

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE
DE LYON

TOME TRENTE ET UNIÈME

1912

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

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

1913

CCLX^e SÉANCE. — 3 Février 1912Présidence de M. le D^r CARRY, Vice-Président.

NOUVELLES ET CORRESPONDANCES

La Société a reçu du Comité d'organisation du Congrès international des Américanites une lettre circulaire lui annonçant qu'il se réunit à Londres, du 27 mai au 1^{er} juin 1912, sous la présidence de M. Clements-R. Markham.

Le Comité d'organisation du Congrès préhistorique de France informe la Société qu'il tiendra sa VIII^e session à Angoulême, du 18 au 24 août 1912, sous la présidence de M. le D^r Henri Martin.

L'Association française pour l'Avancement des Sciences rappelle enfin qu'elle tiendra, cette année, sa XLI^e session à Nîmes, du 5 au 6 août.

COMMUNICATIONS

SYPHILIS OSSEUSE PRÉHISTORIQUEPar M. le D^r MICHEL GANGOLPHE

Ex-chirurgien major à l'Hôtel-Dieu, Professeur agrégé à la Faculté.

L'origine de la syphilis est des plus controversées : tandis que les uns considèrent cette maladie comme aussi vieille que l'humanité, d'autres soutiennent que l'ancien monde, tout au moins, en était resté indemne jusqu'au retour de Christophe Colomb.

Les différents textes publiés pour établir ou nier l'antiquité de la syphilis sont trop confus pour qu'on en puisse tirer une

opinion précise. Dans un travail paru en 1907, von Notthatt, privat-docent de l'Université de Munich, les a minutieusement analysés. Sa conclusion est qu'on ne peut rien en tirer.

Il faut donc s'orienter franchement du côté des recherches anatomo-pathologiques et abandonner l'étude des documents purement littéraires.

Mais là, de nombreux mécomptes sont encore à signaler. Parrot, en voulant englober dans la syphilis des lésions dentaires et osseuses qui se rattachent manifestement au rachitisme, a compromis la thèse qu'il voulait démontrer.

En 1877, à la Société d'Anthropologie de Paris, il avait défendu l'antique origine de la syphilis et ralié Broca à son opinion.

Je pense, à en juger d'après ses travaux, qu'il était insuffisamment préparé à cette étude, n'ayant pas eu sous les yeux un nombre suffisant de pièces syphilitiques indiscutables.

Plus récemment, Lortet avait cru trouver sur un crâne égyptien des altérations syphilitiques. Il est certain qu'il a fait une erreur.

Dans une communication à la Société d'Anthropologie de Lyon, le 12 juin 1909, j'indiquai les motifs qui permettent d'affirmer que le crâne de Rhoda était indemne, et je rappelai une note que j'avais adressée, quelque douze ans auparavant, à M. Fouquet, du Caire, au sujet d'un fragment de crâne qu'il m'avait adressé dans le but d'avoir mon opinion sur la nature syphilitique des altérations qu'il présentait.

Je me permettrai de la rappeler (1) :

« Il n'est nullement prouvé que ce frontal ait été le siège d'un travail pathologique quelconque. La régularité absolue de la table externe, le fait qu'elle ne présente aucune trace de réaction périostique, concordent d'une façon absolue avec l'intégrité du diploé. Celui-ci est d'une épaisseur inégale, mais ce n'est là qu'une apparence. Sans doute, le lent travail de

(1) *Recherches sur les origines de l'Égypte*, de Morgan, Paris, 1897, p. 366.

destruction dû à l'antiquité de la pièce doit être seul mis en cause.

« Si, par la pensée, on prolonge la table interne (dont il reste un vestige), on voit que celle-ci viendrait recouvrir la face profonde du diploé, sans qu'il y ait là une cause d'*exostose* interne ou *énostose*. En aucun point, le diploé n'offre des parties éburnées ou plus particulièrement ver-moulues. En aucun point, l'architecture cellulaire ou alvéolaire du diploé n'a été remaniée. *Le poids de l'os n'est pas modifié*, ce qui arrive d'une façon constante et appréciable s'il y a de l'éburnation. Quant au petit fragment de table interne restant, il est absolument intact.

