

**Short communication — Lettre**

**OBSERVATIONS OSTÉOARCHÉOLOGIQUES SUR LES SQUELETTES  
D'UNE SÉPULTURE GALLO-ROMAINE (GRÉOUX, FRANCE)**

GY. PÁLFI<sup>1,2</sup> et P. LECACHEUR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Département d'Anthropologie de l'Université József Attila, H—6701 Szeged, P.O.Box. 660, Hongrie;

<sup>2</sup>Centre Archéologique du Var, 14 Bd. de Bazeilles, 83000 Toulon, France

(Reçu le 11 Novembre 1992)

**Contexte archéologique et anthropologique**

Suite à des labours dans un vignoble, la fouille d'urgence d'une tombe sous tuiles au lieu-dit Ravin Roubeau sur la commune de Gréoux dans les Alpes de Haute-Provence (90 km au nord-ouest de Toulon) a été effectuée par les auteurs en octobre 1992. Il s'agit d'un coffrage de tegulae rectangulaires (172×46×46 cm.), déposé dans une fosse creusée dans le substratum. La sépulture, en bon état malgré l'impact de la charrue, ne possédait pas de mobilier funéraire. Cette particularité ajoutée à son orientation (tête à l'ouest) et à son type de construction permet de la situer chronologiquement à partir du IV<sup>e</sup> siècle après J.-C.. Selon les témoignages des agriculteurs, il ne s'agit pas d'une tombe isolée, mais certainement d'une sépulture appartenant à une petite nécropole liée à une villa qui n'est pas encore localisée.

L'examen anthropologique in situ nous a relevé qu'il s'agissait d'une double inhumation : sur les pieds d'un sujet adulte les restes osseux déjà macérés d'un enfant, enterré probablement antérieurement ailleurs ont été superposés. L'analyse anthropologique en laboratoire nous a permis de préciser les données principales des deux squelettes:

1. *Squelette subadulte*: Il s'agit du squelette assez bien conservé d'un enfant d'environ 10 ans (dentition: 9-10 ans, longueur des diaphyses: 10 ans environ). Une malformation congénitale: spina bifida occulta au niveau des segments S1 à S4 et des variations anatomiques — foramen transversarium bipartita au niveau des vertèbres C5 et C6 ainsi que la présence des os wormiens lambdatiques — ont été découvertes.

2. *Squelette adulte*: Il s'agit du squelette en bon état de conservation d'un sujet adulte mature de 50 à 60 ans environ. La stature est relativement petite, 161±2,97 cm; le squelette est plutôt robuste d'après les indices de robustesse et les insertions musculaires. Le crâne (Fig. 1) est dolichocrâne (ICR: 73,82), orthocrâne et métricroâne, sa capacité peut être estimée à 1524 cm<sup>3</sup> environ. Le squelette présente de spina bifida occulta au niveau des segments L5 et et S1



Fig. 1: Le crâne du squelette adulte en vue latérale (x 0,3).

et une large série de variations anatomiques: foramen transversarium bipartita sur C6, bilatérale; présence d'os wormiens lambdatiques en nombre très élevé; anomalie transitionnelle thoraco-lombaire: aspect lombalisé de la vertèbre T12, atrophie des dernières côtes; apophyses styloïdes asymétriques (celle du côté droit est soudée avec le cératohyal).

### Examen paléopathologique

1. *Squelette subadulte*: La présence de cribra orbitalia bilatérale au niveau des voûtes orbitaires est à mentionner. Des phénomènes d'allure ostéolytiques peuvent être relevés sur quelques vertèbres lombaires et au niveau des genoux, mais le manque de lésions « positives » exclue leur différenciation de simples processus taphonomiques.

2. *Squelette adulte*: Plusieurs types d'altérations d'origine pathologique ont été relevés.

a) Traumatismes:

a1) L'humérus gauche présente une fracture médio-diaphysaire, consolidée par la production d'un cal exhubérant, sans glissement des fragments et sans raccourcissement de l'humérus.

a2) La 2ème côte droite présente une fracture consolidée.

a3) Lésions traumatiques de la région orbitaire: deux blessures rectilignes cicatrisées caractérisent l'apophyse orbitaire externe et l'arcade orbitaire gauche (Fig. 2). Les directions des deux lésions sont nettement différentes (un angle de 15 à 20 degrés peut être estimé). Un fragment de l'arcade orbitaire a été décollé et nécrosé par suite des chocs. Une lésion arrondie est visible sur la voûte orbitaire frontale, sous la forme d'un orifice (9 mm×7 mm à bord lisse perforant la voûte et ouvrant le sinus frontal (Fig. 3). La quatrième altération pathologique de l'orbite gauche se manifeste par un enfoncement (18 mm×25 mm×9 mm) au niveau des os planum et lacrymal, accompagné par des aires nécrotiques.



Fig. 2: Lésions traumatiques de l'apophyse orbitaire externe et l'arcade orbitaire gauche (x 2,2).

b) Néoproduction anormale:

Une excroissance osseuse de dimensions  $10 \times 6 \times 5$  mm, évoquant un ostéome bénin est présent à la face interne de la mandibule, au dessous de la troisième molaire gauche, à la ligne mylo-hyoïdienne.

c) Pathologie dentaire et alvéolaire:

Une résorption alvéolaire de fort degré et la fréquence élevée de caries dentaires (8 des 20 dents sont atteintes (40%); le reste est perdu ante mortem), caractérisent la région alvéolaire. Deux abcès alvéolaires (associés aux caries) sont à mentionner.



