

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

DE LYON

Fondée le 10 Février 1881

TOME DIX-SEPTIÈME

1898

LYON
H. GEORG, LIBRAIRE
PASSAGE DE L'HOTEL-DIEU, 36-38

PARIS
MASSON & C^{ie}, LIBRAIRES
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899

M. le Président félicite vivement M. Guinard et lui dit combien la Société est heureuse de voir ses recherches avoir une telle consécration. Les paroles de M. Dor sont accompagnées d'unanimes applaudissements.

DISCOURS DE M. LE D^r H. DOR, PRÉSIDENT

Messieurs et chers Collègues,

En prenant possession du fauteuil de la présidence de votre Société où vous avez bien voulu m'appeler, ma première parole sera pour vous exprimer ma sincère reconnaissance et en même temps l'espoir que votre entière collaboration suppléera à mon insuffisance.

En appelant deux fois de suite des oculistes à présider votre Société vous avez voulu affirmer qu'aucun organe du corps humain n'est indifférent à l'étude de l'anthropologie et que l'œil, en particulier, peut fournir des documents intéressants.

En effet, plusieurs questions seraient dignes d'être élucidées par notre Société.

En premier lieu je vous citerai le mode de propagation d'une maladie assez rare chez nous, mais qui, dans maint pays, fait le désespoir des oculistes, je veux parler de l'*ophtalmie granuleuse*, du Trachome, qui n'est guère connue en France et en Suisse que depuis qu'elle a été propagée par des ouvriers revenant des travaux entrepris pour le percement du canal de Suez. Eh bien, cette même maladie, encore rare chez nous, se présente chez 13 à 15 pour 100 des malades qu'ont à soigner les oculistes de la Prusse orientale ou septentrionale à Posen et à Königsberg. En Russie, la fréquence varie de 4 pour 100 à Moscou, 6 pour 100 à Rostow, 9 pour 100 à Pétersbourg, 10 pour 100 à Helsingfors, 12 pour 100 à Varsovie, 15 pour 100 à Odessa, 20 pour 100 à Riga, Kharkow et Kasan, jusqu'à 25 pour 100 à Kiew.

S'agit-il ici d'une question de race, comme le croit mon ami Chibret, de Clermont-Ferrand, qui a publié plusieurs articles pour

démontrer l'immunité de la race celtique ou d'une question tellurique ou d'altitude, ou enfin de simples habitudes de malpropreté tenant, soit au manque d'eau, soit à l'habitude de ne pas se servir de ce précieux liquide comme semble le penser M. Hirschibeg ? Ce sont là tout autant de questions dignes de fixer l'attention de notre Société.

Un autre point digne d'intérêt serait l'étude de *l'acuité visuelle* chez les différents peuples. Il semble démontré que les Peaux-Rouges de l'Amérique du Nord sont capables de distinguer à de grandes distances des objets invisibles pour nos yeux européens.

Malheureusement les mensurations exactes font défaut et les seules que nous connaissions se rapportent à quelques populations du Nord de la Sibérie qui auraient une acuité visuelle deux fois et demie supérieure à la nôtre.

La question de la *couleur des yeux*, ou plus exactement de l'iris, a attiré l'attention des anthropologues. Une classification a même été proposée par Broca, mais le nombre des variétés admises est si grand que le tableau n'a jamais servi à ma connaissance. Il me semble que l'on ferait mieux de s'en tenir aux douze teintes admises dans les collections courantes des fabricants d'yeux artificiels, quitte à y ajouter un ou deux types pour les individus des races bronzées ou nègres.

Nous possédons très peu de documents sur des examens, faits par des oculistes, des yeux d'individus appartenant à d'autres races qu'à la race blanche. Toutefois, dans un manuel des maladies des yeux, publié à Londres en 1868, Macnamara, qui a longtemps habité Calcutta, publie plusieurs dessins *du fond de l'œil vu à l'ophthalmoscope* chez les Hindous. Le fond de l'œil est grisâtre et la papille du nerf optique plus rosée que dans notre race. J'ai constaté moi-même que le fond de l'œil du nègre est d'une couleur gris-ardoise assez foncé. Enfin, chez deux dastèques présentés dans une baraque de foire, j'ai pu constater, par la couleur grisâtre claire du fond de l'œil, qu'il s'agissait bien d'individus appartenant à une autre race que la nôtre et pas de simples microcéphales.