« Je le répète, on ne peut pas dire que cet os ait été le siège d'un travail pathologique quelconque ; bien plus, je puis affirmer *qu'il n'y a pas de syphilis*. Voici pourquoi :

« Les lésions syphilitiques ont, sans doute, comme siège de prédilection le frontal, et y affectent deux formes souvent associées :

« 1° La forme *hyperostotique* : a) parenchymateuse, b) externe (exostose), c) interne (énostose) ;

« 2° La forme *ulcéreuse*.

« Or, il ne peut être question de la forme hyperostotique, la bosse frontale n'a rien d'exagéré et j'ai dit que la table externe, le diploé, la table interne étaient normalement constitués.

« J'ajouterai même (ce qui n'est pas utile, tant le fait est évident) que la constatation seule d'une exostose, à la surface du frontal, n'aurait aucune valeur. J'ai vu des exostoses du frontal dues à la grossesse et à la fièvre typhoïde.

« Pour que l'exostose ait une valeur tout à fait démonstrative, il faut qu'il s'y joigne des lésions typhiques, telles que des gommages, ou alors qu'elles atteignent des dimensions que ne présentent jamais les légères hyperostoses gravidiques ou typhiques.

« Quant à la forme ulcéreuse de la syphilis crânienne, je n'en parlerais même pas, si la disparition d'une partie du

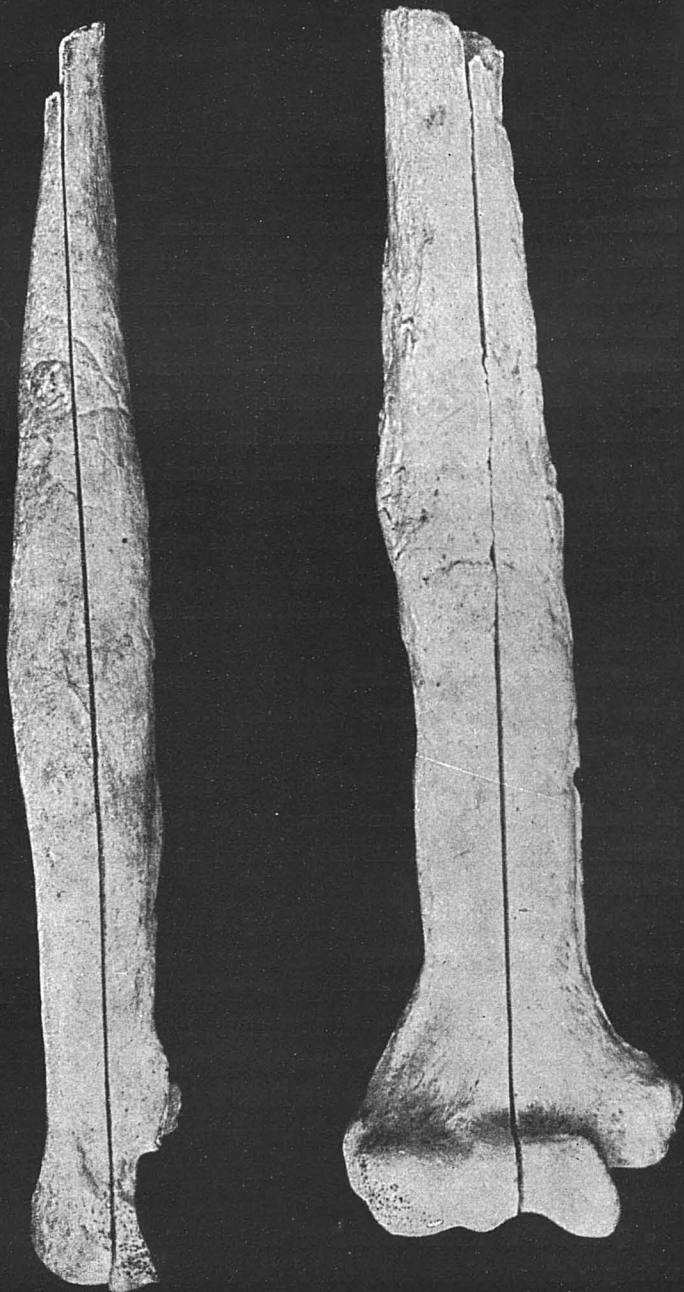


FIG. 1. — Humérus et cubitus. Les deux os présentent une hyperostose diaphysaire étendue.



