



VIII CONGRESO NACIONAL DE
HISTORIA DE LA MEDICINA

Murcia-Cartagena, 18-21 Diciembre 1986

Resúmenes de las Comunicaciones

La Olmeda
Pedro, a 6 Voz (Palencia)

125. ESTUDIO PALEOPATOLOGICO PRELIMINAR DE LA NECROPOLIS MEDIEVAL DE "LA OLMEDA" (PEDROSA DE LA VEGA, PALENCIA)

CAMPILLO, Domingo; TURBON, Daniel; HERNANDEZ, Miguel
Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Barcelona

Coincidiendo con los criterios expuestos por Adain Cockburn (+) en 1980, en la apertura del "III European Meeting" de la Paleopathology Association, hemos procurado iniciar un estudio sistemático de cuantos yacimientos arqueológicos nos ha sido posible, para intentar conseguir una sistematización de los procesos patológicos presentes en los distintos períodos, evitando que la Paleopatología se convierta en una simple exposición de los "casos curiosos". Por esta razón, nos parece que la necrópolis medieval de La Olmeda (siglos VII al XIII), con un mínimo de 233 inhumaciones, ofrece amplias posibilidades. Como el estudio precisa de un amplio margen de tiempo, en una primera fase nos hemos limitado a aquellos individuos con patología craneal, para en una segunda fase estudiar el resto y hemos incluido la patología dental así como un estudio demográfico.

ESTUDIO PALEOPATOLOGICO PRELIMINAR DE LA NECROPOLIS MEDIEVAL DE "LA OLMEDA" (PEDROSA DE LA VEGA, PALENCIA).

por

Domingo CAMPILLO*, Daniel TURBÓN** y Miguel HERNANDEZ**

INTRODUCCION

En las inmediaciones de Pedrosa de la Vega, cerca de Saldaña (Palencia) se han descubierto restos de dos villas romanas correspondientes a los siglos I al III d.C. la más antigua y al siglo IV la más moderna, esta última mejor conservada y con magníficos mosaicos. Superpuesta a la primera hay una necrópolis medieval cuya datación está comprendida entre los siglos VII al XIII d.C., si bien la mayoría de objetos indican Alta Edad Media. En el transcurso de las campañas de excavación de 1982 y 1983, en un sector de la necrópolis, se obtuvo una muestra de individuos de cuya patología craneal es un avance preliminar la presente comunicación.

Sobre un total de restos asignados a 239 individuos se han identificado 177 adultos, 21 juveniles y 40 infantiles (un subadulto no ha podido ser clasificado). Sin embargo, esta distribución es provisional ya que aún no se ha completado el estudio de la necrópolis. En el cuadro nº1 figura la distribución por clases de edad y sexos de los restos craneales conservados de individuos adultos.

ESTUDIO PALEOPATOLOGICO

Como hemos apuntado antes, en este estudio nos limitamos a la patología craneal, dejando la del esqueleto postcraneal para cuando se realice el estudio definitivo de esta necrópolis.

* Universidad Autónoma de Barcelona y Museo Arqueológico de Barcelona.

** Universidad de Barcelona, Departamento de Antropología Biológica.

PALEOESTOMATOPATOLOGIA

La patología dentaria se ha estudiado solamente en los adultos. En el cuadro nº2 se indica el número de maxilares lesionados (caries, abscesos y pérdidas dentarias *intra vitam*). Los resultados muestran un número muy elevado de bocas lesionadas, por otra parte infravalorado ya que no todos los maxilares observados conservan la totalidad de los dientes.

La incidencia de las lesiones, atendiendo al número de dientes, figura en el cuadro nº3. Respecto a las caries no se observan diferencias significativas entre ambos maxilares ($X_1^2=0.411$, P: 0.7-0.5) y tampoco las hay en cuanto a la frecuencia de piezas perdidas *intra vitam* ($X_1^2=0.039$, P: 0.9-0.8). Los abscesos son mucho menos frecuentes que las caries y pérdidas *intra vitam*. Si consideramos conjuntamente ambos maxilares, la frecuencia de las lesiones son las siguientes: 18.3% de caries respecto a dientes observados, 0.9% de abscesos respecto a alvéolos observados y 14.2% de piezas caídas *intra vitam*.

Al desglosar los resultados por sexos (cuadros nº4 y 5) se observa una mayor incidencia de caries en ambos maxilares, en la serie femenina (max. sup.: $X_1^2=8.891$, P.: 0.01-0.001; max. inf.: $X_1^2=3.771$, P: 0.10-0.05). Si se reúnen los datos de ambos maxilares, aumenta la significación ($X_1^2=11.890$, P<0.891). Sin embargo en los varones es mayor el número de piezas caídas *intra vitam* lo que podría compensar el resultado anterior si la causa hubiera sido una mayor gravedad de la caries en este sexo. Por otra parte, hubiera podido contribuir a ello la mayor esperanza de vida en los varones (cuadro nº1), hecho usual en las poblaciones antiguas de la Península Ibérica estudiadas hasta el momento (Turbón, 1984).

Las diferencias sexuales obtenidas para la edentación *intra vitam* son significativas (max. sup.: $X_1^2=3.986$, P: 0.05-0.02; max. inf.: $X_1^2=10.668$, P: 0.01-0.001; ambos maxilares conjuntamente: $X_1^2=14.011$, P<0.001).

Respecto a la incidencia de caries por tipo de dientes, el M2 es el más afectado en ambos maxilares y en ambos sexos. En cambio, la edentación *intra vitam* más frecuente, se da siempre, en nuestra serie, en el M1, lo que podría indicar que fuera ésta la pieza más afectada por la caries. En cualquier caso, sería incorrecto sumar el número de caries y el número de edentaciones

intra vitam observadas, ya que el número de dientes perdidos *post mortem* se ignora cuantos estuvieron afectados de caries y, por otra parte, el número de caries observadas se corresponde a piezas y no a alvéolos, como ocurre con la edentación *intra vitam*.