Une autre question dont l'étude devient de plus en plus urgente

est celle du développement progressif de la *myopie* chez tous les peuples civilisés, tandis que cette affection est encore inconnue dans certaines populations. Furnari prétend n'en avoir pas trouvé un seul cas chez les Kabyles et Macnamara écrit ce qui suit : « Il est extraordinaire de constater combien les anomalies de la réfraction sont rares chez les basses classes dans l'Inde. Elles semblent ne pas exister du tout chez certaines races. J'ai habité chez les Sonthals, les indigènes du Bengale, j'ai séjourné sur les collines du Rajahmahal et je n'ai négligé aucune occasion d'examiner les yeux des individus avec lesquels j'étais en rapport, cependant je n'ai *jamais* trouvé un Sonthal dont les yeux n'auraient pas été normaux. »

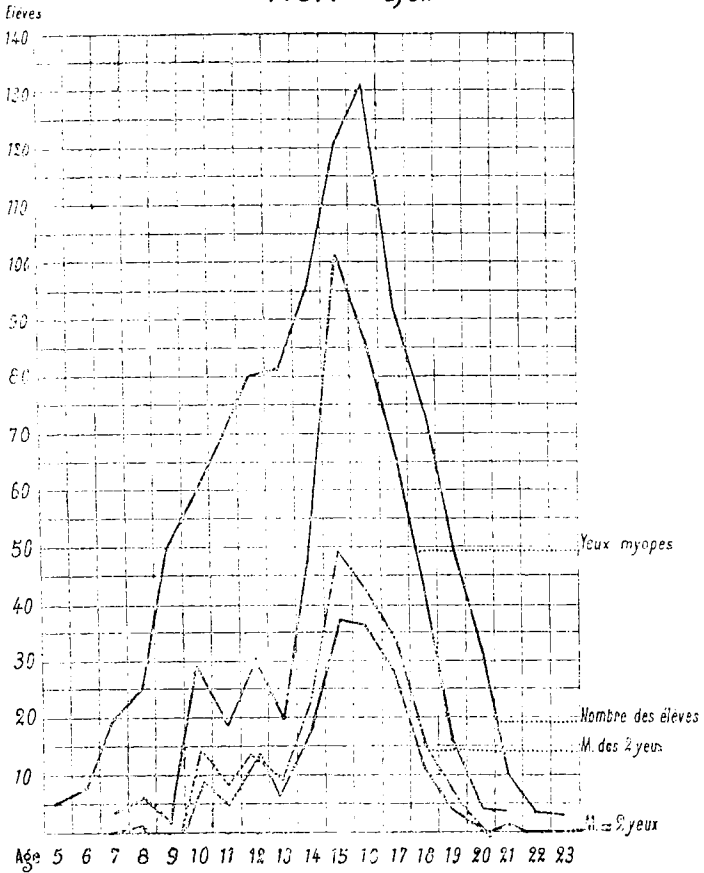
Pour la France, nous ne possédons que deux statistiques, une ancienne de Szokalski (1848), portant sur les élèves du Collège Charlemagne de la neuvième à la première classe où il trouve 11 pour 100 de myopes, sur le lycée Louis-le-Grand 14,6 pour 100, et une de Gayat à Lyon (1874), qui ne trouve que 3,27 pour 100, mais Gayat a fait des recherches dans des écoles très différentes, se liant un peu au hasard des seules réponses des élèves et ne portant pas sur tous les élèves d'établissements identiques à ceux qui avaient servi de base aux travaux publiés à l'étranger. J'ai donc cru qu'il y avait un vrai intérêt à étudier la question à nouveau et, en 1877, j'ai examiné tous les yeux des élèves du Lycée de Lyon. Sur 1016 élèves examinés, j'en ai trouvé 22,38 pour 100 de myopes. Les tableaux que je vous présente (fig. 1, 2 et 3) donnent la courbe d'après l'âge des élèves. Je mentionnerai spécialement qu'en suivant la division établie dans le lycée d'élèves internes, demi-pensionnaires et externes, j'ai obtenu les chiffres suivants :

