

# TEMPS MODERNES

Namur/Bouge : étude anthropologique d'un squelette inhumé à la rue de la Poteresse

Hélène DÉOM et Michel SIEBRAND

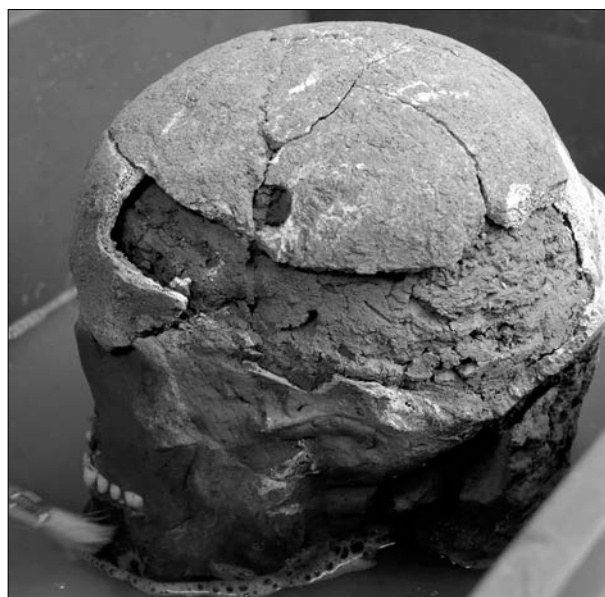
De juillet à novembre 2012, le Service de l'archéologie de la Direction extérieure de Namur (DGO4 / Département du patrimoine) a réalisé un diagnostic et une fouille préventive dans une parcelle (3,5 ha) destinée à être bâtie par la société Matexi (Siebrand & Collette, 2014). Situé à quelques centaines de mètres du centre du hameau, le site a révélé la présence de plusieurs occupations remontant à la fin de l'Âge du Bronze, aux 12<sup>e</sup>-13<sup>e</sup> siècles ainsi qu'aux 15<sup>e</sup>-17<sup>e</sup> siècles. Cette période était matérialisée par une soixantaine de foyers liés à plusieurs bivouacs militaires successifs ainsi que par une sépulture. Malgré l'imprécision de la datation de celle-ci par <sup>14</sup>C (1460, 1573 ou 1640), elle pourrait être liée à l'un des bivouacs mis au jour voire même contemporaine de la mort de don Juan d'Autriche, en 1578. Le fils de Charles Quint est en effet décédé dans l'une des fermes toutes proches, des suites d'une maladie infectieuse (typhus ou peste).



Bouge, rue de la Poteresse : sépulture en cours de dégagement.

## Données de terrain

À ce jour, la tombe semble isolée. L'individu a été inhumé en décubitus dorsal, dans une fosse ovale (1,70 m de long pour 0,60 m de large), en pleine terre, orienté nord-est/sud-ouest. Le creusement de la tombe et la position du défunt observés in situ suggèrent que l'ensevelissement a été rapide. Le fond de la tombe était concave. Les extrémités du corps (tête et jambes) étaient moins profondément enfouies que le bassin. Les avant-bras étaient repliés et décalés vers la droite par rapport à l'axe du corps. La tête était tournée dans la même direction. Les os longs furent mesurés in situ (humérus : 30 cm, radius : 25 cm, ulna : 25 cm). D'après ces observations, le corps aurait glissé sur le côté droit lors de l'inhumation. La disposition des ossements indique que le mort s'est décomposé dans un espace colmaté, résultant d'un contenant souple. Un élément de parure, probablement une boucle de ceinture, a été retrouvé au niveau du bassin, ce qui laisse penser que le défunt a été enterré vêtu de son pantalon. Aucune trace de cercueil (clou ou planche) n'a été mise au jour. Quant au squelette, une perforation circulaire a été observée, lors de la fouille, à l'avant du pariétal gauche du crâne suggérant un impact de balle *ante mortem* ou *peri mortem*.



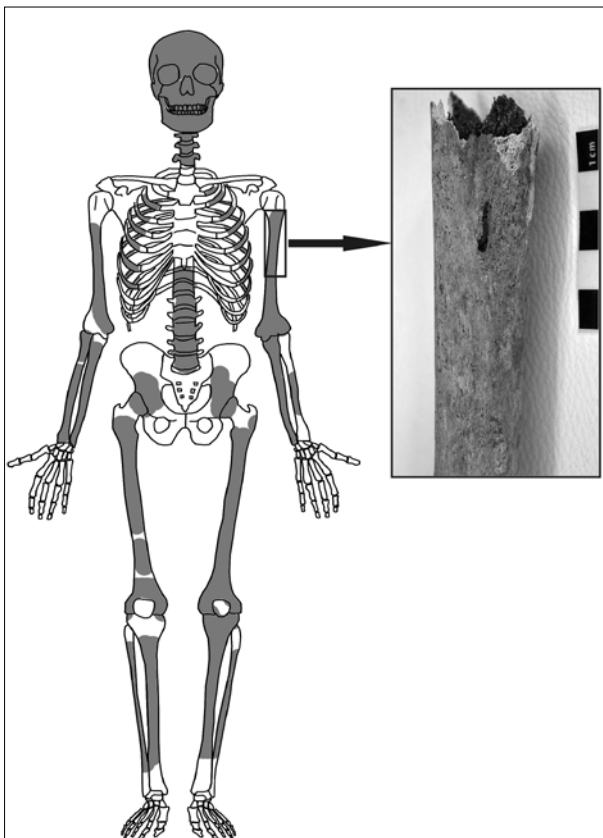
Localisation du traumatisme crânien (photo O. Gilgean, Serv. archéologie, Dir. ext. Namur).