La frecuencia de las patologías mencionadas, distribuidas en grupos de edades, se relacionan en el cuadro nº6. Si bien no se observan diferencias significativas en el número de piezas con caries ($X^2=0.685$, P: 0.8-0.7), si es de notar el acusado incremento en el número de piezas caídas *intra vitam* ($X^2=181$, P<0.001).

La frecuencia de abscesos (cuadros nº3, 4, 5 y 6) resulta baja en comparación con el número de piezas careadas. De los 26 abscesos observados en el total de alvéolos (0.9%), 11 corresponden a piezas dentarias afectadas por caries.

Desde el punto de vista comparativo, la frecuencia de caries hallada en esta población medieval es relativamente alta, a juzgar por los datos conocidos de otras poblaciones del pasado (Brabant, 1967 y Fusté, 1961). Con todo, no difieren significativamente ($X^2=0.950$, P: 0.5-0.3) de la hallada (14.95%) en la población altomedieval italiana de Paciuri (Fornaciari, 1984).

Referente a otros aspectos dentarios estudiados en la población medieval de Pedrosa de la Vega, se han registrado seis casos, la mayoría en individuos de edad madura o senil, con poli-edentación *intra vitam*.

En lo concerniente a la erupción del tercer molar, de un total de 315 alvéolos examinados, excluidos los que presentaban dudas de posible reabsorción, la serie masculina presenta un 21.1% de agénesis o no emergencia en el maxilar superior y un 10.7% en la mandíbula. En cambio, en las mujeres esta frecuencia es de del 25.6% en el maxilar superior y del 15% en la mandíbula. Considerando ambos maxilares a la vez y sexos reunidos, se ha obtenido una frecuencia de agénesis o no emergencia del M3 del 17.8%, siendo los casos de erupción incompleta de 2.2%.

Finalmente se han observado siete agenesias o no emergencias de otros dientes: un I² ligado a la retención de un canino de leche, un C¹, un P₁, un P², dos P₂ en el mismo individuo y un P₂ con erupción incompleta. Hay que citar, además, la retención en un caso de un incisivo superior de leche.

RESUMEN: Respecto a la patología dentaria se han estudiado 102 maxilares superiores y 103 mandíbulas, con un resultado de un 18.3% de piezas con caries y un 14.2% de piezas caídas *intra vitam*. La no emergencia del tercer molar ha sido observada en el 17.8% de los alvéolos correspondientes y la erupción incompleta en el 2.2%.

No dejar espacio entre este texto y el de la página siguiente

PATOLOGIA CRANEAL

1.- PERSISTENCIA DE LA SUTURA PETROESCAMOSA

INDIVIDUOS NUM. 141, 198 y 216.

En estos tres individuos varones adultos persiste la sutura petroescamosa. En los individuos núm. 141 y 198 los vestigios de esta sutura son moderados, como suele observarse con frecuencia de forma similar a lo que acontece con la sutura metópica, que también persiste en el individuo núm. 198. Sin embargo, en el individuo núm. 216 dicha sutura está totalmente libre y después de la muerte se han separado un poco. En este caso podemos hablar de la persistencia de los huesos petroso y escamoso que solamente son independientes en el feto (fig. 1).

2.- PRESENCIA DE UN APARATO ESTILOHIOIDEO OSEO

INDIVIDUOS NUM. 189 y 191.

El primero es un varón maduro y el segundo una mujer joven adulta y ambos conservan restos del aparato estilohioideo.

Individuo núm. 189: Conserva sólo la apófisis estiloides derecha, que en lugar de finalizar en punta, presenta su vértice engrosado, en forma de "tope de vagón" con una carilla articular, que indudablemente sirvió para articularse con un huesecillo intermedio del aparato estilohioideo, concretamente el hueso ceratohial.

Entre los restos esqueléticos de la mujer núm. 191, en que lamentablemente no se conservan ni los huesos temporales ni el hioides, al proceder a la limpieza de la columna cervical, apareció un hueso estilial, que substituye a la apófisis estiloides y forma parte del aparato estilohioideo (fig. 2).

El aparato estilohioideo está formado por las apófisis estiloides y el hueso hioides, que se unen mediante los ligamentos estilohioideos, que en algunos casos pueden calcificarse. En ocasiones, el ligamento estilohioideo puede verse substituido por uno o varios huesecillos, dando lugar a un aparato estilohioideo óseo. El aparato estilohioideo óseo es constante en muchos vertebrados.

El estudio de este aparato fue objeto de una tesis doctoral por parte de Olivier (1923), y según este autor, puede estar formado por dos a cuatro huesecillos a cada lado, siendo la forma más frecuente la constituida por tres. Como es sabido, la apófisis estiloides es independiente del hueso temporal, al que se suele soldar en la segunda infancia, pero en los casos de persistencia del aparato óseo, puede permanecer como un hueso independiente y constituir el hueso estilhial, como ocurre en nuestro caso núm. 191.

La presencia de un aparato estilohioideo óseo suele ser asintomática, constituyendo un descubrimiento radiográfico o necrópsico.

3.- CRIBA ORBITALIA

INDIVIDUOS NUM. 79, 106 y 201.

De los tres individuos, la *criba orbitalia* es poco intensa en el individuo núm. 79, una mujer joven, y en el 201, un varón maduro, siendo muy intensa en el 106, un niño de pocas semanas de sexo indeterminable.

