

LA RACE DE FURFOOZ : SON ÂGE, SA PATHOLOGIE

par

P. JANSSENS

En 1865, Edouard Dupont a fouillé une série de grottes dans la vallée de la Lesse (6, 9). Dans l'une d'elles, il trouva un os frontal. De ce fait il nomma cette grotte le « Trou du Frontal ». En outre il y découvrit dans le fond une espèce de niche, contenant un tas d'ossements humains sans le moindre rapport anatomique mutuel, exception faite pour un cubitus et un radius. Ils furent d'abord examinés par Van Beneden et Prüner-Bey et plus tard par A. De Quatrefages et E. Hamy (5). Devant et près de la caverne on retrouva une grande dalle plate qui, sans aucun doute, a servi de fermeture à la caverne sépulcrale. Dans la couche 2, on retrouva non seulement des ossements humains mais aussi des outils de silex et en corne (7, 8). Les silex furent en rapport direct avec les ossements et reconnus par De Mortillet comme provenant des ateliers de Grand-Pressigny. La faune était représentée par de nombreux spécimens. On y nota aussi le cheval et le renne, ce qui permit de croire que ces ossements eurent appartenu à des représentants de la race de Cro-Magnon, qui y auraient vécu vers la fin du Paléolithique. Cette hypothèse fut acceptée par d'autres auteurs et c'est ainsi que De Quatrefages et Hamy ont traité de ces ossements dans la rubrique consacrée à la race de Cro-Magnon, dans leur étude *Crania Ethnica*. En vérité les outils, dont Dupont parle, peuvent d'ailleurs être attribués au Paléolithique (8). Il est curieux que dans la caverne sépulcrale, on ait aussi trouvé des tessons d'un vase à bosses perforées. Et c'est là le point névralgique de cette question : chronologiquement les tessons n'appartiennent pas

aux périodes paléolithiques, mais ils y furent introduits pendant la période néolithique. Ainsi la grotte sépulcrale de Furfooz est actuellement attribuée au Néolithique ancien (13).

Dupont était d'avis que l'entassement de tant d'ossements dans une si petite cavité, n'était pas la conséquence d'un seul enterrement en masse d'individus, mais bien d'inhumations successives dans le courant des années. Cette superposition de morts serait la cause du mélange des ossements de ces cadavres. L'inhumation de ces néolithiques dans des couches paléolithiques a été la cause de la confusion de Dupont.

Pendant l'examen des ossements, Dupont avait remarqué certaines déficiences qu'il tenait pour des coups et des entailles, tandis que d'autres auraient montré des traces de feu, et il en déduisit que la race de Furfooz pratiqua le cannibalisme.

Les ossements sont assez bien conservés. Plusieurs sont incrustés dans un dépôt stalagmitique. La couleur varie d'un blanc d'ivoire à un brun jaunâtre, avec ça et là une tache brune ou noire. Pourtant toute trace provenant du feu manque et aucun des os n'est calciné. Sur les ossements nous remarquons les lésions, considérées par Dupont comme « coup » ou « entailles ». Quelques enfoncements se trouvent sur la face ventrale de la fosse iliaque. Une de ces lésions de 2 cm² a enfoncé la masse compacte de l'os jusque dans la masse spongieuse. Dans un autre cas, la lésion est même perforante. Les bords de la lésion n'accusent aucun signe de guérison ou d'infection. C'est une lésion factice *post mortem*. Nous ne pouvons pas attribuer cette lésion à un coup violent, même au moment de la mort, car l'endroit jouit d'une protection naturelle par la présence des muscles abdominaux, lombaires et le grand iliaque. Nous croyons que la lésion fut causée pendant l'inhumation d'un autre cadavre, ou bien par une pierre tombée du plafond de la grotte.

Une des côtes présente une brèche large mais peu profonde, provoquée d'après le profil, par les incisives d'un petit rongeur, probablement un campagnol.

D'autres ossements présentent des incrustations coniques dont le diamètre est de 4 mm. Dans la plupart des cas on en retrouve deux, distantes de 12 mm. Les lésions, indiquées par Dupont

comme « coup », ont été causées par un carnivore, probablement un renard, et sont dues aux canines de cet animal (Fig. 1).

