

2.1. QUELQUES CAS DE PATHOLOGIE CRANIENNE HALLSTATTIENNE. (Ph.BRENOT et R.RIQUET).

La pathologie ancienne ne s'aborde pas aisément pour plusieurs raisons.

En effet, si l'on excepte les momies égyptiennes ou aléoutes, les sujets des tourbières danoises, les très rares individus congelés restitués par les glaciers ou les cas d'exceptionnelle conservation comme celui de cette chinoise citée par "Le Monde" du 12 Septembre 1973, il faut se contenter de squelettes le plus souvent détériorés.

En outre, il faut admettre que l'avènement du microscope et de la biochimie, en rejetant à l'arrière plan l'étude macroscopique des lésions, nous a rendu un très mauvais service. La radiographie elle-même, plus précieuse toutefois, n'a pas provoqué de progrès décisifs car elle ne fait guère que prolonger l'exploration macroscopique. Force nous est le plus souvent de retourner aux vieilles descriptions anatomo-pathologiques du siècle passé afin de trouver des éléments de comparaison ou de diagnostic. Hélas, beaucoup de ces anciens diagnostics n'étaient pas fondés et, depuis, beaucoup de maladies nouvelles sont apparues. D'autres qui tenaient la vedette, tels le rachitisme ou la syphilis ne se voient plus guère.

Enfin, les squelettes préhistoriques sont rares, tout particulièrement à l'Age du Fer. C'est même pourquoi nous nous sommes bornés à l'une des phases de cette époque, la première, afin de montrer qu'en dépit du petit nombre de documents de beaux espoirs sont permis.

2.1.1. La pathologie proprement dite. (traumatologie) :

Nous n'avons pas séparé la traumatologie guerrière, souvent évidente, de la traumatologie courante d'étiologie beaucoup moins claire et éventuellement imbriquée avec la précédente.

- Notre premier document (pl.8), assez exceptionnel, est constitué par un sujet du grand tumulus hallstattien de Sublaines (Indre et Loire) fouillé par G.CORDIER. Il fut victime de quatre coups d'épée :

. Le plus important, porté d'avant en arrière, a fendu le rebord orbitaire droit, poursuivant sa course jusqu'à mi-longueur de la suture sagittale. L'hémisphère antérieur droit a été sectionné longitudinalement mais peut-être pas trop gravement, le trajet de la blessure rejoignant très vite la ligne médiane. Par contre, pour cette même raison, le sinus longitudinal fut ouvert, ce qui ne pardonne pas. L'agresseur avait abordé sa victime par devant et de près. C'est sans doute alors que celle-ci se protégeait la tête avec l'avant bras qu'elle eut le poignet sectionné par ce même coup d'épée.

. Notre homme s'écroula, probablement sur le côté gauche, et reçut alors deux autres coups, l'un au-dessus de l'arcade sourcillière droite et un second au niveau du vertex. Ce dernier a découpé une demi-couronne sur les pariétaux postérieurs. Bien qu'il soit malaisé d'établir la chronologie exacte des blessures, les deux dernières sont peu concevables sur un sujet debout. Ce ne sont donc pas les traumatismes initiaux.

. Enfin, probablement pour couper l'oreille de sa victime et rapporter ce trophée, l'assaillant lui trancha la région auriculaire : corne pariétale postéro-inférieure, temporal en arrière du zygoma. Ce coup aurait dû trancher aussi la clavicule. Il ne l'a pas fait.

Nous avons renoncé à décrire minutieusement toutes les lésions car en définitive elles ne posent pas de vrai problème pathologique.

Par contre, il nous faut constater que notre sujet n'a pas été tué honteusement puisqu'il a reçu les honneurs de la sépulture, à côté de compagnons antérieurement décédés et ensevelis dans d'autres tombes adventices de ce tumulus de chef à locus funéraire central.

Enfin, toutes ces blessures crâniennes proviennent d'une épée tranchante. Or, durant la seconde moitié du Hallstattien, la grande épée de fer, de qualité médiocre est remplacée par un glaive court et pointu accompagné de la lance. Dès le début de la période de la Tène ou second âge du fer, apparaît la grande épée tranchante, d'excellente qualité, à laquelle les Gaulois doivent les inconcevables succès militaires de leurs cohortes désordonnées. Il nous paraît probable que notre martyr n'est pas un vrai Hallstattien mais déjà un Gaulois. Cette distinction mineure n'est pas dépourvue d'intérêt pour les archéologues puisqu'elle montre qu'entre la fin du Hallstattien et le début de la Tène, persistent les mêmes coutumes funéraires en dépit des modifications de l'armement.