La lesión del individuo núm. 106 corresponde a la órbita derecha, única conservada, ocupando un área circular de unos 20 a 22 mm. de diámetro y muestra una típica hiperostosis osteoporótica del tipo "D de Knip" (Brothwell, 1981), parcialmente recubierta de una lámina delgada de hueso compacto, que probablemente debió recubrir toda la lesión en vida, desprendiéndose parcialmente después de la muerte (fig. 3).

La *criba orbitalia* consiste en una hipertrofia del tejido esponjoso, seguida de una osteoporosis con producción de hueso noviformado. Esta lesión no es exclusiva del techo de la órbita y puede estar presente en los huesos de la convexidad del cráneo y en otros del esqueleto postcranial. En general, esta lesión se suele asociar con la anemia mediterránea o talasanemia mayor de Cooley, criterio no aceptado unánimemente, pues también puede verse asociada a la talasanemia menor, a otras anemias e incluso a otros procesos, como las enfermedades carenciales o la hiponutrición.

Nuestros tres casos son favorables a la interpretación pluri-etiológica de la *criba orbitalia*, ya que la talasanemia mayor es una enfermedad hereditaria que causa la muerte de los niños antes de los seis años. Esta habría sido, probablemente, la causa del deceso de nuestro individuo infantil (núm. 106), mientras que el proceso causal de nuestros dos individuos adultos, obedecería a alguna de las otras etiologías.

4.- ADELGAZAMIENTO BIPARIETAL

INDIVIDUO NUM. 177

Esta mujer senil, presenta un adelgazamiento biparietal, incipiente en el lado derecho y muy acusado en el izquierdo, constatándose en la radiografía la ausencia del tejido esponjoso diploico en esa zona.

El adelgazamiento biparietal es mucho más frecuente en el sexo femenino que en el masculino y suele atribuirse a una disfunción climatérica.

5.- OSTEOMA

INDIVIDUO NUM. 185.

Se trata de un adulto del sexo masculino, que en la fosa craneal media derecha, por delante del orificio oval, presenta un osteoma elongado que mide 19x8 mm. y alcanza una elevación máxima de 4 mm.. Su estructura eburnea se constata en la radiografía. Probablemente esta lesión cursó asintomática, aunque en un caso actual nuestro, la paciente, afecta de una neuralgia "esencial" del trigémino tiene un osteoma similar junto al orificio oval. Como es bien sabido, la etiología de la neuralgia esencial del trigémino es incierta y ha sido atribuida a muy diversas causas en la que se podría incluir esta, sin embargo se trata simplemente de una conjetura.

6.- MENINGIOMA

INDIVIDUO NUM. 175.

En este adulto maduro del sexo masculino, llama la atención, la presencia en el endocráneo, en la región parietal posterosuperior, de una reacción hiperostósica de aspecto granu-

jiento que ocupa una extensión de 35x55 mm. (fig. 4). En el centro de esta lesión se encuentra una fosa, por adelgazamiento del hueso, que ocupa una extensión de unos 25 mm. de diámetro y que abomba de forma discreta en el exocráneo. No se aprecia aumento de los surcos vasculares.

En su conjunto, estas anomalías, que podrían fácilmente pasar desapercibidas sin una inspección meticulosa, se objetivan plenamente en la radiografía, y en su conjunto, son sugerentes de ser secundarias a la presencia de un meningioma de la convexidad (Campillo, 1984).

7.- ASIMILACION DEL ATLAS

INDIVIDUO NUM. 43.

Es un adulto joven del sexo femenino que presenta una total asimilación del atlas, asociada a una platibasia (ángulo de Welker de 155°), sin impresión basilar. A estas malformaciones se suma otra anomalía, consistente en la presencia de una apófisis suplementaria paratransversa, que en forma de "bumerang", emerge de la porción más externa de la apófisis transversa izquierda del atlas y asciende hasta contactar con la escama occipital a la que se suelda, en el lugar donde suele asentarse, cuando la hay, la apófisis "paracondílea o paramastoidea". Esta anomalía fue descrita por Viehweger (1955) (citado por Köhler, 1959) y nosotros hemos tenido ocasión de verla en otro caso, sin que se hubiera sinostosado a la escama occipital (Campillo, 1986).

No se objetiva un aumento de las impresiones digitales y todas las suturas están libres, excepto la basioesfenoidal que está totalmente sinostosada. Tanto la asimilación del atlas como la platibasia quedan totalmente evidenciadas en la radiografía lateral.

A juzgar por lo expuesto, a pesar de que este tipo de malformación se suele asociar a la de Arnold-Chiari, no hay evidencia de un síndrome de hipertensión endocraneal, con lo que nos encontramos que esta afección, tanto pudo cursar asintomática como ser la causante del deceso.

8.- LEONTIASIS OSEA

INDIVIDUO NUM. 24.

Corresponde a un niño de unos doce años a juzgar por su dentadura, limitandose las anomalías patológicas al cráneo y primeras vértebras cervicales, estando dentro de los límites de la normalidad el resto de su esqueleto postcraneal.

Cuando se examina el cráneo, llama la atención su elevado peso, que en la báscula es de 840 gr., muy superior al de los cráneos adultos del sexo masculino que suelen estar alrededor de los 660 gr. (Olivier, 1960). La inspección de las suturas es discordante, pues mientras la basioesfenoidal está totalmente libre, la sagital se encuentra en una fase avanzada de sinostosis. Todo el neurocráneo está engrosado, sobre todo a nivel de la bóveda con grosores que oscilan entre los 8 y los 10 mm. El máximo grosor se observa a nivel del vertex y el menor en las escamas temporales y pterion. Estos grosores, muy elevados para un adulto, resultan elevadísimos para un niño de esa edad. La base apenas está engrosada, pero el orificio occipital, de morfología romboidal, está constreñido, con un diámetro anteroposterior de 22 mm. y el transversal de 18 mm., si bien, en el tercio anterior del orificio es sólo de 10 mm., con diámetros oblicuos que no sobrepasan los 17 mm. (fig. 5). Los contornos del foramen están engrosados. La base aparece aplanada, los cóndilos son pequeños y a ambos lados se observan unos surcos bastante profundos y amplios, en los que encajan las masas laterales del atlas. En el borde anterior del orificio occipital en la línea media se ve con claridad la huella de la apófisis odontoides (fig. 5). La cara es normal, pero se destaca el gran grosor de los arcos cigomáticos y de las apófisis pterigoides. Toda la mandíbula inferior está engrosada, oscilando su cuerpo entre 16 y 19 mm. (fig. 6).

