

2.3. Etude paléopathologique (1)

2.3.1. *Tumulus A*

Rachis. La vertèbre qui surmonte immédiatement le sacrum possède une grosse hypertrophie de l'apophyse transverse gauche ; l'extrémité de celle-ci s'articule avec une facette coxale située immédiatement au-dessus de la surface auriculaire ; en outre, elle est fortement élargie d'avant en arrière en une morphologie qui rappelle celle de l'aileron sacré. A droite, l'apophyse est cassée mais il existe sur l'os coxal une petite facette sus-auriculaire qui témoigne d'une certaine bilatéralité de la malformation. La moitié inférieure du sacrum manquant, il est difficile de dire au premier abord si cette anomalie transitionnelle est une sacralisation de L 5 ou une lombalisation de S 1. La morphologie normale des facettes auriculaires est en faveur de la première hypothèse. Cependant, la vertèbre sus-sacrée est surmontée elle-même de cinq pièces à caractère lombaire et la dernière de ces pièces possède des apophyses articulaires inférieures très écartées ; on serait en ce cas plutôt en présence d'une lombalisation de S 1. En fait, on sait que ce genre de dilemme est impossible à trancher quand on ne possède pas un rachis complet ce qui est le cas ici. Il est donc prudent de ne rien affirmer.

La malformation de charnière a eu pour effet la constitution d'une spondylose sus-jacente. Celle-ci se manifeste surtout par un pont osseux résultant de l'ossification du ligament longitudinal antérieur entre les deux vertèbres précédant la pièce malformée. Au-dessus, on trouve de simples bavures marginales des corps vertébraux localisées à l'étage lombaire ; les 5 corps thoraciques présents sont normaux. Quant aux articulations postérieures elles sont exemptes de lésions d'arthrose. On peut en conclure qu'il s'agissait du retentissement banal du trouble statique engendré par la malformation.

Coude droit. La palette humérale est marquée par des productions ostéophytiques occupant le fond des deux fossettes olécrâniennes et coronoïdienne. Il existe en outre une petite collerette d'ossification capsulaire sur le bord externe de la trachée, en arrière, qui se poursuit en avant sur le bord externe du condyle. Sur l'ulna on note que l'incisure radiale affecte une forme circulaire (mais cette variation morphologique est bilatérale) et que cette sorte de cupule est, à droite, nettement plus concave et profonde qu'à gauche.

Le fait important est que, si l'on articule les éléments du coude, il est manifeste que le mouvement de flexion-extension est anormalement limité par la butée des becs coronoïdien et olécrânien sur les ostéophytes correspondants. La flexion s'arrête à 70° et l'extension à 160°. Par contre l'excursion de la prono-supination paraît normale.

En l'absence de tout élément orientant le diagnostic vers une maladie inflammatoire ou dégénérative, il est logique de penser que cet état anatomique du coude est la conséquence d'un traumatisme. On sait que cette articulation est particulièrement fertile en raideurs post-traumatiques, surtout lorsque le traumatisme est survenu en période infantile. Or, dans le cas présent, une constatation vient appuyer une telle

(1) par Jean Dastugue.

hypothèse : l'ostéométrie a révélé (cf. étude anthropologique de M.C. Chamla) une importante différence de longueur entre les deux avant-bras, au profit précisément du droit. Il n'est pas exceptionnel de voir, chez l'enfant, à la suite d'un traumatisme, même bénin et sans lésion osseuse, s'installer une raideur du coude qui s'accompagne de productions ostéophytiques aux dépens de la capsule et, d'autre part, entraîne une excitation des cartilages de conjugaison avec croissance exagérée du côté blessé. Il apparaît donc logique, dans le cas présent, de conclure que les lésions de ce sujet ne sont que les séquelles d'un accident du coude survenu dans l'enfance.

2.3.2. *Tumulus G*

L'individu du tumulus G présente plusieurs lésions, les unes crâniennes, les autres des membres supérieurs.