- On peut rapprocher du sujet de Sublaines celui du tumulus de Triel (Seine et Loire) cité par Le BARON en 1881. Le frontal gauche de cet homme présentait une ouverture elliptique de 60mm de long, à bords en biseau vers la partie supérieure mais beaucoup plus abrupts en bas. Dès 1872, E.T. HAMY, réfutant P.BROCA qui voyait là une trépanation, évoquait, au sujet de ce crâne, un coup d'épée porté de haut en bas et ayant brisé l'os en fin de parcours. Le sujet a survécu à cette blessure trop tangentielle et trop latérale pour entraîner des lésions graves. En tous cas, Le BARON soulignait les traces de réparation osseuse autour de la brèche osseuse. Une erreur de sa part paraît peu probable car la mode était alors à la trépanation pre et post-mortem chez les préhistoriques et l'on connaissait fort bien les différents types de réaction osseuse.
- Comme document comparable et pouvant revendiquer une certaine ancienneté, nous rappelons le crâne de Montlaur (Aude) (pl.9, fig.1) attribué au Gallo-Romain. Ce sujet, d'une trentaine d'années, porte sur le pariétal postérieur gauche une surélévation nettement circonscrite surtout marquée en avant. On y a vu un essai de trépanation, explication tout à fait inadéquate. Il ne peut s'agir que d'un coup d'épée porté tangentiellement par devant et qui fut de peu d'effet vers le pôle postérieur. Même en avant, il n'a pas entamé la table interne et en arrière il a seulement décollé légèrement la table externe. Le sujet a parfaitement survécu. Là encore, l'anthropologue se demande si le sujet appartient bien à l'époque indiquée par les archéologues. En effet, la denture latérale de notre homme est totalement disparue et le bourrelet alvéolaire des molaires et prémolaire, totalement résorbé. De pareils dégâts plaident davantage en faveur du Moyen-Age que de la période gallo-romaine encore que nul n'ait le droit de se prononcer sur un sujet isolé.

Des comparaisons plus directes et tout à fait précieuses, nous sont fournies par les Hallstattiens du Wurtemberg étudiés par S.EHRHARDT et P.SIMON (1971).

- Le sujet masculin de Mörnsingen (n°42), constitue plus encore que l'individu n°5 de Sublaines un document de premier choix. On relève sur le crâne (pl.9, Fig.2,3 et 4) :
 - . Une vaste fente rectiligne allant de la région sus-orbitaire droite à la bosse pariétale gauche et même un peu en dessous. La violence du traumatisme a fait éclater aussi bien la bosse frontale droite que la bosse pariétale gauche. Il s'agit d'un très vigoureux coup d'épée porté par devant, et de gauche à droite. L'hémisphère gauche a été sectionné sur une grande partie de son trajet, de même que le lobe frontal droit.
 - . Une érosion tangentielle de la bosse pariétale droite (fig.3), ovoïde, d'environ 6 cm de long et de 3,5 cm de large. Cette érosion plate a ouvert le diploë sans entamer la table interne. Peut-être s'agit-il d'un premier coup d'épée ayant manqué son but. En tous cas, le grand axe est à peu près parallèle à celui de la première lésion.
 - . Trois grandes stries, entamant la table externe, probablement effectuée au couteau, et dessinant une croix sous la bosse frontale gauche (fig. 4); Il ne semble pas s'agir d'une tentative de scalp, hypothèse qu'on ne peut toutefois éliminer totalement. Peut-être faut-il penser à une marque sur un prisonnier sacrifié ou châtié par la suite. On pourrait aussi admettre un esclave marqué et sacrifié à la mort de son maître puisqu'il a bénéficié de la sépulture. Mais on ne signale que 4 sujets à Mörnsingen ce qui n'est guère en faveur d'un tumulus princier à suite sacrifiée. Regrettons que nos collègues germaniques soient restés trop discrets sur les problèmes pathologiques et culturels afférents à ce magnifique document ?
- L'individu n°43 de la série de EHRHARDT et SIMON provient aussi d'un (ou du même) tumulus de Mörnsingen (pl.10, fig.1). Il porte une fente linéaire allant de la face externe de la bosse frontale droite jusqu'à l'obélion, l'axe étant de même direction que pour le n°42. Il est encore certain que le coup a été porté de l'avant. La mort immédiate s'en est suivie.
- La jeune femme du tumulus d'Asperg n°12 dit de Osterholz, présentait sur le frontal gauche trois profondes incisions longitudinales convergeant vers le bas (pl.10, fig.2). Courtes et assez peu rectilignes, elles ne proviennent pas d'un coup d'épée mais paraissent effectuées au couteau. Elles font évidemment penser à ce qu'on a vu sur le n°42 de Mörnsingen, c'est à dire, à une marque soit de propriété, soit de vengeance.
- Les auteurs allemands précités signalent sur un pariétal droit masculin, d'Ebingen, une dépression à fond perforé (pl.10, fig.3). L'endocrâne autour de la perforation montre un remaniement en étoile. L'exocrâne est déprimé autour de la lésion et d'aspect criblé plus ou moins ostéolytique. L'aspect peut évoquer une fracture allongée mais non linéaire car la perforation et le remaniement en étoile font penser à un éclatement avec ostéolyse. Très sagement, EHRHARDT et SIMON retiennent simplement l'hypothèse d'une fracture sans trancher fermement. Après tout, un processus infectieux chronique, d'origine exocrânienne et peu évolutif pourrait éventuellement donner des images semblables. Une simple compression ou infiltration exocrânienne dans la mesure où elle devient ischémiant conduit à l'ostéolyse sous

jascente voire à la perforation. La perforation entraîne à son tour sur la face endocrânienne, un remaniement de cicatrisation.