Internes (yeux myopes)	32,84	pour 100.
Demi-pensionnaires.	29,07	—
Externes	17,93	—

Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans toutes les considérations que l'on pourrait tirer de ces chiffres, mais on ne peut méconnaître l'influence qu'exerce sur la vue des élèves un séjour prolongé dans les murs du lycée.

En Suisse, en Allemagne et en Russie, la proportion varie de 25 à 35 pour 100. A Tiflis, Reich trouva dans le gymnase classique 30 pour 100 chez les Russes, 38 pour 100 chez les Arméniens et

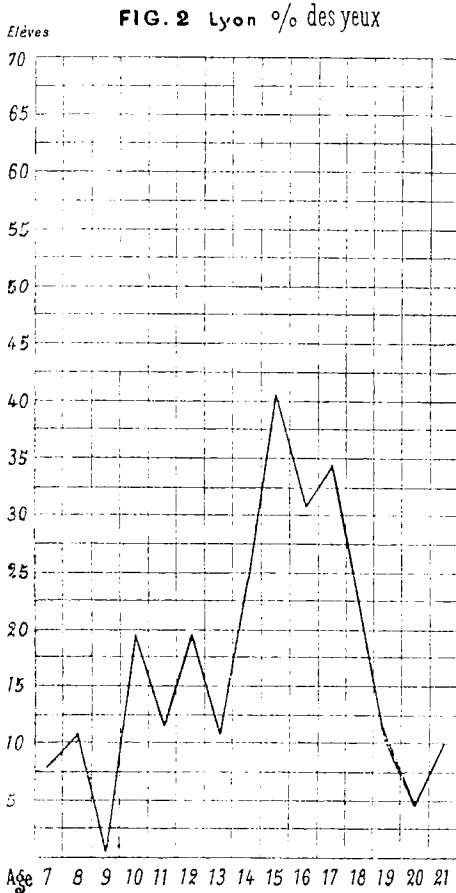
FIG. 1 Lyon



45 pour 100 chez les Géorgiens. Ce sont de pareils chiffres qui ont arraché à un auteur réaliste français ce cri du cœur : « Il n'y aura bientôt plus que la canaille qui aura de bons yeux. »

Loring, à New-York, arrive à une moyenne de 18,95, pour 100, mais elle se répartit de la manière suivante : élèves Allemands

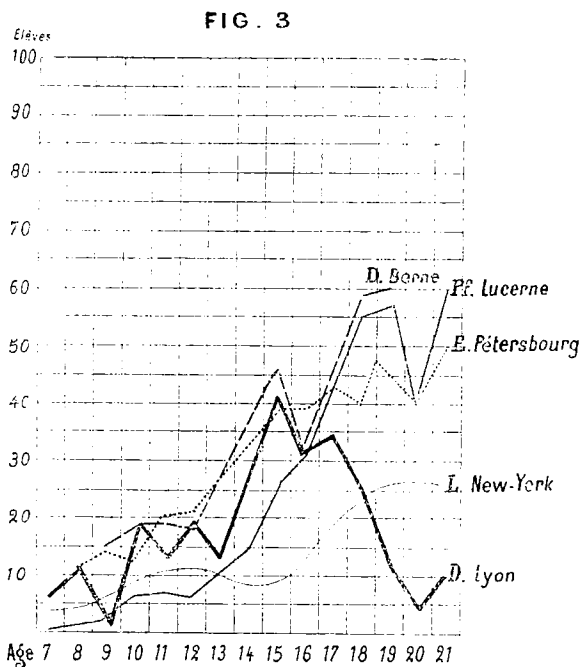
23,33 pour 100 ; Américains 19,35 pour 100, Irlandais 14,28 pour 100, tandis que, également à New-York, nous ne trouvons que 2,6 pour 100 sur 457 élèves de couleur.