FIG. 2. — Les os ouverts à la scie, on voit très nettement le travail d'ostéomyélite chronique dont ils ont été le siège. L'humérus est épaissi, éburné, lourd; le cubitus est plutôt bulleux et aminci.

diploé et de la table externe n'était pas susceptible d'y faire songer.

« Là encore, je puis affirmer que la syphilis n'y est pour rien.

« Ordinairement, les bourgeons gommeux pénètrent de la face externe du crâne dans le diploé ; émanés de la face profonde du péricrâne, ils s'enfoncent dans l'os, le sillonnent, décrivent des courbes hélicoïdales, qui s'enchevêtrent, empiètent les unes sur les autres, et détruisent l'os, ne laissant plus subsister que des saillies stalactiformes. La table interne offre toujours une résistance notable.....

« *L'os est troué, vermoulu, mais il est plus lourd.*

« La table externe a disparu pour faire place à des saillies irrégulières.

« J'ajoute que l'hérédosyphilis s'accompagne d'altérations semblables. »

*
* *

Comme on le voit, j'affirmai d'une façon catégorique, non seulement qu'il ne pouvait être question de syphilis, mais encore qu'il ne s'agissait pas d'un travail pathologique quelconque *ante mortem*.

Du moment où un os est touché par un agent infectieux, il réagit et se défend avec plus ou moins de succès, mais on retrouve toujours la trace de cette lutte soutenue par l'organisme, sous la forme d'épaississements osseux, de cloisonnements intramédullaires, d'éburnation, etc.

Le fragment de crâne que j'examinais ne présentait aucune réaction. Il en était de même du crâne de Rhoda.

M. Lortet a tourné la difficulté en soutenant « que la jeune femme mourut si rapidement, que les exostoses n'eurent pas le temps de se développer ». Cette interprétation ne résiste guère à la critique ; on ne comprend pas que chez un sujet jeune, en pleine évolution, il y ait eu, d'une part, disparition du tissu osseux par des gommages et, d'autre part, absence totale d'un effort défensif du périoste.

Je ne connais qu'une variété d'agents infectieux capables d'attaquer, de détruire même le squelette, sans qu'il y ait un processus de défense périostique ou médullaire : je veux parler des hydatides des os ; il ne peut ici en être question. L'explication de ces pertes de substance observées sur les crânes égyptiens nous a été donnée par Elliot Smith et Looss.

Ils ont retrouvé sur les os et à leur voisinage des élytres d'insectes ; il ne peut y avoir de doute sur l'intervention de ces derniers, justement nommés, par M. Fouquet lui-même, *les travailleurs de la mort*. Me basant sur ces données, je concluais en disant que la syphilis osseuse était encore à découvrir chez les Egyptiens de l'antiquité.

J'étais donc mis en garde contre une interprétation trop hâtive et j'éprouvais une certaine satisfaction en voyant que j'avais émis une opinion exacte en affirmant l'absence de tout travail pathologique sur la pièce soumise à mon examen en 1897.

Depuis ce moment, je ne m'étais nullement occupé de cette question, lorsqu'en juillet 1911, M. le Dr Raymond, de Paris, m'adressa un cubitus et un humérus, en me priant de lui donner mon avis sur la nature des lésions qu'ils présentaient. Il se réservait, me dit-il, de me faire connaître plus tard leur provenance et son opinion personnelle.

J'envoyai à M. Raymond la note suivante :

Humérus. — L'extrémité supérieure manque, mais les trois quarts (environ) inférieurs de l'os subsistent.