En ce qui concerne les « entailles », ce sont de petites rainures linéaires, produites par l'effleurement de pierres tombantes ou par le glissement de dents d'animaux. Dans ce dernier cas, nous en retrouvons deux, l'une à côté de l'autre, à une distance de quelques millimètres.

Puisque les crânes ne présentent jamais l'élargissement du trou occipital, tel qu'il a été décrit par Breuil (3), nous ne pouvons pas être d'accord avec la thèse de Dupont, prétendant que la race de Furfooz pratiqua le cannibalisme. Tous ces os qui doivent être la preuve d'un dîner soi-disant anthropophage dans la « Salle des festins », ne sont rien d'autres que le détritrus du butin de chasse de l'homme paléolithique.

Pour la description des ossements, il vaut la peine de consulter De Quatrefages et Hamy (5). Ils nous apprennent que parmi les crânes, deux seulement sont complets. Le premier est méso-

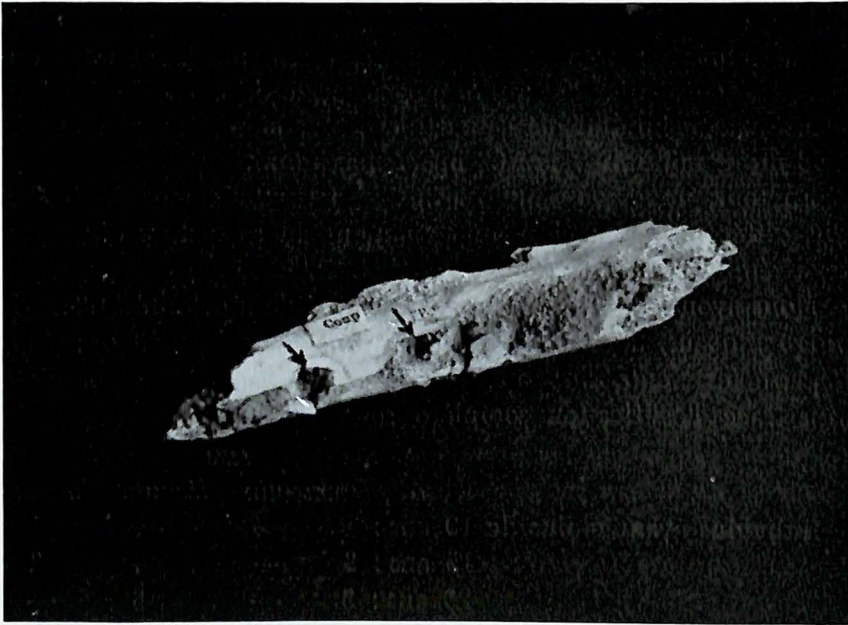


Figure 1.

crâne et orthocrâne, le second brachycrâne et hypsicrâne. Leur capacité respective revient à 1.389 et 1.493 cc.

Dupont décrit les dents comme suit (8) : « Les grosses molaires soit de lait, soit permanentes, ne portent que quatre tubercules. Il y a deux prémolaires à deux racines très effilées. Deux prémolaires supérieures uniradiculées présentent chacune deux pointes plus proéminentes que dans les autres. Trois dents de sagesse, d'un volume d'ailleurs médiocre et dont deux sont biradiculées et la troisième uniradiculée, offrent, entre les tubercules externes, un petit talon, ce qui les rapproche des molaires à cinq tubercules.

Les incisives sont toujours très petites, et, à cause du défaut d'espace, à la mâchoire inférieure surtout, elles présentent une forme presque cylindrique.

Trois canines sont d'un volume extraordinaire ; la plus grosse a une longueur de 27 mm. La forme de la couronne de ces canines a quelque chose de particulier : la pointe est toujours très émoussée et la face postérieure très bombée. La racine de ces dents présente aussi constamment une gouttière longitudinale. »

La stature est petite. Les quelques ossements longs nous ont permis de calculer la taille moyenne de la race de Furfooz d'après la technique de Dupertuis et Hadden (4) : elle atteint 1,53 m au minimum et 1,62 m au maximum.

En tout, nous avons pu reconstruire partiellement 16 individus différents, dont cinq appartiennent au sexe masculin, 7 au sexe féminin et 4 enfants.