Fig. 3: Perforation de la voûte orbitaire et destructions des os planum et lacrymal (x 1,2).

## d) Arthropathies:

Des signes d'ostéochondrose vertébrale (discarthrose) sont relevés au niveau des segments C5 à C6 et L2 à L4; des discopathies sous forme d'empreintes de Schmorl évoluées sont visibles au niveau des vertèbres de T3 à L1. Une arthrose interapophysaire unilatérale caractérise le segment C3 à C4. Les vertèbres T12 et L1 sont touchées par une arthrose inter-épineuse (syndrome de Bastrup).

## e) Pathologie para-articulaire:

Les faces postérieures des astragales présentent une asymétrie très nette. Il s'agit d'un remaniement des tubercules postéro-externes: séparation de l'os trigonum à gauche, forme pseudarthrosique de l'os trigonum à droite (Fig. 4).

### Conclusions

Bien que le volume de cette article ne nous permette pas de présenter une analyse anthropologique détaillée et la discussion complète des lésions mentionnées, l'importance de quelques observations particulièrement intéressantes nous oblige à consacrer un paragraphe à leur interprétation.

La présence de la même malformation congénitale et des deux variations anatomiques quasiment identiques suggèrent la possibilité d'un lien familial de ces deux individus. Ce lien de parenté pourrait expliquer l'exhumation du squelette de l'enfant et son enterrement avec le squelette adulte.

Les lésions pathologiques du sujet adulte ont plus de valeur diagnostique que celles de l'enfant. Dans le cas des fractures, la localisation suggère des origines différentes. la consolidation de la fracture de l'humérus est parfaite et sans rétrécissement fonctionnel du bras gauche d'après sa robustesse et des insertions musculaires très marquées du squelette de l'avant-bras.

Les lésions traumatiques de l'orbite gauche doivent être particulièrement soulignées. Les incisions linéaires sur l'arcade orbitaire gauche seraient dues aux chocs d'une lame mince (DASTUGUE et GERVAIS, 1992). La perforation de la voûte



Fig. 4: « Syndrome de la queue de l'astragale ». Séparation de l'os trigonum à gauche, forme pseudarthrosique à droite.

orbitaire peut être liée au même traumatisme fracturant également la voûte frontale. La dépression et la nécrose des os planum et lacrymal s'expliqueraient par leur fracture provoquée par un objet traversant la cavité orbitaire; dans ce cas la perte de la vue de l'œil gauche est probable. Ni l'examen macroscopique, ni l'analyse radiologique ne nous ont permis de découvrir l'origine précise de ces lésions. Nous ne pouvons que conclure qu'il s'agit des conséquences d'une blessure (ou plusieurs) vraisemblablement provoquée par une arme et que l'individu a survécu à traumatisme. Ce sont d'ailleurs ces sinus frontaux très larges (et l'arcade sourcilière très développée) qui lui ont « sauvé la vie »: le traumatisme n'a pas pu perforer la bosse orbitaire.

Dans le groupe des arthropathies dégénératives du rachis, le syndrome de Bastrup suggère une hyperlordose (SIMON, 1989), mais la vertèbre T12, dont on note l'aspect transitionnel, pourrait également avoir été à l'origine de ce syndrome. Les altérations observées sur les faces postérieures des astragales révèlent un syndrome exostosant postérieur ou « syndrome de la queue de l'astragale » (DANOWSKI et CHANUSSOT, 1991). Ce syndrome d'hypersollicitation postérieure est lié à l'impact répété des tubercules postérieurs de l'astragale contre le rebord postérieur du tibia lors des flexions plantaires forcées. Ces lésions, comme les impacts d'autres microtraumatismes sur le squelette, encore peu reconnues par la paléopathologie peuvent nous livrer certaines informations fonctionnelles (DUTOUR, 1992). Aujourd'hui, ce syndrome est reconnu comme microtraumatisme sportif, fréquent entre autres chez les coureurs (CLAUSTRE, 1987); chez notre sujet provenant de l'Antiquité Tardive le rôle de la course aurait pu également jouer un rôle important dans l'étiopathogénie des lésions observées.

### Remerciement

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une bourse de la Fondation Fyssen.

### Références

- CLAUSTRE, J. (1987): Syndromes d'hypersollicitation para-articulaires du pied. In: J. RODINEAU et L. SIMON (éd.): Microtraumatologie du sport. — Masson, Paris. 91—95.
- DANOWSKI, R. et CHANUSSOT, J.-C. (1991): Traumatologie du sport. — Masson, Paris. 256—262.
- DASTUGUE, J. et GERVAIS, V. (1992): Paléopathologie du squelette humain. — Boubée, Paris, 77—83.
- DUTOUR, O. (1992): Les marqueurs d'activités sur l'os humain fossile. Une tracéologie paléoanthropologique? — In: Tracéologie et fonction, le geste retrouvé, Coll. Intern. de Liège, 1992, Editions ERAUL.
- SIMON, L. (1989): Rhumatologie. — Masson, Paris. 429—430.