer une valeur considérable comme stigmate de dégénérescence chez le criminel, la scoliose, l'ichthyose, les nævi, certaines monstruosité, etc.

Je pense que dans le genre de recherches étiologiques dont nous nous occupons ici, il faut s'attacher surtout aux dystrophies que l'on rencontre le plus communément dans la syphilis héréditaire, bien plus qu'aux dystrophies exceptionnelles ou dont l'étiologie est trop douteuse ou trop controversée.

Quelles sont ces dystrophies ? Ce sont surtout les dystrophies osseuses et tout particulièrement les malformations craniennes, les dystrophies dentaires, les déformations des diaphyses, les exostoses. Un certain nombre d'entre elles sont à ce point fréquentes dans l'hérédo-syphilis et à ce point caractéristiques, qu'elles prennent une signification considérable, presque pathognomonique.

Parmi les malformations craniennes, je passe à dessein certaines monstruosités dont la nature syphilitique est reconnue dans la plupart des cas, mais qui ne nous intéressent pas parce que ne comportant que rarement une survie prolongée et jamais dans des conditions à peu près normales, comme la microcéphalie et l'hydrocéphalie.

Mais il en est d'autres moins accusées qui présentent une réelle signification.

C'est d'abord la proéminence exagérée du front fortement bombé en avant et trop développé en hauteur et en largeur ; c'est le front dit olympien, souvent associé à un affaissement très apparent de la racine du nez, ce qui ajoute à l'aspect très caractéristique de cette dystrophie.

C'est ensuite la présence, des deux côtés de la ligne médiane du front, d'une bosselure latérale plus ou moins accentuée, toujours appréciable cependant, circulaire, en mamelon aplati.

Une malformation analogue à celle-ci est fréquente dans la syphilis héréditaire, c'est l'exagération des bosses normales des pariétaux.

Enfin un stigmate extrêmement important, mais malheureusement trop rare, c'est le *crâne natiforme*, qui tire son nom du mot latin *nates* (fesses), parce qu'un tel crâne présente sur la ligne médiane, dans le sens antéro-postérieur, une dépression linéaire de chaque côté de laquelle le crâne se renfle en deux sortes d'hémisphères englobant la région occipito-pariétale. Le sillon linéaire représente assez bien le pli interfessier séparant les deux masses fessières, d'où le nom de natiforme.

Ce stigmate, décrit pour la première fois par Parrot, est sans doute pathognomonique, car jamais il n'a été rencontré en dehors de la syphilis héréditaire.

Enfin l'asymétrie cranienne doit toujours faire soupçonner la syphilis héréditaire.

L'importance des dystrophies dentaires est considérable, mais si l'on doit admettre le facteur syphilis comme en constituant l'étiologie la plus fréquente, nous devons cependant reconnaître que tous les états morbides soit héréditaires, soit acquis amenant un retard ou un arrêt dans l'évolution dentaire, sont capables de produire toutes les dystrophies attribuées à la syphilis. Il s'agit en somme, quelle que soit la cause de la dystrophie, d'un trouble de la nutrition, d'une défectuosité ou d'un arrêt momentané du développement de la dent.

Les caractères des dystrophies dentaires d'origine syphilitique sont d'être multiples et d'être symétriques. Bien entendu, ce n'est pas là une règle absolue, mais c'est cependant la généralité.

Les dystrophies dentaires consistent en érosions pouvant atteindre soit le corps de la dent, soit son extrémité libre; leurs formes sont nombreuses, ce sont des érosions en cupules, à facettes, en sillons, en nappe. Elles peuvent atteindre toutes les dents, mais presque exclusivement les premières grosses molaires, les incisives et les canines parce que ce sont précisément ces dents qui sont en voie de développement lorsque survient le trouble qui va en altérer la nutrition; il s'agit en somme d'une interruption momentanée de la dentification. Si le trouble nutritif qui l'a provoqué est grave, prolongé, l'érosion sera profonde et étendue; si le trouble nutritif, au contraire, a été léger, momentané, l'érosion sera superficielle, petite, peu importante, et l'on peut ainsi, à l'aspect de la dent dystrophiée, se représenter la gravité et l'importance des causes morbides qui sont venues interrompre le travail de formation dentaire.