Nous avons constaté le plus haut degré de mortalité à l'âge de vingt-cinq ans, tandis que le plus grand âge ne paraît pas avoir dépassé les trente cinq ans. Mentionnons que les os complets, sans trace d'ossification complète, sont rares :

	<i>sexe</i>		
	<i>masculin</i>	<i>féminin</i>	<i>inconnu</i>
Individus ayant moins de 10 ans :	1	—	1
15 ans :	3	—	3
20 ans :	3	3	—
25 ans :	7	4	3
30 ans :	1	1	—
35 ans :	1	1	—

Ces chiffres nous apprennent que le plus haut degré de mortalité est situé entre 20 et 30 ans. A 20 ans, la mortalité est déjà de 43,1 %. Pour les autres groupements humains nous constatons à l'âge de 20 ans une mortalité qui est de 55 % pour les Néanderthaliens (16) ; 41,5 % pour les Cro-Magnons d'Europe ; 20 % pour la période Ibéro-maurusienne ; 34,4 % pour le Mésolithique ; 50 % au Natoufien ; 75 % pour le tumulus de Saint-Urnel-en-Plomeur (fin Bronze) (10).

Les données précédentes ne nous permettent pas de conclure à une influence significative de l'évolution de la civilisation sur l'âge moyen. Tout dépend de l'état de conservation des ossements, car ceux des jeunes enfants se conservent difficilement. Les circonstances idéales de conservation à Saint-Urnel-en-Plomeur nous donnent une idée plus exacte de la mortalité énorme durant les périodes pré- et protohistoriques.

Des pièces pathologiques, nous voulons d'abord décrire une mandibule (Fig. 2) à laquelle manque seulement le condyle droit. C'est une mandibule forte et rude d'homme de trente

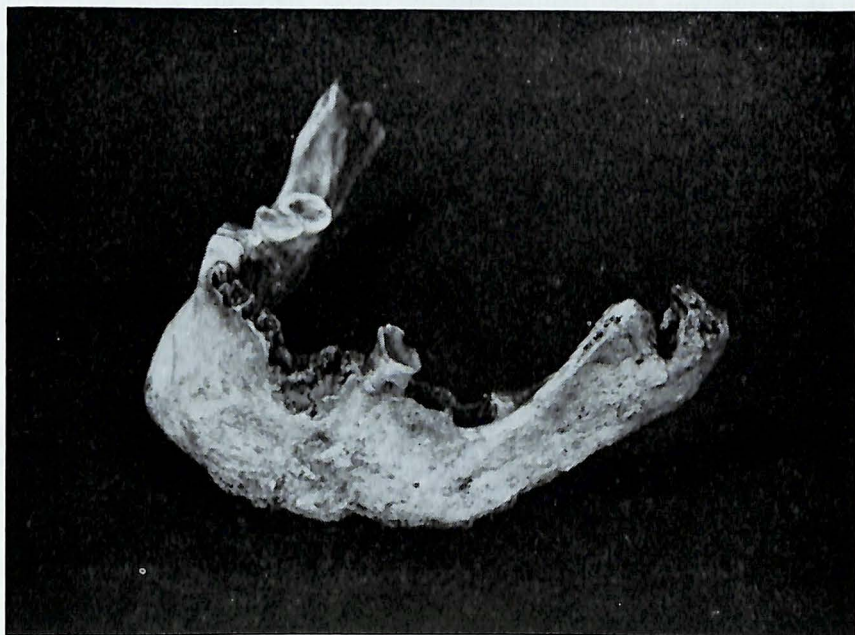


Figure 2.

ans au moins. Les dents sont très usées. A gauche, seule M.1 est en place tandis que les alvéoles de P.2, P.1 et C du même côté sont déjà partiellement oblitérées. En dessous de P.1 on distingue une dépression semi-circulaire. Les bords autour de la canine sont très érodés. La région est rugueuse à partir de I.1 à gauche et comprend le corps entier. Le trou mentonnier a disparu. Ce processus a progressé et entamé toute la branche montante. Il y a une déformation considérable avec aplatissement du condyle. Celui-ci s'est incliné vers le condyle du côté opposé. La disparition du bord au-dessus de la ligne oblique est probablement artificielle.

Il s'agit d'un cas d'ostéite guérie du maxillaire inférieur et dont l'origine est une affection alvéolaire (pyorrhée). Il n'y a pas fistulisation. La courbure du condyle indique une décalcification prononcée. Cette lésion, qui aura duré des mois entiers, aura causé des douleurs atroces. La guérison aura été obtenue avec une restriction sérieuse de la mastication.