Lourd, hyperostosé, le segment présente des lésions de *réaction* périostique sur une hauteur de 16 à 17 centimètres, à partir de l'extrémité articulaire. Le maximum de la périostose est nettement à siège diaphysaire, commence à 8 centimètres environ de la ligne épicondylo-épitrochléenne et remonte à 8 centimètres au moins encore plus haut, soit, comme je le disais, à 16 ou 17 centimètres au-dessus de l'extrémité articulaire. La surface extérieure de l'os est ponctuée de petits orifices, dont quelques-uns ressemblent à des orifices vasculaires et sont parfois entourés de quelques stalactites ;

mais, en aucun point, je ne trouve de *trous* ayant l'aspect des *perforations*, *a fortiori* des *cloaques* de l'*ostéomyélite infectieuse* suppurée. Il n'y a pas eu de suppuration venant de l'os, de la cavité médullaire.

Cette réaction périostique intense, étendue à la majeure partie de la diaphyse, étant l'indice indubitable d'un *processus central*, j'ai ouvert l'humérus à la scie.

J'ai constaté les détails suivants :

1° L'augmentation de la cavité médullaire, par suite de la résorption d'une partie de la coque diaphysaire normale ;

2° La formation de couches osseuses nouvelles, d'origine périostique, compensant la disparition de l'os ancien ; ces couches osseuses nouvelles éburnées, mais présentant çà et là de petites vacuoles ;

3° L'absence d'un cloisonnement osseux intramédullaire, limitant la lésion par en haut ;

4° L'absence de *séquestre* inclus, incarcéré ;

5° L'étendue considérable du processus.

Le siège diaphysaire, l'absence de séquestres, de perforations, me font croire que, cliniquement, il n'y aurait eu aucune suppuration, mais processus lent, avec *douleurs* surtout.

J'estime qu'il s'agit d'*ostéomyélite gommeuse tertiaire* ; je repousse l'hypothèse d'*ostéomyélite infectieuse* ou *tuberculeuse*.

Cubitus. — Le cubitus est léger, augmenté de volume sur une étendue d'environ 13 à 15 centimètres ; la partie supérieure diaphysaire de l'os est particulièrement atteinte.

La surface de la périostose est assez régulièrement gonflée, bulleuse ; les petits orifices qu'on y remarque sont très fins en général ; en aucun point, il n'y a de perforation ou de cloaque.

Comme il est léger, il est à croire que l'augmentation de volume s'est accompagnée d'une résorption osseuse intense ; que l'os périostique nouveau (formé à mesure que la lésion médullaire détruisait la coque ancienne) n'est pas arrivé à compenser cette altération.

Tandis que, sur l'humérus, le travail de défense d'hyperostose compensait, et au delà, le travail de résorption, ici, il n'en était pas de même.

Un peu plus, et l'on arrivait à la *fracture* dite spontanée.

En ouvrant à la scie ce cubitus, on voit combien ces prévisions sont justifiées :

1° Les débris de la coque ancienne, les couches nouvelles d'origine périostique, sont parcourus par des tunnels et sont amincis ;

2° Dans la cavité médullaire très agrandie, il y a comme une cavité à parois nettes, à limites précises (autant qu'on peut le dire sur une telle pièce) ;

3° Nulle part un travail de cloisonnement médullaire de défense ;

4° Nulle part, traces de séquestres.

Le siège *diaphysaire*, l'*absence de séquestres*, bref, tout ce qui a été dit ci-dessus, me permet d'affirmer qu'il s'agit, pour l'humérus et le cubitus, d'une *ostéomyélite gommeuse diffuse*.

J'y retrouve les caractères décrits dans mes publications depuis 1885 ; je puis ajouter qu'en général il n'y a ni *pus*, ni *séquestres* ; que les lésions sont multiples et peuvent aboutir à la fracture dite spontanée.