Crâne :

Les deux condyles occipitaux sont anormaux. Le gauche, dont la surface apparaît aplatie, est élargie en dehors par apposition d'une collerette ostéophytique marginale (son extrémité postérieure manque). Le droit, dont la courbure semble normale, présente, le long de son bord médial, une petite érosion à peu près circulaire dont la surface est criblée de trous vasculaires. Bien que discrètes, ces modifications permettent de supposer l'existence d'une arthropathie chronique occipito-atloïdienne ; mais l'absence de l'atlas limite à l'hypothèse diagnostique et, en particulier, interdit de formuler une opinion sur l'étiologie de cette affection articulaire.

Articulations temporo-mandibulaires : à droite, et bien que son bord latéral manque, la glène temporale apparaît élargie vers l'avant aux dépens du condyle qui est réduit à une crête à peine saillante ; l'ensemble forme une surface aplatie, finement granuleuse. À gauche, les 3/4 de la zone articulaire temporale manquent en sorte qu'il n'est pas possible de dire si la modification est bilatérale. Les condyles mandibulaires, sans être d'apparence véritablement anormale, ont leur convexité frontale exagérée, en un véritable dos d'âne alors que leur courbure antéro-postérieure n'est pas modifiée. Peut-on, en présence de ces modifications, parler d'arthropathie chronique ? L'absence de vraies lésions articulaires (destructives ou constructives) plaiderait plutôt en faveur du simple « remodelage » tel que l'ont décrit certains chercheurs modernes (Oberg, 1971, Mongini, 1972). Cependant, la coexistence d'autres atteintes articulaires sur ce squelette ne permet pas d'exclure entièrement une manifestation réellement pathologique.

Membre supérieur droit :

La comparaison des extrémités supérieures des deux ulnas montre qu'à droite la facette médiale du champ articulaire coronoïdien est fortement agrandie : 20 mm contre 15 de dehors en dedans, 26 contre 20 d'avant en arrière (approximativement car les becs sont cassés). Cet agrandissement est dû à l'apposition d'une collerette ostéophytique marginale. Il s'agit donc d'une arthropathie chronique du coude mais aucune précision étiologique ne peut être formulée ; en effet la zone olécrânienne et l'incisure radiale sont en grande partie détruites, l'extrémité inférieure de l'os manque et le radius est amputé de ses deux extrémités.