Or la syphilis est une infection grave, de longue durée, amenant des troubles sérieux dans la nutrition. Dans ces conditions, elle imprimera aux dents sur lesquelles son influence héréditaire se fera sentir des dystrophies très accusées. Celles-ci seules retiendront donc notre attention et parmi elles une variété qui possède une très grande valeur diagnostique, la dent d'Hutchinson. Mais il faut considérer surtout la variété pure décrite par l'auteur sans y ajouter toutes les déviations, modifications et anomalies décrites dans lesquelles ont disparu descriptivement les signes dominants et qui ont fait qu'un grand nombre de médecins en sont arrivés à dénier à la dent d'Hutchinson sa valeur diagnostique réelle.

Il est par conséquent indispensable de bien connaître les caractères essentiels sinon exclusifs de cette dystrophie dentaire.

Tout d'abord, l'érosion atteint exclusivement les incisives médianes supérieures.

Elle affecte la forme d'une échancrure régulière, semi-lunaire, du bord libre de la dent, toujours taillée en biseau aux dépens de son bord antérieur, donc d'avant en arrière et dont le centre occupe l'axe de la dent.

Les bords de l'échancrure sont arrondis.

Cette dent, généralement courte et étroite, prend parfois la forme dite en tournevis par suite de son rétrécissement au niveau du bord libre.

Enfin les incisives d'Hutchinson sont souvent légèrement inclinées en dedans.

Sous l'influence de l'usure fonctionnelle, l'échancrure tend à disparaître et vers vingt-cinq à trente ans, le bord des incisives devient à peu près droit. Mais un signe important persiste toujours, c'est le

biseau arqué du bord antérieur libre de la dent. Ce caractère a donc une valeur toute particulière.

J'ajoute encore que la dent syphilitique est essentiellement vulnérable aux traumatismes, à la carie précoce.

Sans prétendre qu'il s'agisse là d'un stigmate pathognomonique, je crois qu'il faut le considérer comme signe de très grande valeur dans la recherche des tares de la syphilis héréditaire.

Je n'insisterai pas sur les déformations du nez réalisant, dans la syphilis héréditaire, l'aplatissement associé à la dépression de sa racine. Elle est trop caractéristique que pour ne pas attirer l'attention. Je crois, pour ma part, que cette dystrophie est exclusivement d'origine syphilitique.

Ces bosselures, ces épaisissements que je signalais tout à l'heure sur le crâne, la syphilis les produit aussi sur les autres os du squelette. Mais ici elle choisit. Ce sont presque exclusivement les os longs qui sont atteints. On y trouve de la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia, des malléoles, du coude, des têtes du radius et du cubitus, tuméfactions souvent accompagnées d'exostoses.

Cependant, si intéressantes que ces déformations puissent être, elles sont en somme souvent difficiles à distinguer des lésions dues au rachitisme. On trouve sans doute bon nombre de rachitiques dans la descendance des syphilitiques, mais il n'est pas démontré encore de façon indiscutable que l'un soit la conséquence héréditaire de l'autre.

Ce qui est plus important dans les indications que je donne ici relatives aux recherches à faire dans l'hérédité pathologique du délinquant d'habitude, ce sont les stigmates qui affectent la diaphyse. Ils ont en effet des caractères particuliers qui paraissent propres à la syphilis, ce qui leur donne une valeur spéciale. Tout d'abord le tibia est de loin l'os le plus fréquemment atteint, plus de 58 %; ensuite viennent les os de l'avant-bras, 23 %. Le tibia constitue donc un siège de prédilection pour les manifestations de la syphilis héréditaire.

En second lieu, les lésions sont presque toujours symétriques, atteignant les deux tibias.

Ensuite elles se localisent presque toujours vers le tiers inférieur de la diaphyse.

Enfin ce sont des lésions proliférantes, formant de véritables hyperostoses, hyperostoses en masse, volumineuses, donnant à l'os et au membre une forme caractéristique, sinon toujours à la vue, tout au moins à la palpation. Le tibia paraît incurvé en avant comme dans le rachitisme. Mais dans ce dernier cas, l'os est vraiment incurvé, tandis que dans la syphilis, le tibia est droit. L'incurvation apparente

lui est donnée par une prolifération osseuse, une hypertrophie locale caractéristique donnant l'aspect dit en lame de sabre. Souvent, à la palpation, on constate la présence d'un certain nombre d'exostoses.