La radiografía lateral es muy demostrativa (fig. 7) destacando la masividad del neurocráneo, cuyos huesos engrosados y eburneos, contrastan con la normalidad de la cara superior. Se puede apreciar que el ángulo de Welker no es inferior a los 145° y la impresión basilar, hace que la apofisis

odontoides del axis sobrepase en 12 mm. la línea de Chamberlain.

A nivel vertebral destaca la estenosis de los orificios transversos del atlas, con tunelización del canal para la arteria vertebral en el arco posterior. En el axis, tan sólo debe destacarse la robustez de su arco posterior.

Comentario diagnóstico: Este engrosamiento exagerado de los huesos del cráneo y de la mandíbula en un individuo infantil, con estenosamiento del orificio occipital, a nuestro entender, solamente es compatible con una fase inicial de una leontiasis ósea, asociada a una impresión basilar con platibasia. Posiblemente esta afección, aunque no estaba totalmente desarrollada fue la causa de su muerte, probablemente por el estenosamiento del orificio occipital, que por la asociación de una impresión basilar con platibasia, seguramente estuvo asociada a una malformación de Arnold-Chiari, como suele ser lo habitual en estos casos.

Tanto la impresión basilar como la platibasia son afecciones bastante frecuentes, emparentadas con la craneostenosis, pero la leontiasis ósea es una enfermedad excepcional de etiología desconocida.

Son escasas las leontiasis óseas publicadas por los paleopatólogos, aunque nosotros tuvimos la oportunidad de presentar una procedente del Museo de Historia Natural de Perpinyà (Campillo, 1983).

9.- TRAUMATISMOS

INDIVIDUOS NUM. 209 y 211.

Ambos son varones y presentan sendos traumatismos frontales a los que nos referiremos por separado.

Individuo núm. 209: De edad madura, la lesión está situada sobre el lado izquierdo de la escama frontal, en forma de una depresión cónica de unos 17 a 18 mm. de diámetro y 4 mm. de profundidad. La lesión dista 28 mm. de la línea sagital, 77 mm. de bregma y 56 mm. del nasion.

Los signos de regeneración ósea son evidentes, pues el diploe en el fondo del lecho lesional está casi totalmente recu-

bierto de hueso compacto y los bordes de la lesión son romos, seguramentes por fenomenos de reabsorción y aposición. Esta lesión, se corresponde a nivel del endocráneo con una eminencia acuminada por el hundimiento de la tabla interna, seguido de cicatrización.

La radiografía muestra que alrededor del área lesional, las celdillas diploicas están disminuidas de tamaño, con puntos de condensación ósea.

Indudablemente, la lesión descrita es de origen traumático, producida contra algo duro y agudo, como pudo ser una piedra picuda o un pico. Además de esta lesión traumática, este individuo tiene un pequeño osteoma frontal situado casi en el centro de la escama, de 3 mm. de diámetro y 1 mm. de elevación. En el esqueleto postcraneal se constata la presencia de una importante espondiloartrosis.

Individuo núm. 211: Su traumatismo también radica en el lado izquierdo de la escama frontal y se inicia en la línea media en forma de surco que se prolonga hasta el pterion. Por delante del surco, en la zona paramedial, se constata el desprendimiento de una lasca, que al cicatrizar volvió a sinostosarse. En la línea media, la lesión dista unos 50 mm. del nasio y en su porción externa unos 30 mm. del borde externo de la órbita. Los intensos signos de cicatrización abundan en favor de una prolongada supervivencia.

La morfología de esta lesión es característica de la ocasionada por los instrumentos cortantes (fig. 8).

Además de la lesión descrita, este individuo presenta una sacralización de la quinta vértebra lumbar.

Comentario: Los traumatismos craneales fueron muy frecuentes durante la Edad Media (Campillo, 1983 y 1984), período en el que suceden continuamente las acciones de guerra, por lo que las lesiones de estos dos individuos varones, con heridas en el lado izquierdo del cráneo, nos hacen suponer que fueron sufridas en combates frontales, recibiendo el primero el impacto de un instrumento contundente, ¿maza con picos?, y el segundo con un instrumento cortante, probablemente una espada o hacha, asettadas en ambos casos por un contrincante diestro.

10.- ¿MASTOIDITIS?

INDIVIDUO NUM. 187.

En este individuo maduro del sexo masculino, con el cráneo en bastante buen estado de conservación, si se exceptua el macizo facial derecho y la base craneal izquierda, que parecen corresponder a deterioro póstumo de la pieza con especial afectación de la apófisis mastoides, destruida en su casi totalidad y con destrucción de los tabiques de las celdas mastoides. Sin embargo, los bordes del área de destrucción no son agudos y su deterioro parece ser antiguo, lo que nos hizo admitir la posibilidad de que la lesión hubiese ocurrido en vida, aunque luego concurriera un deterioro póstumo. En un intento de esclarecer el problema practicamos radiografías que denotan la existencia de una moderada condensación ósea, que predomina en los bordes del área lesional, como si se tratase de una esclerosis ósea reaccional.