- Par contre, l'hypothèse de fractures convient mal pour un second sujet d'Ebingen (pl.11, fig.1.) et un autre d'Hundersingen (pl.11, fig.2.). Le premier porte sur la suture sagittale, au niveau de l'obélium, une perforation de 22 mm de large et d'environ 17 mm de long sans grande perturbation de voisinage. On peut en dire autant de la perforation du pariétal gauche postérieur du second sujet. Longue de 30 mm et large de 25 mm, elle se trouve bordée en arrière par les indentations de la suture lambdoïde. Cette dernière n'a donc pas souffert. Est-ce un argument pour annuler la trépanation ? Non, car le lambeau pariétal a parfaitement pu être désengrené sur un sujet jeune. Ces deux jeunes hommes ont, en tous cas, survécus. Ces documents, dont nous ne parlons que par oui-dire, et d'après l'iconographie, devront subir de nouveaux examens avant qu'on puisse conclure ou même supposer. La fréquence relative des dégâts crâniens chez les Hallstattiens fait évidemment penser soit à la traumatologie guerrière ou non, soit à des interventions curatrices après ces traumatismes. Impossible d'en dire plus actuellement.

2.1.2. La pathologie médicale.

Nous n'avons que peu d'informations à offrir.

- Une calotte crânienne de Siréjol (Corrèze) portait de petits orifices au niveau frontal (pl.12, fig.1.). Ces microperforations débouchaient sur des petites cavités kystiques fruffant le diploë, ce que confirma la radiologie qui montra en outre, quelques trajets strictement diploïques reliant certaines de ces cavités. Les bords des orifices, aussi bien sur l'exocrâne que sur l'endocrâne, tranchants et non remaniés, nous ont parus tout à fait suspects dès le premier coup d'oeil. Fallait-il penser à quelques processus naturels de destruction post-mortem et si oui, auxquels ? L'excellente conservation de l'os par ailleurs, et la localisation au frontal, nous ont fait éliminer non seulement les altérations chimiques d'origine pédologique mais aussi l'action des racines ou des rongeurs et même l'intervention des mollusques lithophages dont nous ne connaissons d'ailleurs pas d'exemple sur le squelette. Nous gardons cependant, cette hypothèse en réserve. Parmi les maladies pouvant donner une symptomatologie osseuse voisine, nous ne voyons que le myélome multiple ou maladie de KAHLER. En faveur de cette supposition, on retiendra :

. Le sexe du sujet : la maladie est plus fréquente dans le sexe masculin, argument de peu de valeur pour un cas particulier.

. La localisation frontale : mais la majorité des ostéopathies crâniennes débutent ou se localisent au frontal. De plus la maladie de KAHLER s'étend souvent à toute la boîte crânienne.

. L'aspect des lésions : malheureusement nous ne connaissons aucune pièce de comparaison permettant de pousser l'observation dans tous les détails macroscopiques. Toutefois, la régularité des excavations, les bords à l'emporte-pièce et l'absence de réaction focale sont des caractères classiques du myélome multiple.

. L'aspect radiologique : il nous paraît assez probant jusque dans les trajets diploïques. Ces derniers sont généralement passés sous silence aux dépens des lacunes, mais nous les avons observés sur des radiographies de cas récents parus dans la littérature médicale.

Cependant, les ostéopathologistes réputés, à qui nous avons montré notre sujet de Siréjol, sont demeurés dans une expectative qu'on comprend aisément puisque le diagnostic repose actuellement sur les examens biologistes.

- Dans sa thèse restée longtemps fameuse et que nous avons déjà citée, Le BARON fait état d'un sujet d'un tumulus de Contrexeville (Vosges) qui aurait présenté une hyperostose du pariétal gauche, dont l'épaisseur aurait atteint 12 mm contre 7 mm du côté opposé, la suture sagittale étant attirée vers la gauche. Nous n'avons pu retrouver la pièce mais nous sommes heureux de la signaler à ceux qui savent ce que sont devenues les collections du Muséum depuis un siècle. Il y eut des transferts parfaitement honnêtes mais néanmoins fâcheux.
- Le même Le BARON signalait, sur un crâne d'un tumulus de Méloisey (Côte d'Or), des traces d'une hyperostose frontale interne pouvant évoquer ce que nous appelons aujourd'hui le syndrome de Morgagni-Morel. A dire vrai, la description succincte de Le BARON ne permet pas d'aller jusque là. Peut-être s'agit-il simplement d'une anomalie tout à fait mineure et non pathologique. Le BARON ne parle en effet, que de trois exostoses endofrontales à surface irrégulière dont la plus grande n'avait que 10 mm de long sur 6 mm de large.

2.1.3. La chirurgie crânienne.

Depuis le Mésolithique, sinon plus tôt, elle s'associe étroitement à la traumatologie par le biais des trépanations. Comme d'autre part, toute perforation crânienne pose le problème de la maladie, de l'accident ou de l'intervention, on ne peut éviter d'en parler.

- A ce sujet, nous sommes heureux de présenter un crâne des Lisières (Pamproux, Deux-Sèvres) exhumé d'un tumulus à chambre par le Dr. SOUCHE en 1879 (pl.12, fig.2). Le crâne provient d'une sépulture adventice et son attribution au premier âge du Fer, bien que probable, n'est nullement démontrée. Ce crâne présente au niveau du bregma une brèche carrée d'environ 5 cm de côté. Les tranches de sections trop franches pour avoir été effectuées avec un instrument de silex se prolongent par des "queues de rat" comme en font les chirurgiens maldroits ou trop pressés disposant d'une bonne lame.