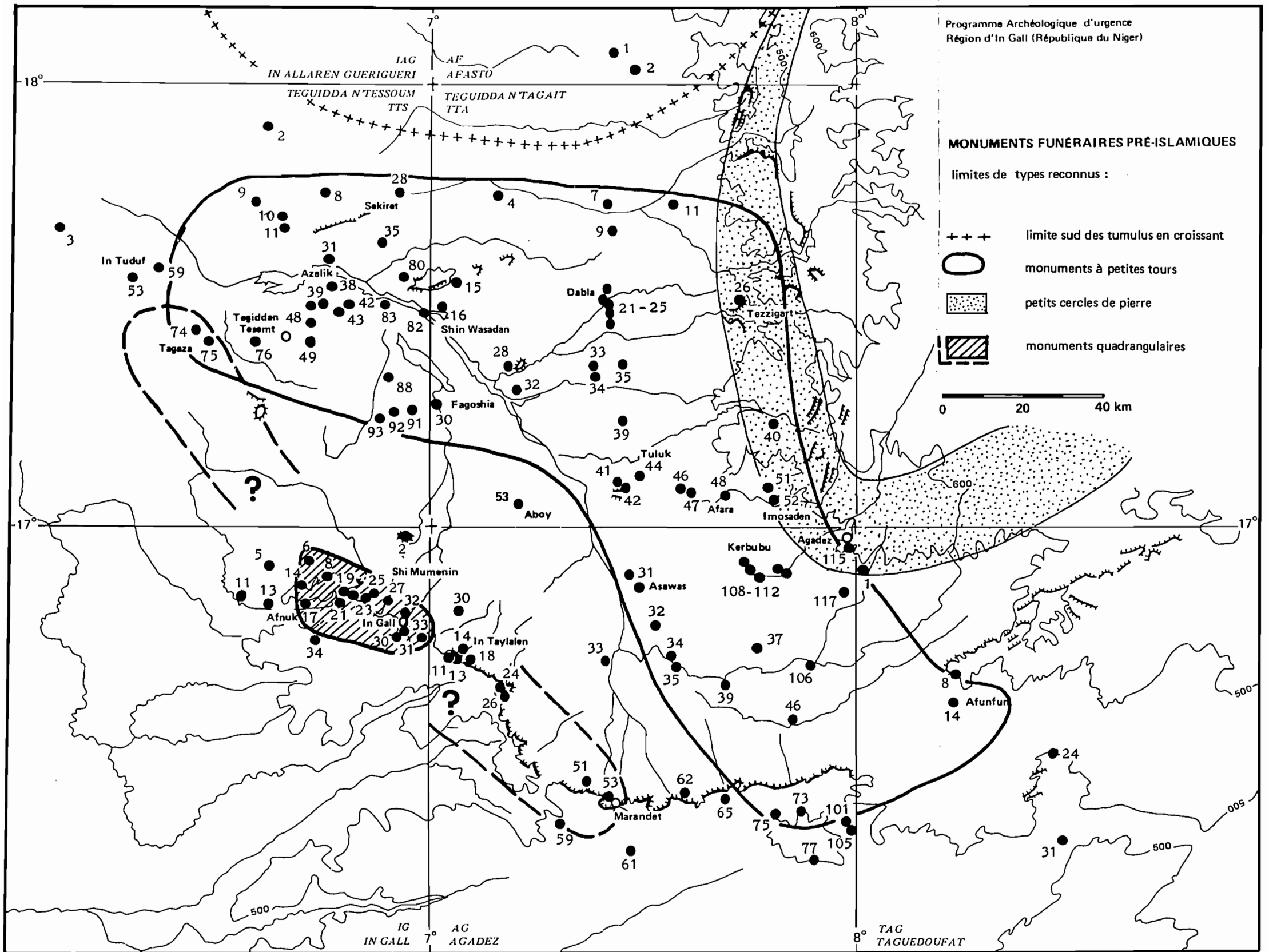
Membre supérieur gauche :