Al valorar los argumentos en pro y en contra, con reservas, apuntamos la posibilidad de que hubiese padecido en vida una mastoiditis supurada.

Aparte de su posible lesión craneal, presenta una espondiloartrosis difusa bastante intensa.

CONCLUSIONES

Aunque el estudio de esta necrópolis no ha finalizado, los resultados obtenidos en este avance, no difieren de los de otros yacimientos peninsulares y de Europa durante este mismo período.

AGRADECIMIENTO

Damos las más sinceras gracias al Prof. Pedro de Palol, Catedrático de la Universidad de Barcelona y Director de la excavaciones en la necrópolis medieval de La Olmeda. aquí estudiada. Asimismo a D. Javier Cortes* por su colaboración, conocimientos y ayuda inestimables.

* este apellido va sin acento.

BIBLIOGRAFIA

- BRABANT, H.: "Paleostomatology" en Brothwell, D. y Sandison, A.T. "Diseases in Antiquity". Springfield, Ch.C. Thomas, 1967.
- BROTHWELL, D.: "Digging up Bones". Londres, British Museum N.H., 1981.
- CAMPILLO, D.: "La enfermedad en la prehistoria". Barcelona, Salvat, 1983.
- CAMPILLO, D.: "Los traumatismos en la prehistoria y en los tiempos antiguos". Medicina e Historia (Barcelona), (3a Ep.), 2, 1984.
- CAMPILLO, D.: "Problemas diagnósticos de los tumores cerebrales en paleopatología". Dynamis, 4, 115-149, 1984.
- CAMPILLO, D.: "Study of trepaned skull belonging to the Neolithic period, coming from the site of "Can Tintorer" in Gavà (Barcelona, Spain)". Actas del VI European Meeting of the Paleopathology Association, Madrid, 1986 (en prensa).
- FORNACIARI, G., BROGI, M.G. y BALDUCCI, E.: "Patologia degli inumati di Pontecagnato (Salerno: VII-IV sec. a.C.)". Archivio per l'Antropologia e la Etnologia, CXIV, 95-120, 1984.
- FUSTE, M.: "Lesiones maxilo-dentarias en cráneos prehistóricos de Gran Canaria". Z. Morph. Anthrop., 51(3), 322-332, 1961.
- KÖHLER, A. y ZIMMER, E.A.: "Roentgenología". Barcelona, Labor, 1959.
- OLIVIER, G.: "L'appareil hyoidien". Tesis doctoral, París, 1923.
- OLIVIER, G.: "Pratique Anthropologique". París, Vigot, 1960.
- TURBON, D.: "Antropología de las poblaciones prehistóricas e históricas de Cataluña". Trabajos de Antropología, XIX(3), 145-162.
- VIEHWERGER: Fortschr. Röntgenstr., 82, 1955..

C U A D R O N U M. 1

DISTRIBUCION POR SEXOS Y CLASES DE EDAD DE LOS RESTOS OSEOS

MAXILARES SUPERIORES ESTUDIADOS

	<u>♂</u>	<u>♀</u>	<u>T</u>
ADULTOS	21	33	54
MADUROS	23	10	33
SENILES	5	2	7
ADULTOS SP	3	5	8
TOTAL	52	50	102

MANDIBULAS ESTUDIADAS

	<u>♂</u>	<u>♀</u>	<u>?</u>	<u>T</u>
ADULTOS	21	30	0	51
MADUROS	19	11	0	30
SENILES	7	3	0	10
ADULTOS SP	7	4	1	12
TOTAL	54	48	1	103

C U A D R O N U M. 2

BOCAS LESIONADAS

SEXO	MAXILARES SUP. ESTUDIADOS		MAX. SUP. LESIONADOS		MANDIBULAS ESTUDIADAS		MANDIBULAS LESIONADAS	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
♂	52		48	92'3	54		48	88'9
♀	50		40	80'0	48		45	93'8
?	0		0	00'0	1		1	100'0
TOTALES	102		88	86'3	103		94	91'3

C U A D R O N U M. 3

MAXILARES SUPERIORES AMBOS SEXOS

DIENTES	ALVEOLOS	DIENTES	CARIES		ABSCESOS		PIEZAS CAIDAS I.V.	
	OBSERVADOS	OBSERVADOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%

I ¹	-----177-----	-----75-----	-----2-----	-----2'7-----	-----1-----	-----0'6-----	-----10-----	-----5'6-----
I ²	-----181-----	-----96-----	-----6-----	-----6'3-----	-----0-----	-----0'0-----	-----10-----	-----5'5-----
C	-----183-----	-----129-----	-----11-----	-----8'5-----	-----0-----	-----0'0-----	-----11-----	-----6'0-----
P ¹	-----185-----	-----130-----	-----10-----	-----5'4-----	-----4-----	-----2'2-----	-----27-----	-----14'6-----
P ²	-----183-----	-----128-----	-----15-----	-----11'7-----	-----1-----	-----0'5-----	-----26-----	-----14'2-----
M ¹	-----179-----	-----117-----	-----40-----	-----34'2-----	-----2-----	-----1'1-----	-----62-----	-----34'6-----
M ²	-----174-----	-----118-----	-----52-----	-----44'1-----	-----7-----	-----4'0-----	-----39-----	-----22'4-----
M ³	-----149-----	-----74-----	-----28-----	-----37'8-----	-----1-----	-----0'7-----	-----14-----	-----9'4-----
TOTALES:	-----1411-----	-----867-----	-----164-----	-----18'9-----	-----16-----	-----1'1-----	-----199-----	-----14'1-----