A 4 mm en arrière du sillon frontal transversal de cette intervention, on remarque un sillon plus arciforme qui semble représenter le vestige d'une trépanation quadrangulaire si on en juge par l'angle orthogonal gauche. Cette trépanation aurait été pratiquée avec un instrument de métal et aurait été suivie de survie. En effet, le Dr. BERCHON y décelait des traces de réparation mais accompagnées de réactions inflammatoires pour de Quatrefoies. Si la trépanation ne paraît pas douteuse, son aspect quadrangulaire n'en demeure pas moins insolite. Si l'on excepte l'Amérique andine, le Proche-Orient (Lakish) et quelques cas isolés d'Afrique du Nord ou de Mélanésie, la grande majorité des trépanations, surtout en Europe, laisse en effet un orifice circulaire ou ovalaire. La technique adoptée aux Lisières est donc exceptionnelle. Se pose aussi la question de savoir pourquoi on est intervenu une seconde fois sans prendre la peine de sectionner profondément l'os pour ne pas le fracturer aux angles en essayant de lever le volet insuffisamment circonscrit. Nous ne croyons pas qu'il puisse s'agir d'une seconde tentative thérapeutique mais d'un prélèvement sur le cadavre, : trophée, amulette, simple souvenir ? Il est bien malaisé de se faire une

opinion mais nous avons vus que ces hypothèses ne relèvent pas du roman.

Il ne faudrait pas croire, par ailleurs, que la trépanation hallstattienne constitue une rareté. En 1964, L.KAROLYI en dénombrait 16 cas en Allemagne, sans tenir compte des deux sujets de ERHARDT et SIMON, alors inconnus. Même si KAROLYI s'est montré généreux en attribuant à la trépanation des orifices accidentels tout autres, il n'en reste pas moins un chiffre élevé de perforations car les sujets hallstattiens se comptent par dizaines mais non par centaines. Aucun processus naturel ne peut expliquer un aussi grand nombre de lacunes crâniennes. Force est donc d'envisager la pratique coutumière de la trépanation.

Du côté français, nous ne pouvons citer que trois exemplaires dont pas un seul ne fut étudié à fond :

- Un sujet du tumulus de Liby (Ardèche) vu par Le BARON portait sur le pariétal gauche non loin de la sagittale, une dépression de 36 x 50 mm qui lui parut correspondre à une trépanation totalement cicatrisée. Mais Le BARON ne voulut pas retenir cette possibilité, car selon lui, l'usage de la trépanation s'était perdue avant l'Age du Fer.
- D'après L.PIROULET (1900), un crâne fortement brachycéphale appartenant à un sujet de grande taille aurait été trouvé dans un tumulus de Gevingey. Ce crâne aurait été trépané et signalé antérieurement par Le CLOS (1875). Nous n'avons pu retrouver ce vénérable document.
- En 1908, le Dr. JOURDAIN signalait la découverte d'une trépanation frontale gauche empiétant sur le pariétal et suivie de survie. Elle provenait d'un tumulus de Couchey (Côte d'Or). Une sépulture au moins était hallstattienne, mais deux autres, dont celle du trépané, pouvaient dater d'une époque plus ancienne. Peut-être faut-il classer les sépultures inférieures au Hallstattien ancien et la supérieure au Hallstattien récent.

La trépanation fut encore pratiquée au second Age du Fer par les Gaulois. La nécropole de Saint-Urnel a même livré un des plus beaux exemplaires connus. On en connaît aussi durant la période barbare. Cet acte thérapeutique qui fut principalement en vogue durant le Néolithique n'a donc perdu de son prestige que fort lentement, les médecins romains lui donnant probablement le coup de grâce. La médecine populaire fut alors éclipsée par des spécialistes citadins formés à la savante école des Grecs, mais ayant perdu le coup de main et sans doute la conviction que la trépanation dépassait le rituel.

2.1.4. Les dégâts crâniens liés à certaines coutumes.

Il nous a paru nécessaire de souligner l'intérêt de quelques curiosités qui ne relèvent pas directement de la pathologie ou de la thérapeutique, mais qui intéressent pourtant l'anthropologie et l'archéologie.

- La déformation, dite "macrocéphalique" d'après les auteurs grecs qui en ont parlé pour la première fois à propos des populations de la Mer Noire (Bosphore cimmérien, Colchide, Pont, etc...) apparaît certainement avant les Sarmates et les Scythes, probablement dans le Bronze Caucasiens. De ces régions, la coutume diffusera parmi les Germains des invasions barbares et plus encore parmi les nomades turcs et autres (Avars surtout) jusqu'aux frontières de l'Occident. Quelques crânes porteurs de cette déformation auraient été rencontrés dans des tombes grecques de Marseille. Mais leur situation chronologique n'est pas fixée pour autant. Il en est malheureusement de même

pour le crâne identiquement déformé du tumulus de Corveissiat (Ain) que le célèbre CHANTRE attribuait au Hallstattien ce que HAMY, non moins compétent, mettait en doute. En effet, une déformation macrocéphalique en milieu hallstattien attesterait des influences orientales déjà soupçonnées à propos des grandes épées à antennes, ou des chaudrons à trépieds de type Ourartéen (région du lac de Van en Arménie).