L'examen radiologique de la branche nous montre des zones de raréfaction et de condensation. A la hauteur de P. 2 à gauche on voit une image lacunaire avec un séquestre rond, suite de l'abcès périacipal.

Une partie de la calotte crânienne nous montre à la hauteur de l'os frontal dans la ligne temporale, une exostose, dont la direction est dorso-caudale. Cette exostose de 3 mm se retire des deux côtés dans la ligne temporale. Nous pouvons accepter cette excroissance comme une forme d'une myosite ossifiante du muscle temporal. La radiographie nous montre que la partie saillante est due à un processus proliférant du périoste, ce qui prouve qu'il s'agit bien d'une exostose. La formation tumorale ne montre aucune corrélation avec les petites tumeurs en forme de « goutte de cire » et qui se décollent facilement, mettant à nu l'os sous-jacent intact. Ces tumeurs sont une forme de périostite traumatique (12).

Le grand nombre de côtes — 224 complètes et plus de cent fragments — ne nous a pas révélé d'anomalies attribuables à l'avitaminose D ou au rachitisme, ce qui confirme l'examen des dents, auxquelles toute trace dans le sens de « signe de Hutchinson » manque complètement. Nous savons que le Paléolithique

n'a jamais connu la carence de vitamine D. Elle apparaît seulement à partir du Néolithique avec l'agriculture. Nous en déduisons que la race de Furfooz était, avant tout, une tribu vivant de la chasse. C'est aux côtes que Dupont a surtout trouvé des « entailles » et des « coups ».

Du point de vue vraiment pathologique, nous voulons présenter une côte gauche avec une excroissance en forme de champignon à la hauteur du collet, directement derrière le tubercule. Les études macroscopique et radiographique prouvent qu'il s'agit d'un ostéome. On voit que la tumeur part de l'os et qu'elle en prend même la structure.

Une quatrième côte de gauche présente une irrégularité rugueuse à partir de l'angle jusqu'à la tête incluse, cette dernière étant malheureusement cassée. La face articulaire du tubercule a disparu. Sur le bord cranial s'est formé un tubercule plat, entouré d'un rebord, ce qui indique qu'une pression a été exercée sur l'os pendant une période que celui-ci était encore mou. Cette néo-arthrose aurait fait articulation avec une apophyse transverse de la vertèbre subjacente. Pour déterminer ce stade, la vertèbre correspondante aurait dû être éliminée par un processus de carie. La restitution nous pousse à croire à une infection lente. Il s'agit probablement ici d'une ostéite banale, bien qu'il ne faille pas exclure la maladie de Pott (tuberculose vertébrale) car dans un procès pareil, le corps vertébral est la partie prédominante de la nécrose. Des lésions analogues d'une vertèbre s'articulant sur cette côte n'ont pas été retrouvées.

La radiographie nous montre l'os aux contours irréguliers. Les lamelles osseuses, par une structure irrégulière, ont formé une corticale épaisse, qui est l'image d'une ostéite guérie.

Parmi les 25 cubitus, dont 12 gauches et 13 droits, nous avons observé sur quatre de ces os, un traumatisme assez curieux : non seulement la lésion se présentait fréquemment, mais encore par le siège. Deux cubitus droits et deux gauches, nous présentent un épaississement au tiers distal de la diaphyse. Il s'agit d'un cal d'une fracture bien consolidée. Cette lésion n'a jamais été constatée aux radius correspondants : pourtant nous devons tenir compte du fait que seulement 14 radius ont été retrouvés (Fig. 3).



1 4 2 3

Figure 3.

Au sujet des fractures la radiographie nous apprend (Fig. 4) :

Cubitus I gauche : l'os compact présente, à la hauteur de l'endoste, une déposition irrégulière des lamelles osseuses.

Cubitus II gauche : la partie distale du canal médullaire est anguleuse. Pourtant la consolidation est parfaite.