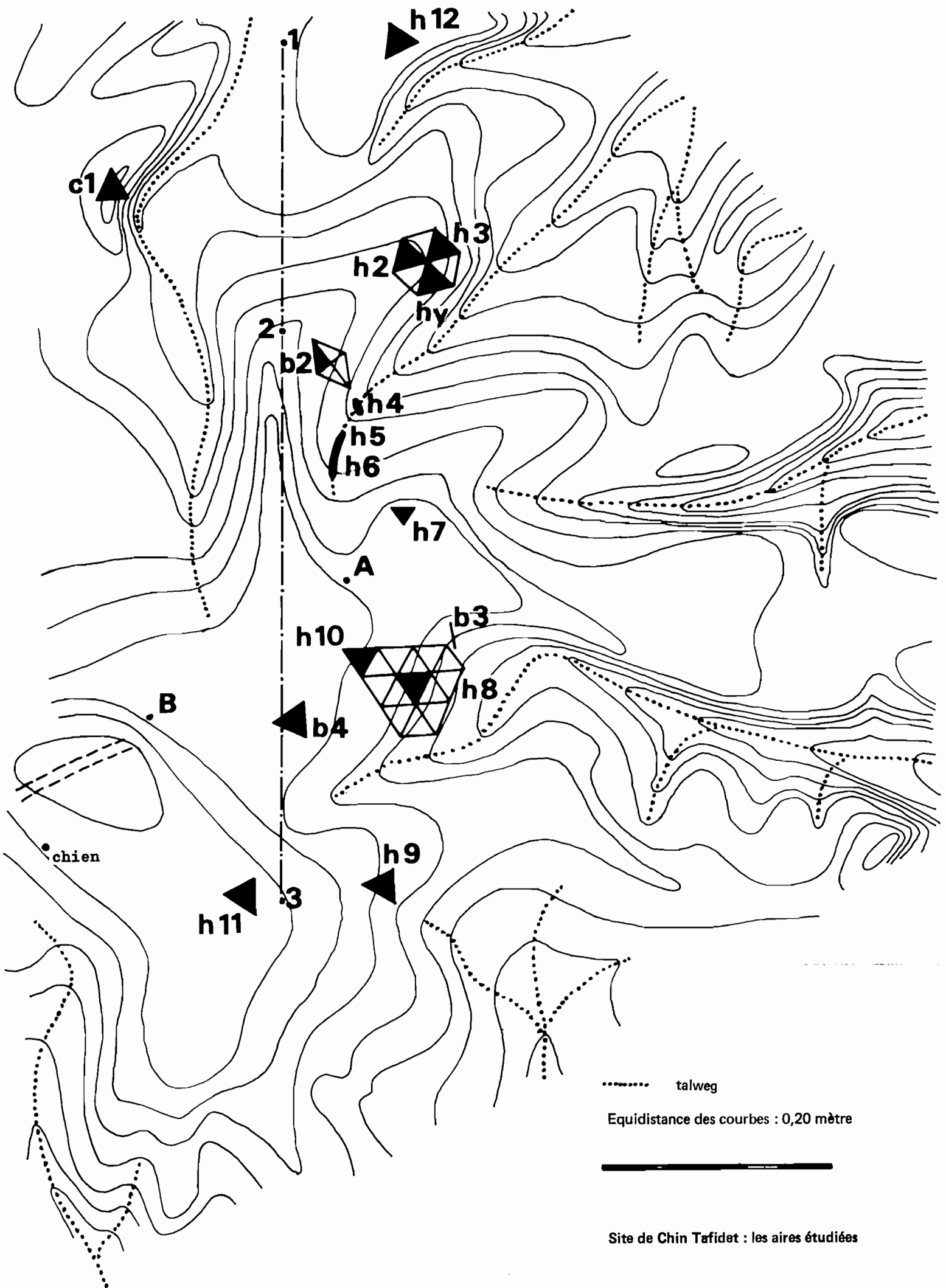
La tête humérale, isolée sans raccord possible du reste de l'os, porte une collerette ostéophytique en bourrelet à l'emplacement même du col. En outre, un peu en arrière et en dehors de son pôle, sa surface est transformée en une plage un peu granuleuse, hypervascularisée, de 22 mm de diamètre, ni ulcérée, ni surélevée. Ici encore, l'atteinte chronique de l'articulation est manifeste mais, en l'absence des tubérosités de la glène scapulaire et de la palette humérale, il n'est pas possible de faire la lumière sur l'étiologie.

Il reste que ce sujet porte plusieurs localisations pathologiques articulaires, manifestement chroniques et, bien que soient indemnes les autres pièces présentes de son squelette (notamment les extrémités) il est assez logique de penser qu'il était atteint d'une poly-arthropathie dont rien ne nous permet de déterminer la nature, dégénérative ou inflammatoire.

Bien entendu, les lésions constatées sur ces deux sujets des tumulus A et G d'Asaqraru n'ont de valeur qu'en elles-mêmes. Il ne saurait être question, à partir de données aussi fragmentaires, de formuler la moindre opinion générale sur la pathologie de la population à laquelle ils appartenaient.

J.D.