## Étude en laboratoire

Outre les observations susmentionnées et la mesure des os longs in situ, le squelette mis au jour a fait l'objet d'une minutieuse analyse macroscopique. L'état « moyen » de conservation des restes humains ( $\pm 42\%$ ), le degré de fragmentation plutôt élevé et l'érosion importante de la surface osseuse ont limité l'étude anthropologique. Ainsi, l'analyse n'a pu mettre en évidence les causes réelles de la perforation du crâne. Seules des traces taphonomiques ont été repérées sur le crâne.

D'après les dimensions observées et les marqueurs musculaires plutôt robustes, le défunt serait un homme, âgé d'environ 25 à 35 ans, mesurant approximativement 1,70 m (White & Folkens, 2005). La présence d'un tubercule dental sur les incisives propose une origine européenne (Hanihara & Ishida, 2001<sup>a</sup>; 2001<sup>b</sup>).

L'hygiène dentaire du défunt est caractérisée par une usure légère et une carie sévère de la deuxième molaire supérieure gauche ( $M^{2G}$ ). La première molaire inférieure droite ( $M_{1D}$ ) a été perdue *ante mortem*, probablement suite à l'action d'une autre carie. La présence de caries suggère un régime alimentaire composé notamment de céréales et d'autres glucides (Polet & Orban, 2001).



Diaphyse de l'humérus gauche, vue antérieure du segment proximal.

Quant aux pathologies observées, des blessures des tissus mous ont été identifiées au niveau de l'humérus gauche et sur les fibulas (ou péronés). Certains os présentent aussi des traces d'infections non spécifiques de type ostéomyélite et ostéite (Ea *et al.*, 2007), peut-être en lien avec les blessures. Ces observations impliquent que le sujet avait probablement des douleurs, au moins dans le bras gauche, des maux de tête fréquents, voire de la fièvre.

## Paléopathologie : explications et diagnostic de l'individu

Les maladies infectieuses laissent rarement des traces sur les os. Souvent, elles affectent la morphologie osseuse à un stade vraiment avancé. Dans ce cas, elles se présentent sous la forme non spécifique de périostite, d'ostéomyélite ou d'ostéite. Les infections « spécifiques » (tuberculose, lèpre, syphilis), quant à elles, sont repérées par des indices plus typiques comme l'atteinte vertébrale, les abcès, la déformation rhino-maxillaire, l'ostéolyse des phalanges, les lésions ectocrâniennes, etc. Ce sont des microbes comme les staphylocoques (bactéries) qui causent la plupart des infections osseuses non spécifiques, affectant généralement les diaphyses des os longs d'adultes ou les métaphyses des os longs en période de croissance (Polet, 2011). La reconnaissance de lésions infectieuses peut se faire macroscopiquement, radiologiquement, histologiquement, au microscope ou en séquençage ADN (Polet, 2011). Cependant, le tissu osseux doit être suffisamment préservé pour l'usage de ces méthodes, ce qui n'est malheureusement pas le cas ici. En effet, le mauvais état de conservation – notamment l'absence de vertèbres – a réduit le degré de certitude de détermination des affections pathologiques. Néanmoins, la présence d'ostéite et d'ostéomyélite peut correspondre à une autre maladie infectieuse ayant affecté l'individu, voire causé sa mort. Quelques infections possibles ont été investiguées.

Ainsi, le typhus est une maladie infectieuse bactérienne (bactéries rickettsies) contagieuse qui se développe dans des conditions sanitaires médiocres (bateaux, armées en campagne jusqu'au 20<sup>e</sup> siècle, prisons, camps de réfugiés, etc.). Les symptômes les plus fréquents sont une forte fièvre, des maux de tête et un état d'hébétéude. Toutefois, cette infection affecte peu le squelette (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 1998, p. 246).