L'utilisation des têtes coupées comme trophées ornant les temples ou même les murs des forteresses, fut à la mode avant l'occupation romaine en Provence (Entremont, Roquepertuse, etc...), en Languedoc (Nages) et dans le Nord de l'Espagne (Tarragone, Castros de Galice). F.BENOIT, dont la science ne paraît pas récusable et dont la prescience fut rarement en défaut, pensait que cette coutume barbare n'était ni grecque, ni gauloise, mais se rapportait à quelque tradition indigène plongeant par conséquent dans le Hallstattien. Il appartient à l'anthropologie et à l'archéologie de le vérifier en apportant des squelettes sans tête, des têtes sans squelettes, des crânes ou des rachis montrant des traces de décapitation ou d'enclouage. On s'en est fort peu préoccupé jusqu'à ce jour.

Enfin, au cours de conversations déjà anciennes, J.JELINEK, de Brno, nous faisait part d'intéressantes observations sur les mauvais traitements infligés à certains squelettes hallstattiens de Tchéco-Slovaquie.

- Dans un petit locus se classant au Hallstattien ancien (Lusacien), au Hradisko, à proximité d'un crématorium, on aurait trouvé un crâne isolé, entouré de tessons.
- A Stolova, près de Mikulov (Moravie sud) dans un milieu d'époque vélatique, les fouilleurs mirent au jour un crâne brisé, isolé, au milieu d'ossement d'animaux et un squelette totalement disloqué, enseveli sous des pierrailles.
- Sur l'oppidum d'Obrany, près de Brno, se trouvait un silo contenant un squelette d'enfant enseveli, le bassin en haut et le crâne posé par dessus mais séparé par une couche d'argile battue, le tout truffé de phalanges humaines adultes et d'ossements de chèvre et de mouton.

Tout autour de cette curieuse tombe, se trouvaient des crânes brisés ou des sépultures à squelette sans tête. En outre, un crâne brisé avait été déposé soigneusement dans une sorte d'alcôve au fond d'un petit puits, la mandibule de cette tête se trouvant à 2 m 50 de là, et portant des traces de feu.

- Enfin, presque tous les squelettes de la nécropole hallstattienne de la grotte de Byci (entre Adamov et Krtiny) avaient perdu un ou deux membres ou leur crâne. Par contre, un chaudron de bronze contenait un crâne et une calotte crânienne, aménagée en coupe, était remplie de grains. Signalons que 35 des 40 inhumés étaient des jeunes femmes ou des jeunes filles.

Toujours d'après J.JELINEK, un des plus solides anthropologues européens, ces pratiques bizarres remonteraient au moins à l'Age du Bronze.

En terminant, nous voudrions souligner quelques points :

- Aucun squelette ne doit être étudié hors de son contexte chronologique ou culturel.
- Toute altération osseuse porte un problème qui n'est pas forcément et seulement pathologique. En dehors des agents naturels de destruction, il faut penser aux coutumes funéraires : agencement de la tombe, prélèvement osseux de première ou de seconde intention, décarnisation, pulvérisation, incinération totale ou partielle, fausse crémation, etc...
- La pathologie préhistorique ne peut être conçue uniquement en fonction de la pathologie présente. Beaucoup de maladies anciennes sont certainement disparues depuis fort longtemps, et d'autres ne se présentent plus avec le même aspect.

Telles sont les lourdes règles d'or que nous posons sur les épaules de la sympathique paléopathologie.

=====

DISCUSSION APRES LA COMMUNICATION DE R. RIQUET.

R.PERROT : Concernant les diapositives montrant des perforations crâniennes, la question que je voudrais poser est la suivante : Est-ce que des traumatismes n'entraîneraient pas une boursouflure de la table endocrânienne ?

R.RIQUET : En effet, si l'os est brisé, l'éclatement ouvre un biseau interne, mais on peut très bien, avec une trépanation, avoir voulu régulariser l'ouverture, parce que la plaie saignait et qu'il y avait un hématome. Dans ce cas on ne verra plus que la trépanation.

J.DASTUGUE : J'aurais simplement une petite remarque à faire concernant le crâne de Siréjol. Plus exactement, une hypothèse à soumettre. Est-ce que cela ne pourrait pas être tout simplement une exagération des excavations dues aux granulations arachnoïdiennes, comme on en voit sur certains crânes, où le creusement peut aller jusqu'à la perforation ? Et cette gouttière que l'on voit aboutir à une de ces petites cavités sur la photographie, pourrait être tout simplement un sinus veineux.

R.RIQUET : Vous faites allusion aux granulations de Pacchioni. Quand il y a perforation au niveau d'une de ces granulations, les deux tables sont concernées. Pour mon sujet, au contraire, nous avons un petit orifice ici, parfois pas d'orifice du tout, et c'est vraiment intradiploïdique.

J.DASTUGUE : Cela n'apparaissait pas sur la photographie.