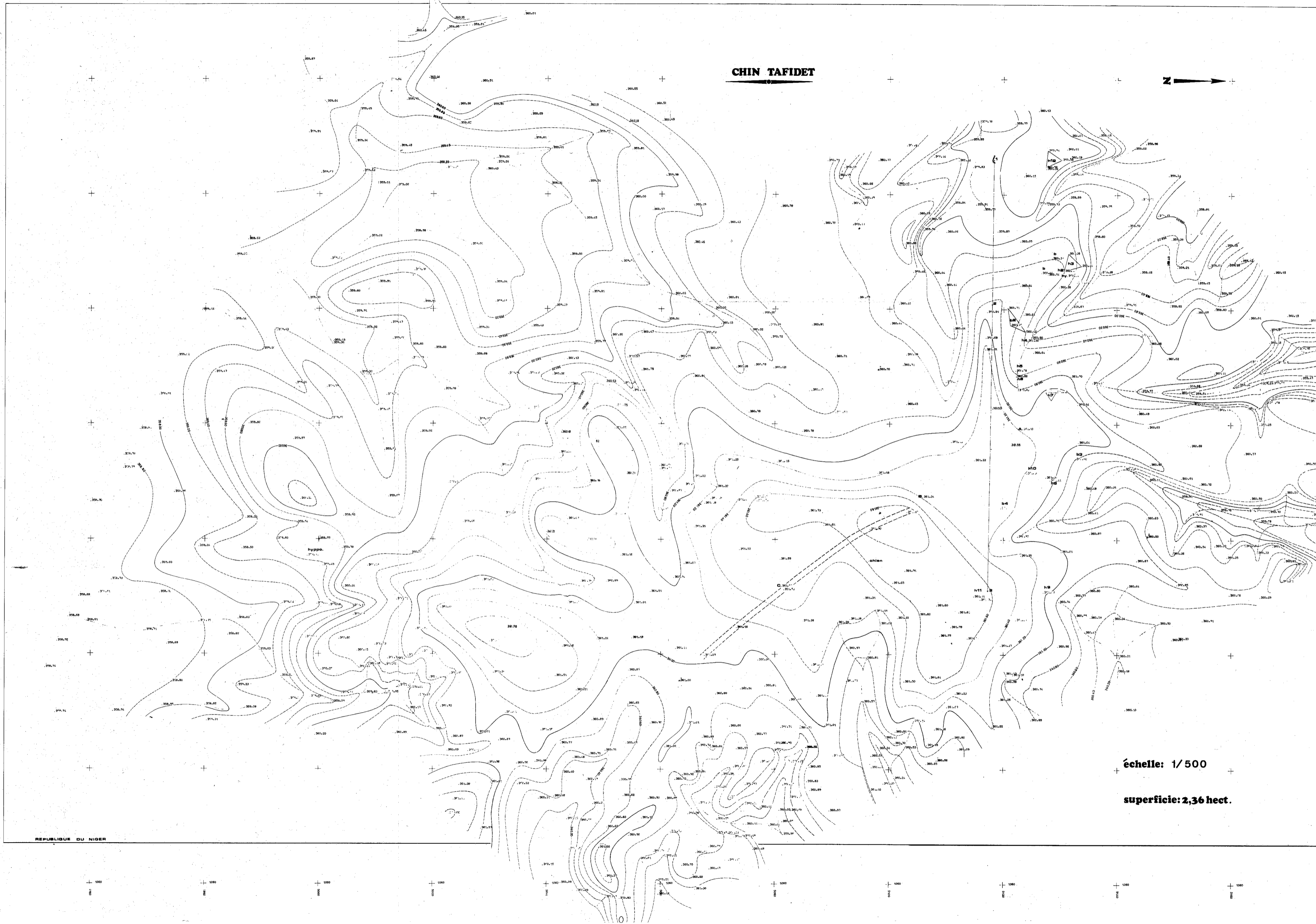
..... talweg

Equidistance des courbes : 0,20 mètre



Site de Chin Tafidet : les aires étudiées

CHIN TAFIDET



échelle: 1/500

superficie: 2,36 hect.

Dastueve J. (1984)

Etude paléopathologique

In : Paris François (ed.). Programme archéologique d'urgence
1977-1981 : la région d'In Gall-Tegidda N Tesemt (Niger) : 3-
Les sépultures du néolithique à l'islam

Niamey : Institut de Recherches en Sciences Humaines, (50),
142-144. (Etudes Nigériennes ; 50)

ISBN 2-8592-050-4