Sur les autres os longs, on peut trouver des malformations analogues.

Au reste, ces lésions sont rarement isolées sans avoir jamais cependant la même multiplicité que dans le rachitisme.

Pour Bacelli, il est un signe qui dénote presque toujours soit une syphilis ancienne, soit la syphilis héréditaire : c'est la présence d'exostoses le long de la suture centrale de la voûte palatine.

De même l'irrégularité des pupilles paraît constituer un stigmate certain de la syphilis.

Enfin il existe un stigmate cérébral d'une certaine importance, c'est la céphalalgie. Ce stigmate est d'autant plus intéressant à connaître qu'il constitue le plus souvent le premier symptôme de la syphilis cérébrale héréditaire. Bien entendu, cette céphalalgie doit pour cela présenter des caractères spéciaux bien déterminés. Il ne suffit pas d'avoir eu des parents syphilitiques et des maux de tête pour faire de la syphilis cérébrale. Les caractères spécifiques qu'ils présentent sont surtout leur exacerbation vespérale et leur persistance, caractères qui reproduisent singulièrement ceux de la céphalalgie de la syphilis acquise.

Avec quelle fréquence rencontre-t-on ces stigmates dans la syphilis héréditaire? Les statistiques à cet égard ne sont pas nombreuses. Voici quelques chiffres :

	A. Fournier	E. Fournier
Lésions dentaires	39 %	47 %
Lésions osseuses	20 %	20 %
Lésions nasales	12 %	27 %
Dystrophies craniennes	7 %	32 %

Pour Peli, les anomalies craniennes s'élèvent à 64,3 %. Il est à remarquer que ces statistiques se rapportent surtout à l'enfance, ce qui explique le chiffre relativement peu élevé des dystrophies osseuses.

Je n'ai pas passé en revue ici tout naturellement les stigmates qui succèdent aux lésions syphilitiques proprement dites, car du moment qu'il s'agit de manifestations morbides en activité de la syphilis héréditaire ou de leurs reliquats, la question se trouve résolue.

Ce qui nous importe ici, c'est de chercher à déceler, à découvrir les tares de l'héredo-syphilis chez des sujets n'ayant jamais présenté aucune manifestations spécifique.

Comme vous l'avez vu, cette recherche est loin d'être facile. Elle l'est d'autant moins que, par suite de la mentalité spéciale du délinquant récidiviste, des conditions de milieu dans lequel il a vécu, l'interrogatoire, l'anamnèse ne donneront que rarement des renseignements utilisables.

Il sera naturellement indispensable de signaler toutes les dystrophies. Mais où la difficulté sera très grande, c'est quand il s'agira de déterminer la nature de ces stigmates.

Aussi est-il bon d'insister encore sur l'importance de certains d'entre eux qui, s'ils n'ont pas une valeur pathognomonique absolue, entraînent cependant une très grande probabilité. Lorsque plusieurs de ces stigmates sont réunis chez le même individu ou chez plusieurs enfants frères et sœurs, cette probabilité deviendra une quasi-certitude.

Ces stigmates importants sont, je les résume :

Les malformations craniennes : front olympien, bosselures latérales du front, crâne natiforme.

La dent type d'Hutchinson caractérisée par l'échancrure semi-lunaire du bord libre des deux incisives médianes supérieures avec taille en biseau du bord antérieur.

L'aplatissement et la dépression de la base du nez.

Les hyperostoses massives de la diaphyse des os longs et spécialement du tibia.

Les exostoses de la suture médiane de la voûte palatine.

L'irrégularité de la pupille.

La céphalalgie à type vespéral, persistante.

Mais tout ceci n'est qu'un des éléments du problème extrêmement complexe qu'il s'agit de résoudre.

Comme nous l'avons vu plus haut, on peut admettre que la syphilis acquise et surtout la syphilis héréditaire peut influencer le cerveau et être invoqué comme l'une des causes probables des déviations mentales observées chez le criminel. Mais suffira-t-il de constater ces déviations mentales et de trouver en même temps des stigmates de l'héredo-syphilis pour conclure à une relation causale. Cela suffira-t-il pour invoquer la syphilis comme le facteur essentiel ou dominant de la prédisposition morbide ?