Le fait que les deux os appartiendraient au même sujet, serait un argument de plus en faveur de mon opinion. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'*ostéomyélite gommeuse héréditaire* tardive ; ces pièces ne permettent pas d'y penser.

*
**

A mon grand étonnement, car je ne pensais pas qu'il s'agisse d'ossements aussi anciens, je reçus de M. le D^r Raymond la lettre suivante :

« Paris, 5 juillet 1911.

« Mon cher Collègue,

« Je vous adresse tout d'abord mes bien vifs remerciements pour votre obligeance à examiner ces ossements, et pour l'im-

portante consultation que vous avez bien voulu m'adresser ; je puis, maintenant que vous avez prononcé, vous dire de quoi il s'agit, et vous allez voir l'importance du fait. Il s'agit d'*ossements préhistoriques* datant de l'époque de la pierre polie, provenant des grottes sépulcrales fouillées par le baron de Baye, dans la Marne, et appartenant au Musée de Saint-Germain. M'occupant d'archéologie préhistorique, et faisant des fouilles en Languedoc et en Provence, j'ai trouvé toute une pathologie rétrospective du plus haut intérêt, mais jamais je n'ai trouvé la syphilis. Or, en examinant les nombreux ossements de la collection de Baye, je fus frappé de rencontrer, entre autres ossements pathologiques (fracture, arthrite sèche, trépanation, etc.), les deux os que je vous ai adressés.

« Mon diagnostic de syphilis fut établi, mais, devant une question aussi importante, je voulus savoir l'avis de ceux, *rari nantes*, que je jugeais vraiment compétents. Je n'ai pas besoin de vous dire que la question de la syphilis, je ne dirai pas préhistorique, mais antérieure à Colomb, est plus que discutée, et je ne vous rappellerai pas les avatars de Parrot et celui, plus récent, à Lyon même, de Lortet. Il importait donc de ne pas me fier à moi-même et de faire examiner ces os. Ainsi ai-je dit. J'ai d'abord porté le cubitus à Lannelongue et, sans plus l'influencer que vous-même, je lui ai demandé son avis. Il n'a pas hésité pour la syphilis. Il ne verra l'humérus que demain, car je ne l'ai trouvé dans une vitrine de Saint-Germain que la veille du jour où je l'ai envoyé, et c'est vous qui l'avez vu le premier. Il a sa réplique au Musée Dupuytren. La syphilis est évidente.

« Vous voyez donc de quelle importance est l'examen que vous venez de faire. Je vais demander à Lannelongue s'il ne jugerait pas à propos que nous présentions ces ossements à l'Académie de médecine, en attendant que leur description (et je me permettrai de reproduire votre consultation) trouve place dans le chapitre pathologie, de l'étude que je vais consacrer aux ossements des grottes de Baye.

« M. Salomon Reinach s'intéresse à ces recherches ; c'est lui (conservateur du Musée de Saint-Germain) qui m'a autorisé à sortir les os et qui, hier, m'a donné l'autorisation de les sectionner, d'où ma dépêche.

« Si, maintenant que vous connaissez les détails de l'affaire, la question vous intéresse, je suis à votre entière disposition pour vous donner tous les renseignements que vous pourriez désirer.

« Encore une fois, merci, mon cher collègue, en vous priant d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

« D^r Paul RAYMOND. »

Telles sont les conditions, Messieurs, dans lesquelles j'ai été amené à vous présenter les photographies de ces pièces, qui ont repris leur place aujourd'hui dans les vitrines du Musée de Saint-Germain.

Ces deux os si intéressants ont été présentés par M. le D^r Raymond à l'Académie de médecine, le 18 juillet dernier. Leur description a pris place dans un très intéressant mémoire publié par notre confrère dans la *Revue préhistorique*, dont il est le directeur (1).

Commentant l'importance de cette découverte, M. Raymond reprend l'examen des faits signalés et en apprécie la valeur. Il les divise en trois catégories, suivant que les indications en sont à écarter, douteuses, ou à retenir.