MANDIBULA AMBOS SEXOS

I ₁	-----194-----	-----117-----	-----5-----	-----4'3-----	-----1-----	-----0'5-----	-----12-----	-----6'2-----
I ₂	-----194-----	-----139-----	-----6-----	-----4'3-----	-----2-----	-----1'0-----	-----11-----	-----5'7-----
C	-----196-----	-----154-----	-----7-----	-----4'5-----	-----1-----	-----0'5-----	-----9-----	-----4'6-----
P ₁	-----195-----	-----155-----	-----6-----	-----3'9-----	-----2-----	-----1'0-----	-----15-----	-----7'7-----
P ₂	-----197-----	-----144-----	-----21-----	-----14'6-----	-----2-----	-----1'0-----	-----32-----	-----16'2-----
M ₁	-----195-----	-----117-----	-----37-----	-----31'6-----	-----2-----	-----1'0-----	-----77-----	-----39'5-----
M ₂	-----195-----	-----133-----	-----61-----	-----45'9-----	-----0-----	-----0'0-----	-----51-----	-----26'2-----
M ₃	-----166-----	-----115-----	-----48-----	-----41'7-----	-----0-----	-----0'0-----	-----13-----	-----7'8-----
TOTALES:	-----1532-----	-----1074-----	-----191-----	-----17'8-----	-----10-----	-----0'7-----	-----220-----	-----14'4-----

C U A D R O N U M. 4

CARIES DENTARIAS, ABSCEOS Y PIEZAS CAIDAS "INTRA VITAM"

MAXILAR SUPERIOR (SERIE MASCULINA)

DIENTES	NUM. ALVEO- LOS OBSERS.	NUM. PIEZAS OBSERVADAS	P. CARIES		AL. ABSCS.		INTRA VITAM	
			NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
I ¹	94	43	0	0'0	0	0'0	4	4'3
I ²	96	55	1	1'8	0	0'0	4	4'2
C	96	73	5	6'8	0	0'0	4	4'2
P ¹	98	71	6	8'5	3	3'1	15	15'3
P ²	95	69	9	13'0	1	1'1	16	16'8
M ¹	92	51	14	27'5	1	1'1	40	43'5
M ²	88	54	21	38'9	5	5'7	26	29'5
M ³	71	40	13	32'5	0	0'0	7	9'9
TOTALES:	730	456	69	15'1	10	1'4	116	15'9

MANDIBULA (SERIE MASCULINA)

I ₁	106	54	1	1'9	1	0'9	10	9'4
I ₂	106	68	2	2'9	1	0'9	9	8'5
C	107	80	5	6'25	1	0'9	6	5'6
P ₁	107	85	3	3'5	1	0'9	11	10'3
P ₂	107	70	9	12'9	1	0'9	24	22'4
M ₁	105	55	14	25'5	1	1'0	43	41'0
M ₂	104	66	26	39'4	0	0'0	32	30'8
M ₃	84	62	24	38'7	0	0'0	6	7'1
TOTALES:	826	540	84	15'6	6	0'7	141	17'1

C U A D R O N U M. 5

CARIES DENTARIAS, ABSCESOS Y PIEZAS CAIDAS "INTRA VITAM"

MAXILAR SUPERIOR (SERIE FEMENINA)

DIENTES	NUM. ALVEO- LOS OBSERS.	NUM. PIEZAS OBSERVADAS	P. CARIES		AL. ABSCS.		INTRA VITAM	
			NUM.	%	NUM.	%	NUM.	&
I ¹	83	32	2	6'3	1	1'2	6	7'2
I ²	85	41	5	12'2	0	0'0	6	7'1
C	87	56	6	10'7	0	0'0	7	8'0
P ¹	87	59	4	6'8	1	1'1	12	13'8
P ²	88	59	6	10'2	0	0'0	10	11'4
M ¹	87	66	26	39'4	1	1'1	22	25'3
M ²	86	64	31	48'4	2	2'3	13	15'1
M ³	78	34	15	44'1	1	1'3	7	9'0
TOTALES:	681	411	95	23'1	6	0'9	83	12'2

MANDIBULA (SERIE FEMENINA)

I ₁	86	62	4	6'5	0	0'0	2	2'3
I ₂	86	70	4	5'7	1	1'2	2	2'3
C	87	72	2	2'8	0	0'0	3	3'4
P ₁	86	68	3	4'4	1	1'2	4	4'6
P ₂	88	72	12	16'7	1	1'1	8	9'1
M ₁	88	61	23	37'7	1	1'1	33	37'5
M ₂	89	65	34	52'3	0	0'0	19	21'3
M ₃	80	52	23	44'2	0	0'0	6	7'5
TOTALES:	690	522	105	20'1	4	0'6	77	11'2

C U A D R O N U M. 6

DISTRIBUCION POR CLASES DE EDAD
AMBOS SEXOS Y AMBOS MAXILARES

EDAD	NUM. AL- VEOLOS	NUM. PIE- ZAS OBS.	PIEZAS CON CARIES		ALVEOLOS CON ABSCESOS		P. CAIDAS INTRA VITAM	
			NÚM.	%	NUM.	%	NUM.	%
ADULTOS	--1506-----	1113---	185---	16'6---	9--	0'6-----	104----	6'9
MADUROS	---931-----	527---	95---	18'0--	11--	1'2-----	190---	20'4
SENILES	---275-----	146---	27---	18'5---	3--	1'1-----	93---	33'8