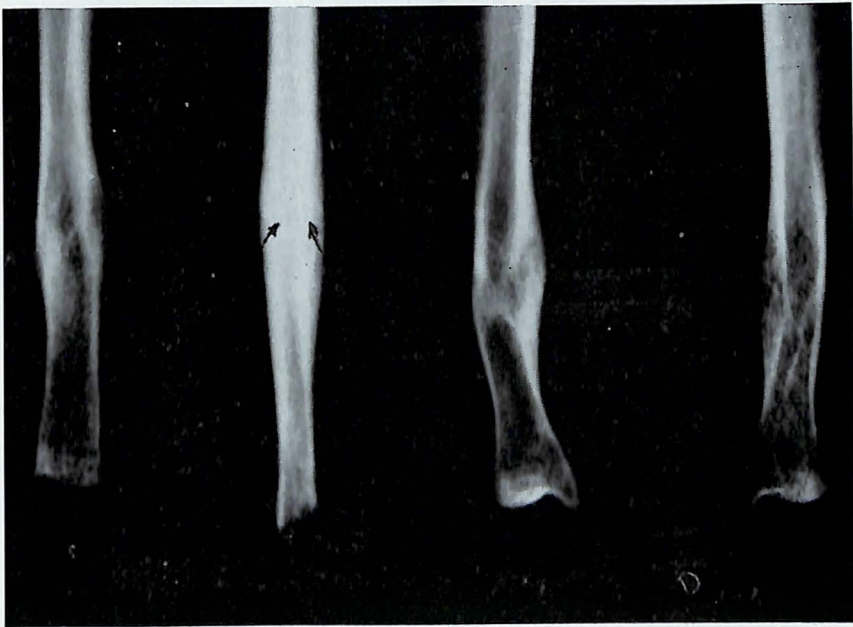
Cubitus III droit : le canal médullaire a été fracturé seulement du côté ulnaire : fracture « en-bois-vert ».

Cubitus IV droit : la corticale a réagi par une tuméfaction d'un seul côté : fracture « en-bois-vert ». Dix centimètres plus

proximale, on remarque une rugosité, due à une périostite traumatique.

Nous trouvons que cette fracture jette une lumière nouvelle sur le mode de vie de certaines populations pré- ou proto-historiques. De façon générale les peuples néolithiques passent pour avoir été des paysans pacifiques. Nous pensons pouvoir prouver le contraire.

A Furfooz, la fracture se trouvait toujours perpendiculaire à la diaphyse, ce qui prouve une action traumatisante directe. En plus, cette action traumatisante se remarque toujours à la face latérale (ulnaire, dans ce cas-ci) de l'os. Mais les fractures du cubitus, et surtout les fractures isolées de cet os, sont exceptionnelles lorsqu'il s'agit de fractures causées indirectement par une chute. Dans ce cas, c'est une fracture du radius qui domine l'état traumatique, comme dans la fracture classique de Pouteau-Colles. Si le cubitus est engagé dans la fracture, l'apophyse styloïde sera arrachée. Il s'agit donc d'une fracture, causée en



1

4

2

3

Figure 4.

parant un coup pendant un combat, le bras levé. Cette fracture mérite le nom de « fracture de défense du cubitus ». Nous avons pu observer une lésion analogue au bras gauche d'un Gallo-Romain trouvé à Tongres (iv^e siècle). Dans la littérature, nous retrouvons plusieurs de ces fractures : L. Barrel (1) en décrit une dans son étude des hommes de la grotte Bianchi (Néo-énéolithique) sur les cinq cubitus étudiés : « Le n° 4 porte un cal de réparation de fracture au niveau des 3/5 inférieurs avec légère angulation de la diaphyse. La partie inférieure de l'os est très affaiblie ». Il n'existe pas de fracture du radius correspondant. Trois autres cas ont été signalés par Ch. Morel fils (15). Il s'agit de cubitus provenant de la région des Grands Causses, (ossuaire des Treilles, énéolithique). Plus frappant encore est celle, mentionnée par Rouillon (17) : ici ce n'est pas seulement le cal qui tire notre attention, mais aussi les signes d'ostéite. Il pourrait s'agir d'une fracture ouverte, infectée secondairement, après qu'elle fût causée par une arme tranchante telle une hache ou une épée. Houzé (11) la rapporte chez les Néolithiques de Sclaigneaux : mais ici il n'y eut pas réduction, de façon que les deux extrémités de l'os formèrent un angle obtus. Ces deux bouts ont été soudés par un cal énorme qui, en même temps, a enclavé le radius, aboutissant à l'ankylose complète de l'avant-bras. Et pourtant l'auteur stipule qu'il n'a pas trouvé de lésions traumatiques spéciales qui pourraient prouver que ces Néolithiques seraient un peuple belliqueux.