A. *Indications à écarter*. — 1^o Les ossements de Solutré. En 1872, l'abbé Ducrost découvrait à Solutré un squelette féminin, présentant au tibia des exostoses, qui furent considérées comme vraisemblablement syphilitiques par diverses personnes. Toutefois, il semble que ces ossements ne dateraient que de l'époque romaine, d'après les conditions de la sépulture, et ne pourraient être regardés que comme une

(1) Les crânes et les ossements des grottes de Baye, au Musée de Saint-Germain (*Revue préhistorique*, octobre-décembre 1911).

preuve de l'existence de la syphilis avant Christophe Colomb.

A mon avis, il serait nécessaire d'ouvrir à la scie ce tibia que j'ai entrevu dans une vitrine du Musée de Lyon.

Des renseignements précis me permettent d'affirmer que Virchow, Rollet et Parrot avaient, à première vue, émis cette opinion. Je le répète, l'examen, après section de l'os, peut seul permettre d'apporter quelque éclaircissement. Peut-être aurai-je l'occasion de revenir sur ce point.

Je conclurai que, si le tibia de Solutré est à *écarter* au point de vue préhistorique, il est, comme l'a dit le D^r Raymond, très précieux à retenir comme preuve de syphilis pré-colombienne.

2° Le crâne de Braye-sur-Seine offrirait des lésions d'ostéite exfoliatrice consécutive à des cautérisations du cuir chevelu, sur lesquelles MM. Manouvrier et Raymond ont appelé l'attention.

3° Les ossements et les dents des dolmens de la Lozère sont considérés, maintenant, comme offrant des signes de rachitisme.

4° Les ossements égyptiens de M. Zambaco.

En 1900, M. Zambaco Pacha avait présenté une série de photographies d'ossements recueillis dans la Haute-Egypte, sur lesquels existaient des lésions qu'il considérait comme syphilitiques.

A l'Académie de médecine, M. Fournier ne partagea pas cet avis. Une Commission fut nommée, qui ne déposa jamais son rapport ;

5° Le crâne égyptien de Rhoda.

Il s'agit de la pièce décrite par M. Lortet, et, comme nous l'avons vu, ce sont des altérations *post mortem*, produites par des insectes.

B. *Indications douteuses.* — Le tibia du dolmen de Maintenon.

Dans sa thèse, Le Baron mentionne un tibia présentant des exostoses multiples et identiques, d'après lui, à un autre tibia, nettement syphilitique, du Musée Dupuytren.

Le D^r Raymond n'a pu examiner le tibia préhistorique, cette pièce, déposée au Musée Broca, ayant été égarée.

Il en est de même pour un fragment de frontal, provenant d'un tumulus de Méloisy.

Par contre, il existerait un autre crâne, de même provenance, qui aurait échappé à Le Baron et offrirait, au dire de Raymond, peut-être des signes de nécrose syphilitique. Nous arrivons enfin au seul fait à retenir.

C. *Indications à retenir.* — Le tibia du dolmen de Léry (Eure).

D'après Le Baron et Raymond, ce tibia serait nettement syphilitique.

En l'absence d'examen personnel, je ne puis évidemment formuler aucune opinion sur ce fait.

Tel est, Messieurs, le bilan des pièces anatomiques présentées jusqu'à présent.

Devant ce petit nombre de faits, la difficulté qu'il y a à interpréter des lésions portant sur des os aussi anciens, on est amené à penser qu'il faut procéder avec une extrême prudence ; bien plus, on ne pourra considérer comme valables que les examens complets, comportant toujours l'ouverture à la scie de la pièce osseuse.

L'aspect extérieur d'une lésion peut bien fournir des indications, mais ne sait-on pas que toute tuméfaction osseuse est l'indice d'une lésion centrale. Une hyperostose d'un tibia signifiera donc qu'une cause morbide intramédullaire, centrale, a excité le pouvoir ostéogénique du périoste.

Cette cause échappera à l'observateur, si, d'un trait de scie, il ne la met à découvert.

C'est grâce à la négligence de ce détail que l'ostéomyélite gommeuse a pu rester méconnue si longtemps, les exostoses, périostoses, etc., figurant seules dans les descriptions.