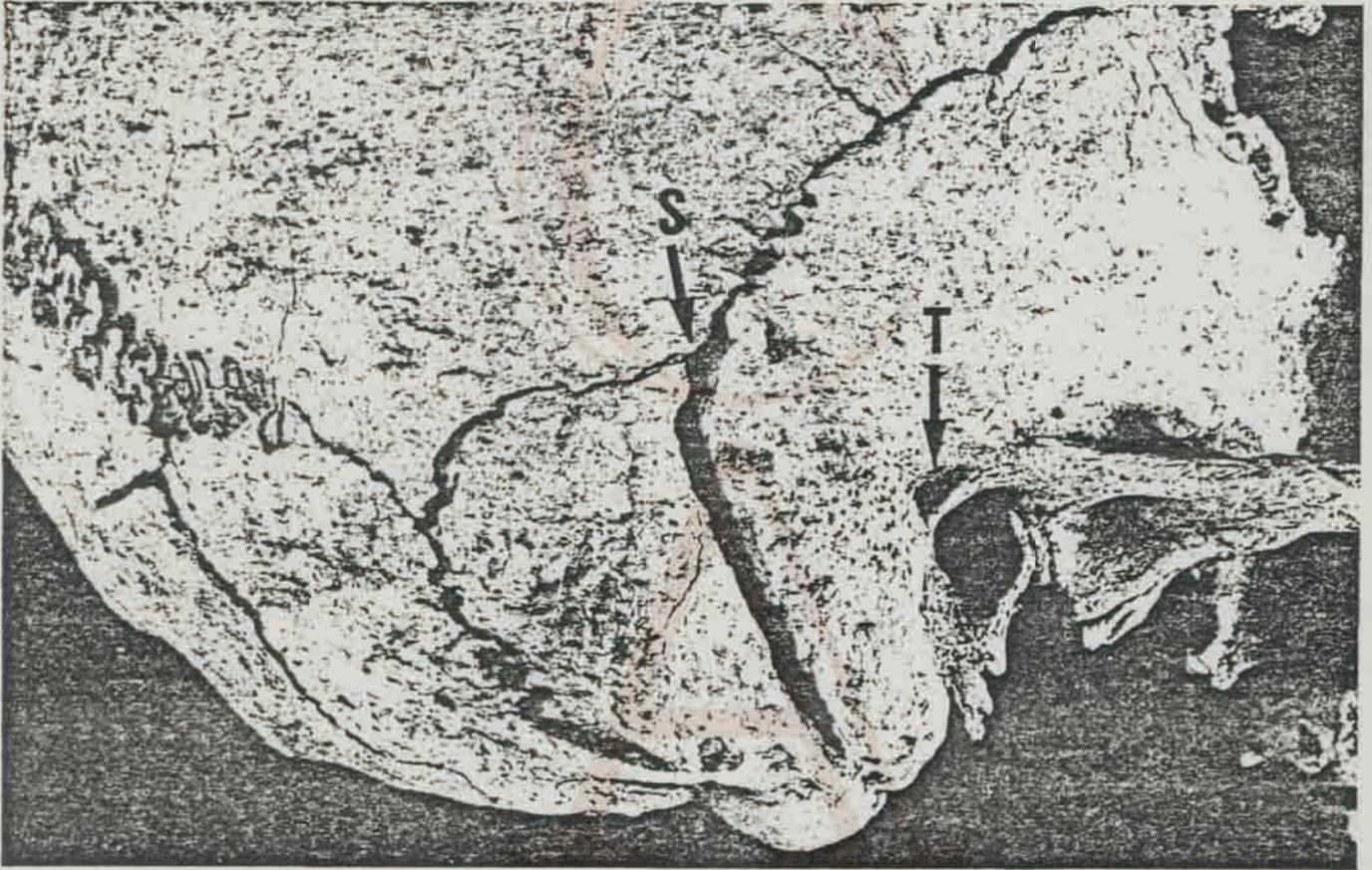


Fig. 1.