R.RIQUET : Je suis d'accord avec vous. Moi-même j'ai été très embarrassé. Nous avons eu, il y a quelque temps, un petit colloque de pathologie osseuse à Bordeaux. Les différents spécialistes consultés ont été d'accord sur la plupart des diagnostics, mais pour la maladie de KAHLER, il y a eu des réticences sans que personne ne puisse apporter d'argument décisif. En fait, nous manquons beaucoup trop de documents secs actuels.

J.DASTUGUE : Un argument contre la maladie de KAHLER ici, c'est sa localisation assez étroite à un secteur du crâne alors qu'on s'attendait à une généralisation.

R.RIQUET : C'est exact, mais il faut noter que la prédisposition frontale existe dans toutes les maladies crâniennes.

P.COEUR : Je pourrais répondre à la remarque de Mr.DASTUGUE en disant que j'ai personnellement observé sur le vivant, un os iliaque entièrement envahi, alors que les ponctions faites l'une au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et l'autre au niveau de celle postéro-supérieure, ne montraient pas le moindre plasmocyte pathologique. On ne peut donc pas retenir formellement votre remarque, par contre l'image en canalicule est assez curieuse dans un KAHLER.

R.RIQUET : Je dois reconnaître que le diagnostic de maladie de KAHLER pour notre sujet de Siréjol, ne m'emballe pas! Mais alors, quelle hypothèse retenir? J'avais pensé aussi à l'action de petits mollusques lithophages, ou plus précisément dans ce cas ostéophages, mais cela ne se voit jamais!

A.ASCENZI : Quel âge avait votre sujet ?

R.RIQUET : La trentaine.

A.ASCENZI : C'est un peu précoce pour une maladie de KAHLER qui apparaît entre 50 et 70 ans.

P.COEUR : Si vous permettez, je ferais une remarque au sujet de la notion d'âge en paléopathologie. J'ai eu l'occasion de vivre au Zaïre où les gens meurent à 35 - 40 ans, un peu comme les préhistoriques dont parlait Mr.ENSELME tout à l'heure. Dans cette contrée la pathologie vasculaire, qui chez les européens ne se voit jamais aussi tôt, est par contre ici extrêmement fréquente. Il est donc possible que l'on vieillisse différemment selon l'organe. Il faut donc être très prudent sur l'âge.

R.RIQUET : Je suis entièrement de votre avis. Nous en avons d'ailleurs une preuve avec l'éruption de la 3ème molaire qui est toujours plus précoce chez les préhistoriques et les primitifs actuels que chez nous. Il est donc très vraisemblable que ce phénomène puisse se produire pour d'autres organes.

==:==:==:==:==:==

LEGENDES DES PLANCHES

=====

- Pl.8. Crâne et avant-bras du sujet de Sublaines (Indre-et-Loire).
- Pl.9. Fig.1. Crâne de Montlaur (Aude).
- Fig.2. à
4. Sujet masculin (n°42) de Mörsingen.
- Pl.10. Fig.1. Sujet 43 de Mörsingen.
- Fig.2. Crâne féminin du tumulus d'Asperg. (dit de Osterholz).
- Fig.3. Crâne masculin d'Ebingen.
- Pl.11. Fig.1. Autre sujet d'Ebingen.
- Fig.2. Sujet masculin d'Hundersingen.
- Pl.12. Crâne de Siréjol (Corrèze).

=:::=:

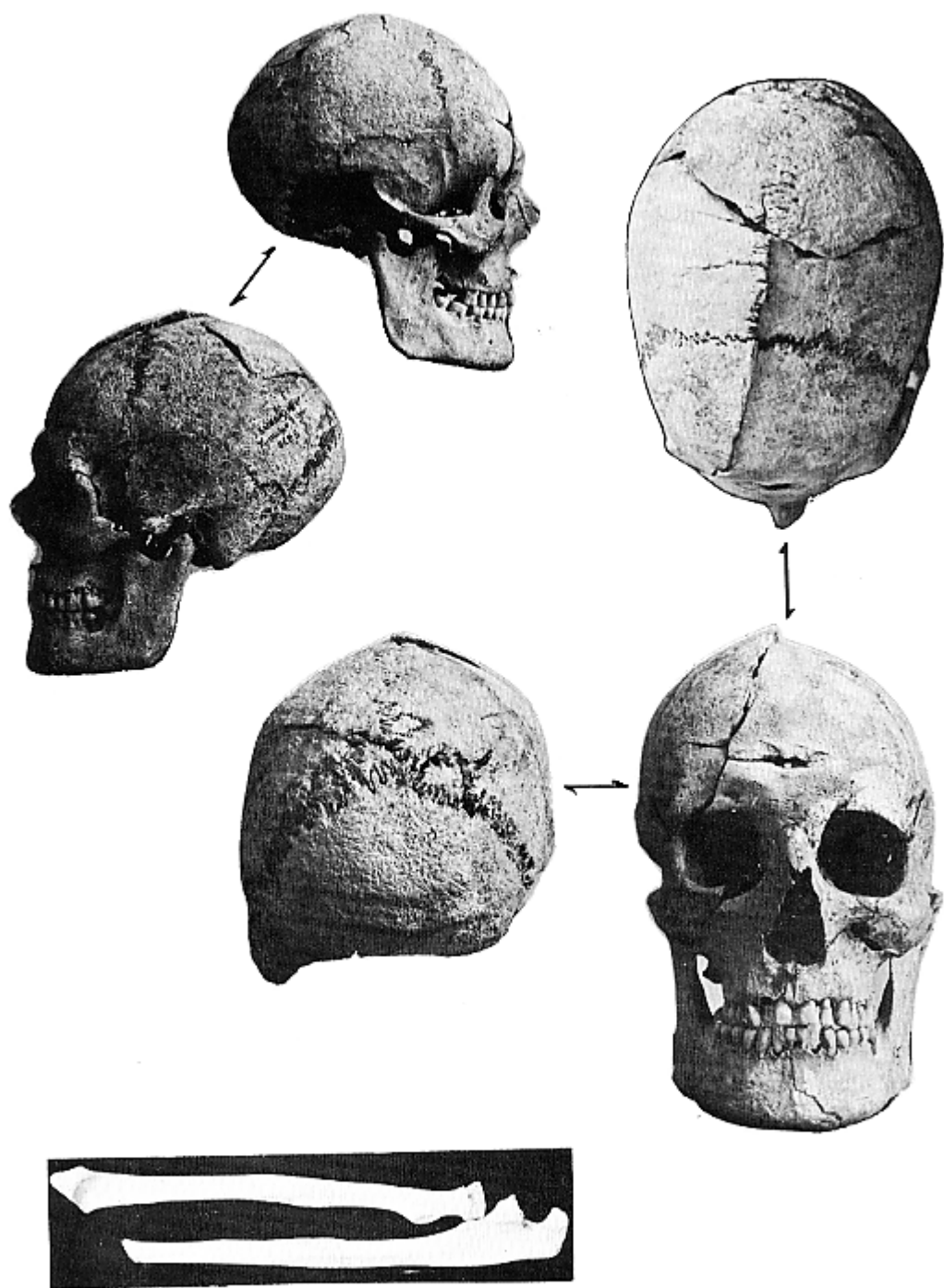


PLANCHE 8.

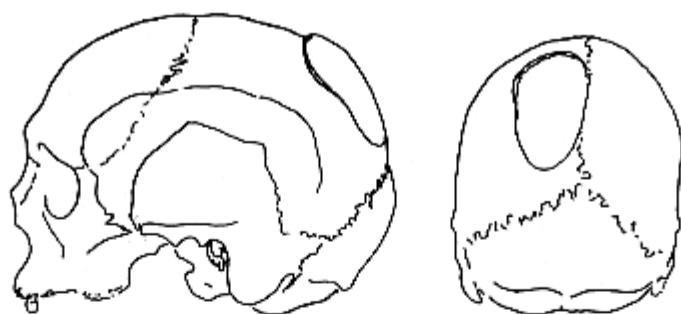


Figure 1

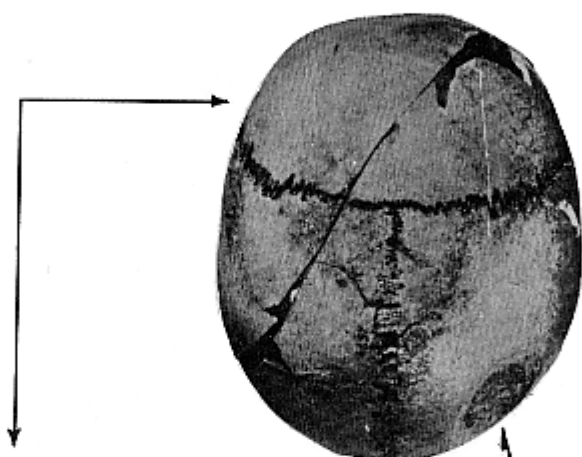
Montlaur-Aude

Figure 2



Figure 4

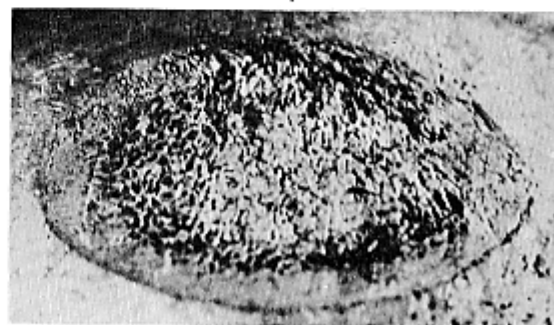


Figure 3



Figure 1

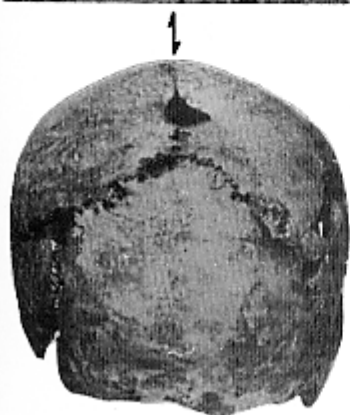
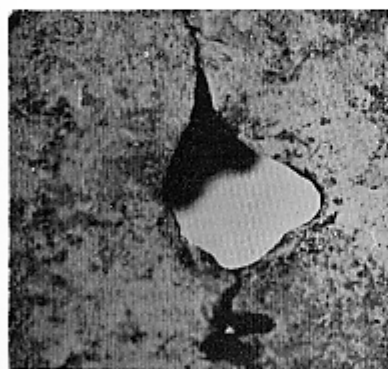