Nous voyons aussi le même fait se reproduire en Suisse où, dans les écoles d'instituteurs, Pflüger trouva 14,37 pour 100 chez les instituteurs de la Suisse française et 24,3 pour 100 sur ceux de la Suisse allemande.

Mais la question prend un intérêt spécial au point de vue de

l'anthropologie grâce aux nombreuses mensurations de l'orbite exécutées par Stilling, de Strasbourg. Il a, en effet, démontré que la myopie se développe surtout dans les orbites abaissées tandis que les orbites hautes, élevées, renferment ordinairement des yeux normaux. La vraie disposition à la myopie résiderait donc dans



la forme de l'orbite et du crâne. La forme de l'orbite dépend de la structure du squelette du visage, les visages étroits (leptoprosopie) ayant des orbites élevées (hypsikonchie), et les visages larges (chamaprosopie) des orbites abaissées (chamækonchie).

Se basant sur ces formes diverses de l'orbite, Stilling explique le développement de la myopie par l'allongement oculaire produit par la compression sur l'œil du muscle grand oblique, compression beaucoup plus considérable lorsque la poulie du trochléaire est rapprochée de l'œil que lorsqu'elle en est éloignée.

Cette loi expliquerait non seulement l'hérédité de la myopie dans les familles, mais encore sa répartition différente dans les différents peuples. Dans l'Allemagne du Sud, Bade, la Bavière, le Wurtemberg, le type prédominant est celui de la figure large; en Angleterre, aux États-Unis, en Californie prédomine au contraire le type de la figure élevée. Là, le nombre des myopes dans les classes cultivées est relativement faible, tandis qu'en Bavière, où l'on ne travaille probablement pas plus qu'ailleurs, les deux tiers des gens cultivés sont myopes.

Cette loi de la dépendance de la myopie de la forme de l'orbite et du squelette de la face est surtout évidente dans les contrées où cohabitent les deux types, comme l'Alsace, la Suisse et la Sicile. C'est ainsi qu'à Genève, les indigènes ne présentent que peu de myopes, tandis que chez les Allemands immigrés, les myopes sont très nombreux, et pourtant ils exécutent dans les mêmes écoles les mêmes travaux.

Mais j'ai peur d'abuser de votre attention en m'étendant plus longtemps sur un point aussi spécial que celui de la myopie.

Toutefois comme l'article premier de nos statuts dit que « la Société d'anthropologie a pour but l'étude de l'histoire naturelle de l'homme », je voudrais encore vous entretenir quelques instants d'un sujet qui a, dans ces derniers temps, fixé l'attention de quelques auteurs distingués : je veux parler du *centre cortical de la vision*.

Depuis que Broca eut démontré dans la troisième circonvolution frontale le siège du langage articulé, on s'est appliqué à déterminer la localisation de nombreux centres corticaux. Malheureusement, la gravité des lésions qu'il faut faire pour provoquer expérimentalement des destructions toutes limitées de l'écorce du cerveau, est telle que les résultats de ces expériences ne répondent point à ce qu'on en attendait. Il en est de même de la méthode des dégénérescences. Pour arriver à un résultat positif, il fallut se contenter d'examiner avec beaucoup d'attention toutes les lésions localisées produites par la maladie, tous les cas d'hémorragies ou de ramollissement cérébral suivis d'autopsie. Malheureusement ces lésions sont souvent assez étendues. Munk et