Dès mes premières recherches, faites alors que j'étais interne de Létievant, en 1881, j'ai pu me convaincre de la vérité de cette assertion.

Plusieurs fois, il m'arriva de trouver, au centre d'un tibia

porteur d'une légère hyperostose n'intéressant qu'une de ses faces, une lésion gommeuse minime, intramédullaire.

Que doit-on penser *a priori* de la syphilis préhistorique ? Il nous semble vraisemblable qu'elle ait pu exister, au même titre que la tuberculose.

Il y a quelque temps, M. le D^r Arcelin me montra un fragment de colonne vertébrale qu'il avait recueilli à Solutré. Il me parut évident qu'il s'agissait d'un mal de Pott avec gibbosité, guéri par ankylose.

De même, M. le D^r Raymond a relevé sur les ossements des grottes de Baye des ankyloses sacro-iliaques, vertébrales, etc.

Tout récemment, M. Rüffer n'a-t-il pas observé sur des momies les signes certains de lésions artério-scléreuses histologiquement identiques à celles que nous-mêmes pouvons observer de nos jours.

Il n'y a rien, donc, d'in vraisemblable à ce que la syphilis ait pu exister dans les temps préhistoriques.

Je ne reviendrai certainement pas sur l'opinion si catégorique que je formulais plus haut. Il me semble, toutefois, devoir la commenter.

A première vue, les pièces dont vous voyez les photographies me frappèrent, comme Lannelongue.

Un de mes collègues, M. le D^r Vignard, chirurgien des hôpitaux, qui les vit sur ma table, ignorant tout de leur provenance, émit spontanément la même opinion.

Si vous les comparez à ces photographies que je vous présente de lésions syphilitiques contemporaines, figurant dans un travail que j'ai publié en 1893 (1), vous serez frappés de leur ressemblance.

La conclusion qui s'impose, et qui nous paraît scientifiquement inattaquable, est que les *ossements des grottes de Baye*

(1) Etude sur les localisations osseuses hérédosyphilitiques tardives (*Archives provinciales de chirurgie*, janvier 1893).

offrent des lésions d'ostéomyélite chronique identiques à celles décrites actuellement comme syphilitiques.

Cette formule absolument irréprochable me paraît nécessaire, jusqu'à plus ample informé, pour parer à diverses critiques.

Ne savons-nous pas qu'il y a des maladies éteintes, des variétés d'infections encore méconnues ou rangées à tort dans certains groupements pathologiques ?

Lannelongue a émis l'opinion que l'ostéite hypertrophiante de Paget n'est qu'une forme de syphilis osseuse de l'adulte, et cela, en raison d'une certaine analogie dans les altérations osseuses.

J'ai eu, moi-même, cette impression, pour les mêmes motifs.

Examinant la question de plus près, je pense autrement aujourd'hui. En effet, prise dans son ensemble, la maladie de Paget est fort dissemblable de l'ostéomyélite gommeuse. Dans cette dernière, des foyers gommeux plus ou moins étendus, souvent multiples, détruisent les os longs, amincissent le tissu compact de leur diaphyse, jusqu'à la fracture spontanée. *Les os se rompent sans jamais se courber.*

Dans la maladie de Paget, existe une sorte de ramollissement des divers os longs, du crâne, de la colonne vertébrale, dans cette dernière sans qu'il y ait un foyer bien localisé ; peu à peu, la taille du sujet s'affaisse, ses os se courbent et donnent lieu à une allure absolument caractéristique, connue de tous.

Les os s'infléchissent, mais ne se cassent pas. Ce sont ces motifs qui me conduisent à une opinion tout autre que celle de Lannelongue.

Cette digression n'est pas pour nous écarter de notre sujet, mais pour vous montrer combien il faut être prudent dans ses déductions.

Il n'en restera pas moins certain que les pièces mises si bien en vedette par le D^r Raymond constituent de précieux documents et serviront à éclaircir la question de la syphilis préhistorique.