Figure 3



Figure 2

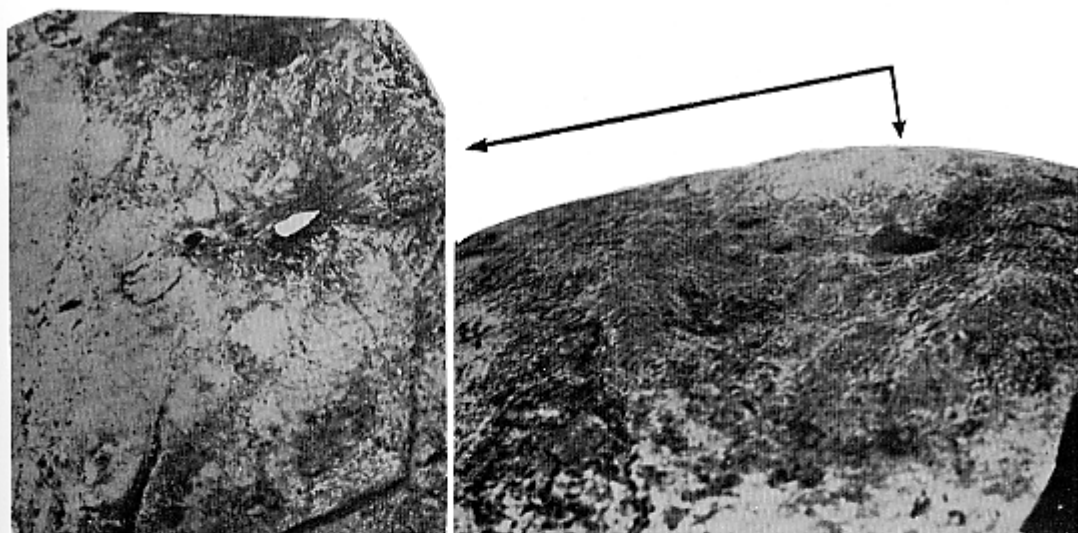


Figure 1

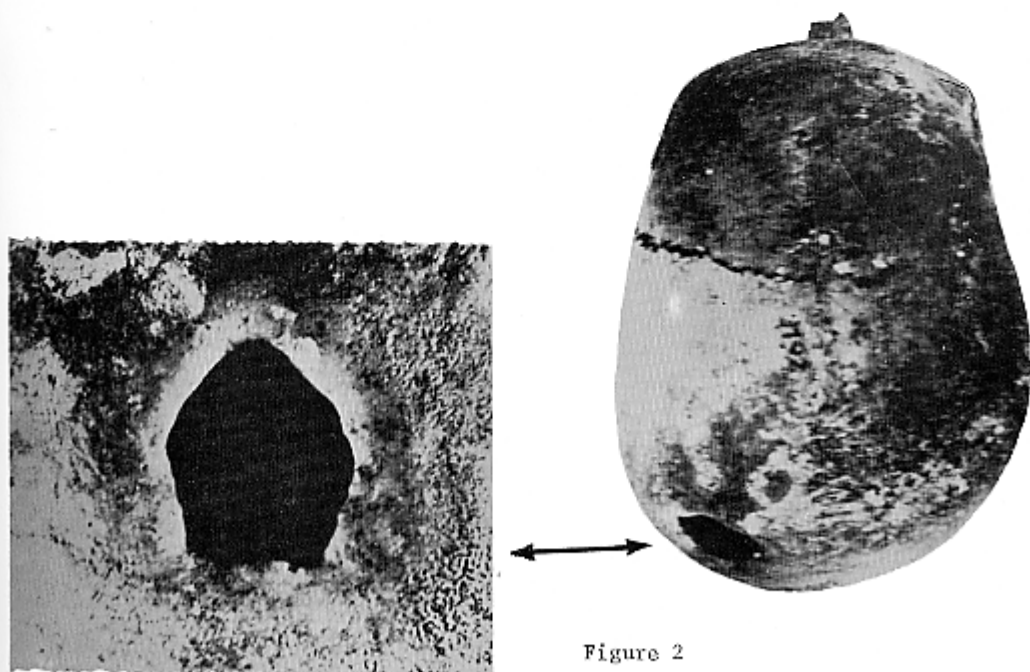


Figure 2

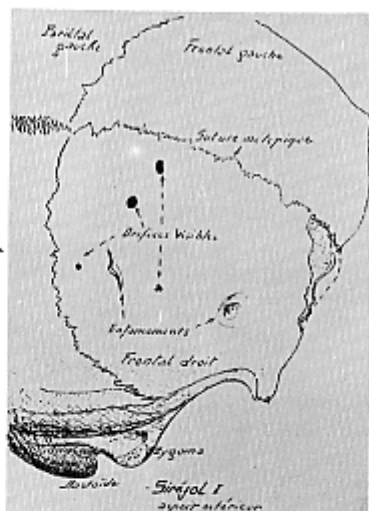


Figure 1



Figure 2