Huguenin furent les premiers à démontrer qu'une lésion des couches corticales du lobe occipital produisait une hémioptie par altération de la moitié de chaque rétine située du côté de la lésion cérébrale. Depuis lors, le nombre des observations s'est sensiblement accru et petit à petit on en est venu à localiser à la région du coin (cunéus) le siège d'une affection capable de produire une hémioptie homonyme complète. Les travaux les plus importants parus dans ces dernières années sur ce sujet sont ceux de Monakow, Wilbrand, Vialet et surtout Henschen. Vialet en 1892, conclut de ces observations que tous ces cas nous montrent que les lésions corticales les plus circonscrites capables de produire l'hémianopsie ou la cécité corticale, suivant qu'elles sont unilatérales ou bilatérales, *siègent à la face interne du lobe occipital en rayonnant dans le domaine de la scissure interne*, et il ajoute : « *Le centre cortical de la vision occupe toute l'étendue de la face interne ; il est limité en avant par la scissure perpendiculaire interne, en haut par le bord supérieur de l'hémisphère, en bas par le bord inférieur de la 3^e occipitale, en arrière par le pôle occipital.* »

Disons en passant que rien jusqu'ici dans les faits anatomiques n'autorise à admettre dans le centre visuel une série de centres secondaires distincts pour l'espace, la lumière et les couleurs comme l'admet Wilbrand. Par contre, il existe une *vérité psychique* consistant dans le fait que le malade capable de percevoir les sensations visuelles est incapable d'interpréter la signification des images perçues. Le centre des *souvenirs visuels* comme l'appelle Wilbrand, en opposition au *centre de perception* dont nous nous sommes occupé jusqu'ici se trouverait à la face externe du lobe occipital.

Mais M. *Henschen*, qui publie depuis plusieurs années un ouvrage remarquable sur la pathologie du cerveau, dont le premier fascicule a paru à Upsal en 1890, va plus loin que M. Vialet. En examinant tous les cas de lésion du cerveau dont il a pu faire l'autopsie, en tenant compte non seulement des cas accompagnés d'hémioptie, mais aussi de ceux dans lesquels des lésions macroscopiquement similaires n'étaient pas accompagnées d'hémioptie, il

est arrivé à localiser beaucoup plus exactement le centre visuel. Pour lui, il est exactement *limité à l'écorce de la scissure calcarine*. Il va même plus loin et il arrive avec Wilbrand à différencier une portion antérieure correspondant aux fibres du faisceau maculaire de l'œil, tandis que la lèvre supérieure de la scissure extérieure correspondrait à la moitié supérieure (dorsale), celle de la lèvre inférieure à la moitié inférieure (ventrale) de la rétine. C'est donc avec raison qu'il part d'une *rétine cérébrale* ou plus exactement *corticale*.

Messieurs, j'ai reçu la semaine dernière, de M. le professeur Henschen, une brochure sur un nouveau cas de blessure du cerveau confirmant absolument sa théorie de la rétine corticale, et c'est l'étude de ce cas qui m'a donné l'idée de vous faire le petit exposé que je viens de vous présenter. Il s'agit d'un jeune homme qui reçut une balle de revolver à l'angle interne de l'œil gauche et le projectile passa à la base du cerveau et vint se loger dans le lobe occipital du côté droit; le malade fut trois semaines sans connaissance et, à son réveil, il ne pouvait ni parler, ni comprendre ce qu'on lui disait; le côté gauche du corps était insensible. L'œil gauche dut être énucléé, puis tous les symptômes s'amendèrent graduellement, et il put quitter l'hôpital au bout de six mois. Six mois plus tard, il revint se plaignant d'une céphalalgie dans la région du lobe occipital droit. L'intelligence est bonne. Il y a une aphasie sensorielle légère; l'odorat est aboli; il existe une *diminution de l'acuité visuelle dans le secteur nasal inférieur*. La sensibilité est légèrement diminuée dans tout le côté gauche, qui est en outre parétique, et le bras gauche contracturé. Henschen conclut de la limitation du champ visuel que la balle devait se trouver dans la région supérieure de la rétine corticale, soit au-dessus de la lèvre supérieure de la scissure calcarine. On fit radiographier le muscle et la radiographie, comme vous pouvez le voir dans les planches que je vous présente, confirma le diagnostic. L'opération fut faite le 2 février 1897 et le malade guérit.

J'espère, Messieurs et chers collègues, vous avoir démontré par ce court résumé que, dans l'étude spéciale de l'œil et de ses maladies, il y a encore quelques épis à glaner pour l'anthropologie.