Mentionnons enfin qu'une phalange du gros orteil présente des ostéophytes typiques d'un rhumatisme chronique. D'autres lésions d'arthrose n'ont pas été constatées, ce qui s'explique par le jeune âge de tous les individus trouvés.

En conclusion : l'étude des ossements nous a appris que la pathologie de la race de Furfooz suit la ligne générale de la paléopathologie. Syphilis et carence en vitamine D manquent totalement. Les tumeurs osseuses sont seulement représentées par des exostoses et des ostéomes. Les traumatismes sont les plus fréquents. Comme processus infectieux nous avons seulement trouvé deux cas. Le facteur pathogène en est inconnu, quoique, dans le premier cas, il s'agisse d'une infection banale à la suite d'une pyorrhée et non d'une carie dentaire, affection qu'on ne

constate point en ce temps-là. Dans le second cas, le bacille de Koch a pu être l'agent pathologique, mais il nous est impossible de le prouver. Pourtant Bartels (2) a décrit un sujet néolithique, atteint de la maladie de Pott. La paléopathologie nous apprend d'ailleurs que la tuberculose a seulement fait son entrée dans la pathologie après le Paléolithique.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARRAL, L. 1956. Les Hommes de la Grotte Bianchi (A.-M.). *Bull. Mus. Anthropol. Préh. Monaco*, N° 3, p. 221.
2. BARTELS, Paul. 1907. Tuberculose (Wirbelcaries) in der jüngeren Steinzeit. *Arch. f. Anthropol.* N. F. 6, 243-55.
3. BREUIL, H. et LANTIER, R. 1951. *Les Hommes de la Pierre Ancienne*. Payot, Paris.
4. CORNWALL, I. W. 1956. *Bones for the Archaeologist*. Phoenix House, Ltd. London.
5. DE QUATREFAGES, A. et HAMY, E. T. 1882. *Crania ethnica*. Les crânes des Races Humaines. Paris, Lib. J.-B. Baillière et Fils.
6. DUPONT, Edouard. 1865. Notice sur les fouilles scientifiques exécutées dans les cavernes de Furfooz (Prov. de Namur). *Bull. Acad. Roy. de Belgique*. 2^e série, T. XX, p. 244.
7. IDEM. 1865. Etude sur les cavernes des bords de la Lesse et de la Meuse, explorées jusqu'au mois d'octobre 1865. *Bull. Acad. Roy. de Belgique*. 2^e série, T. XX, p. 824.
8. IDEM. 1867. Etude sur l'ethnographie de l'Homme de l'âge du Renne. Mémoires in-8°. *Acad. Roy. de Belg.* T. XIX, p. 3.
9. IDEM. 1872. *L'Homme pendant les âges de la pierre dans les environs de Dinant-sur-Meuse*. Paris, J.-B. Baillière et Fils.
10. GIOT, P. H. et COGNE, J. 1951. La nécropole de Saint-Urnel-en-Plomeur Fouilles de 1946-1950. *Gallia*. T. IX.
11. HOUZÉ, H. 1903. Les Néolithiques de la province de Namur. *Comptes rendus du Congrès d'Archéologie et d'Histoire*. Dinant.
12. LE BARON, Jules. 1881. *Lésions osseuses de l'homme préhistorique en France et en Algérie*. Paris, Alphonse Derenne.
13. MARIËN, M. E. 1952. *Oud-België*. De Sikkel, Antwerpen.
14. MOODIE, L. R. 1923. *Paleopathology. An introduction to the study of ancient evidence of disease*. University of Illinois Press. Urbana, Illinois.
15. MOREL, Charles (fils). 1951. *La médecine et la chirurgie osseuses aux temps préhistoriques dans la région des Grands Causses*. La Nef de Paris.
16. PALES, Léon. 1929. *Paléopathologie et Pathologie comparative*. Masson. Paris.
17. ROUILLON, A. 1923. *Lésions osseuses préhistoriques de la Vendée*. Angers.
18. VALLOIS, Henri. 1957. La durée de la vie chez l'homme fossile. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, Tome 204, n° 1, 1957, 60-62.