Souvent confondue avec le typhus, la fièvre typhoïde présente les mêmes symptômes mais constitue une maladie totalement différente car elle se développe avec les bactéries *Salmonella*. Cette infection affecte la zone gastro-intestinale et laisse des traces sur les os longs, les

côtes ainsi que la colonne vertébrale. Le tibia se trouve souvent affecté d'abcès dans le périoste tandis que les côtes et vertèbres lombaires montrent des érosions, pontages osseux en marge des corps et scléroses réactives péri-focales (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 1998, p. 191). Contrairement à l'hypothèse du typhus qui n'est pas vérifiable macroscopiquement, celle de la fièvre typhoïde est tout à fait plausible au vu des lésions osseuses remarquées. Malheureusement, les vertèbres de l'individu étudié ne sont presque pas préservées et les côtes ne montrent aucune lésion particulière. Seule la diaphyse humérale gauche présente ce qui pourrait se rapprocher d'un abcès périostéal ; une radiographie de cet humérus pourrait peut-être le confirmer.

La peste, quant à elle, est une infection bactérienne (bactéries *Yersinia*) contagieuse qui peut prendre plusieurs formes (septicémique, bubonique, pneumonique). Elle affecte le plus souvent les voies respiratoires et résulte en des aires d'hémorragie multiples. Quelques lésions osseuses peuvent être observées au niveau des côtes et des vertèbres mais elles sont généralement diagnostiquées sur base d'études biomoléculaires, bactériologiques ou immunologiques. Des vagues de peste sont connues aux 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> siècles en Europe (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 1998, p. 195-196). Comme le squelette étudié pourrait remonter à cette période, il n'est pas impossible qu'il soit décédé de cette maladie. En raison de l'absence des vertèbres et de l'apparence normale des fragments de côtes préservés, il n'est pas possible de savoir si les voies respiratoires avaient été affectées. Il est donc probable que le défunt retrouvé à Bouge soit mort de la fièvre typhoïde.

Quant au statut du défunt, on ignore s'il était civil ou militaire. L'état de préservation général des os a restreint les possibilités d'identifier les indices osseux liés à une activité particulière. L'absence de vertèbres et des os des pieds empêche la déduction d'une occupation traumatisante typique d'une activité particulière comme, par exemple, celle d'un militaire. Aucun élément particulier n'a été observé sur les dents ou les articulations osseuses. Les infections développées par le sujet ne sont pas plus discriminantes. Elles peuvent être dues à des blessures des tissus mous (non ou mal désinfectées) subies aussi bien par un civil qu'un militaire. La blessure du bras gauche pourrait être liée à une action intentionnelle et violente tandis que les lésions des jambes résulteraient peut-être d'un accident.

## Conclusion

Malgré les questions encore sans réponse, on peut dire que l'individu retrouvé à Bouge devait être un homme d'environ 30 ans, de type européen, d'environ

1,70 m, à la morphologie plutôt robuste. Il était atteint d'infections osseuses non spécifiques de type ostéomyélite et ostéite. Les caries et traces d'abcès dentaires seraient le signe d'une mauvaise hygiène de vie. Blessé à différents endroits, notamment au bras gauche, il serait décédé des suites de l'infection de ses plaies (peut-être de la fièvre typhoïde), entre la seconde moitié du 15<sup>e</sup> siècle et la première moitié du 17<sup>e</sup> siècle.

## Bibliographie

- AUFDERHEIDE A.C. & RODRÍGUEZ-MARTÍN C., 1998. *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*, Cambridge.
- EA H.K., ZELLER V., LHOTELLIER L., ZIZA J.M., MAMOUDY P. & DESPLACES N., 2007. Pathologie infectieuse. Ostéite chronique de l'adulte. Diagnostic et prise en charge, *Antibiotiques*, 9, p. 120-129.
- HANIHARA T. & ISHIDA H., 2001<sup>a</sup>. Frequency variations of discrete cranial traits in major human populations. III. Hyperostotic variations, *Journal of Anatomy*, 199, p. 251-272.
- HANIHARA T. & ISHIDA H., 2001<sup>b</sup>. Frequency variations of discrete cranial traits in major human populations. IV. Vessel and nerve related variations, *Journal of Anatomy*, 199, p. 273-287.
- POLET C., 2011. Pathologies traumatiques et infectieuses observées sur le squelette. In : BEAUTHIER J.-P., *Traité de médecine légale*, 2<sup>e</sup> éd., Bruxelles, p. 481-519.
- POLET C. & ORBAN R., 2001. *Les dents et les ossements humains : que mangeait-on au Moyen Âge ?*, Turnhout (Typologie des sources du Moyen Âge occidental, 84).
- SIEBRAND M. & COLLETTE O., 2014. Namur/Bouge : occupation de Hallstatt et bivouacs des Temps modernes, *Chronique de l'Archéologie wallonne*, 21, p. 274-277.
- WHITE T. & FOLKENS P., 2005. *The Human Bone Manual*, Londres.