Le délinquant d'habitude n'a pas seulement un casier judiciaire très chargé, son casier héréditaire ne l'est pas moins et il sera très difficile d'en isoler les facteurs de la prédisposition morbide, de les classer selon l'importance de leur influence propre. Je crois, quant à moi, à l'impossibilité de faire une telle distinction. A moins que

l'on arrive à démontrer des déviations mentales présentant des caractères spéciaux selon le facteur héréditaire qui les aurait développées. Il y aurait une anomalie mentale d'hérédité alcoolique, qui serait différente de la prédisposition due à la syphilis héréditaire, laquelle, à son tour, se distinguerait de la déviation mentale léguée à leurs descendants par des sujets tuberculeux, etc. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là pure conception de l'esprit et pour bien longtemps encore, j'en suis persuadé.

Si l'on veut obtenir un résultat de quelque valeur scientifique, il faudra sérier très soigneusement les récidivistes à examiner au point de vue qui nous occupe et ne tenir compte que des sujets chez lesquels on ne trouve aucune tare autre que la syphilis et surtout ceux qui sont indemnes d'hérédité alcoolique ou d'alcoolisme. Ou bien encore, à côté de séries comportant des héredo-syphilitiques porteurs de stigmates spécifiques, examiner des séries d'héredo-alcooliques sans stigmates syphilitiques. En tout état de cause et quelque soit le plan suivi, ce sera là un genre de recherches extrêmement délicat et dont les conclusions ne pourront être énoncées qu'avec la plus grande prudence.

Il sera du reste indispensable de faire la même enquête sur la population considérée comme mentalement saine, si je puis employer cette expression, par exemple sur les recrues. Vu le nombre énorme des syphilitiques, en effet, il est évident que nous trouverons ici également un certain nombre d'individus porteurs de stigmates. Quelle sera leur proportion relative vis-à-vis des délinquants? Cette question est des plus importante à résoudre, car elle seule nous permettra de savoir si vraiment la syphilis héréditaire crée cette prédisposition morbide, ces tares mentales qui caractérisent le délinquant d'habitude et elle permettra aussi de voir si le facteur milieu social n'est pas, dans la plupart des cas, le facteur dominant, ou bien si c'est le facteur hérédité qui l'emporte.

Quoi qu'il en soit, il y a là un sujet d'études extrêmement intéressant et des plus passionnant, car elle permettra peut-être de faire un peu plus de lumière sur le rôle troublant des infections dans l'activité fonctionnelle des centres supérieurs, dans les déviations de celle-ci, dans la genèse des causes intimes organiques qui ont conduit aux délits.

DISCUSSION

M. VERVAECK. — Je félicite le D^r Dekeyser de sa très intéressante communication; le diagnostic des stigmates d'hérédo-syphilis est des plus importants au point de vue criminologique. A côté de l'exposé très complet qu'il vient de nous faire des déformations osseuses et organiques qui trahissent l'avarie héréditaire, il convient de signaler aussi les perturbations fonctionnelles, les lésions sensorielles à marche progressive, et surtout les cachexies spécifiques qui expliquent la forte mortalité des enfants hérédo-syphilitiques; les unes à évolution rapide, d'autres à marche insidieuse et chronique.

Dans un autre ordre d'idées, je rappelle que la séroréaction n'est pas une preuve absolument certaine de syphilis, sans y insister d'ailleurs.

Il peut être de quelque intérêt, à propos de la communication du D^r Dekeyser, de vous signaler les résultats des recherches faites par le D^r Haines dans les réformatoires de l'Ohio; il a étudié la réaction de Bordet chez trente-six délinquants des deux sexes et a trouvé que l'infection syphilitique restait virulente dans plus de 20 % des cas. On peut rapprocher de ce chiffre la proportion de réactions positives (14,7 %) obtenue chez les 1,600 malades internés en 1913 dans l'hôpital psychopathique de Boston.

Il ne faut donc pas perdre de vue cette fréquence de l'avarie chez les jeunes délinquants, supérieure même à celle des sujets atteints de désordres mentaux graves. Un relevé systématique des tares dystrophiques de toute origine et des malformations, combiné avec un dépistage méthodique de tous les cas de syphilis et d'hérédo-syphilis dans les prisons ne peut manquer d'aboutir à d'importants résultats; il permettra de mieux organiser la lutte contre la criminalité.