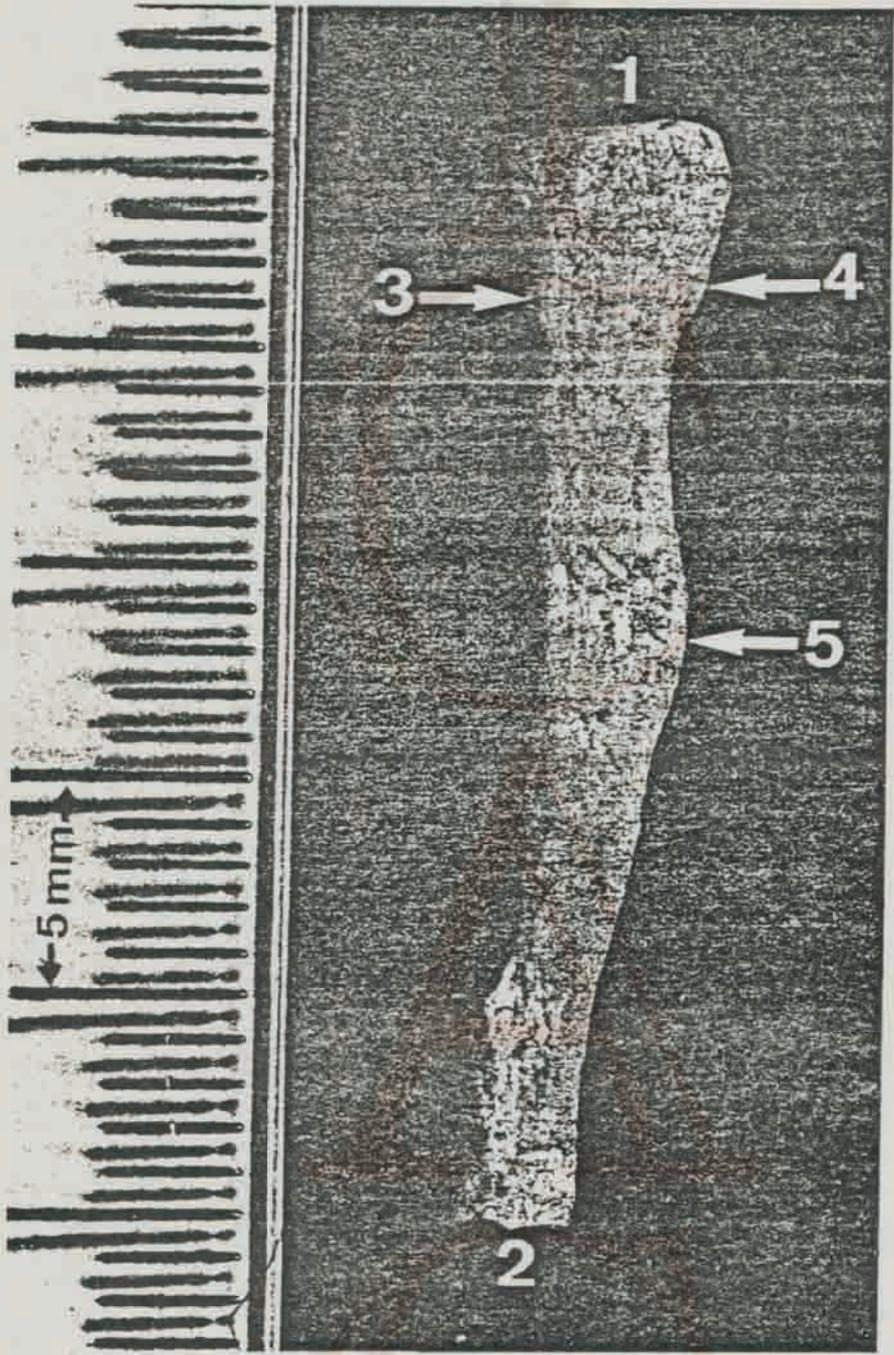


Fig. 2.

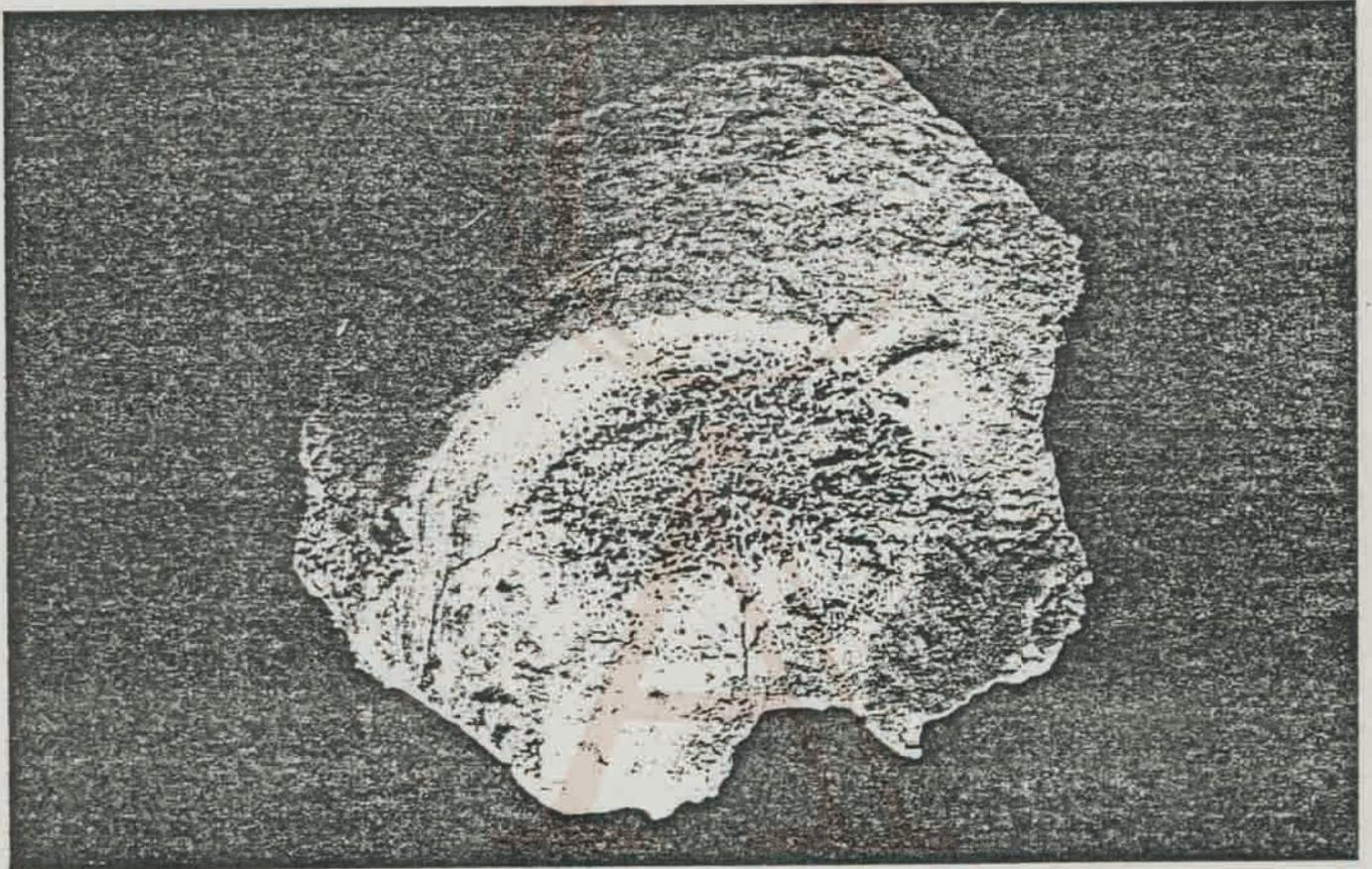


Fig. 3

I



C

Fig. 4.



Fig. 5.

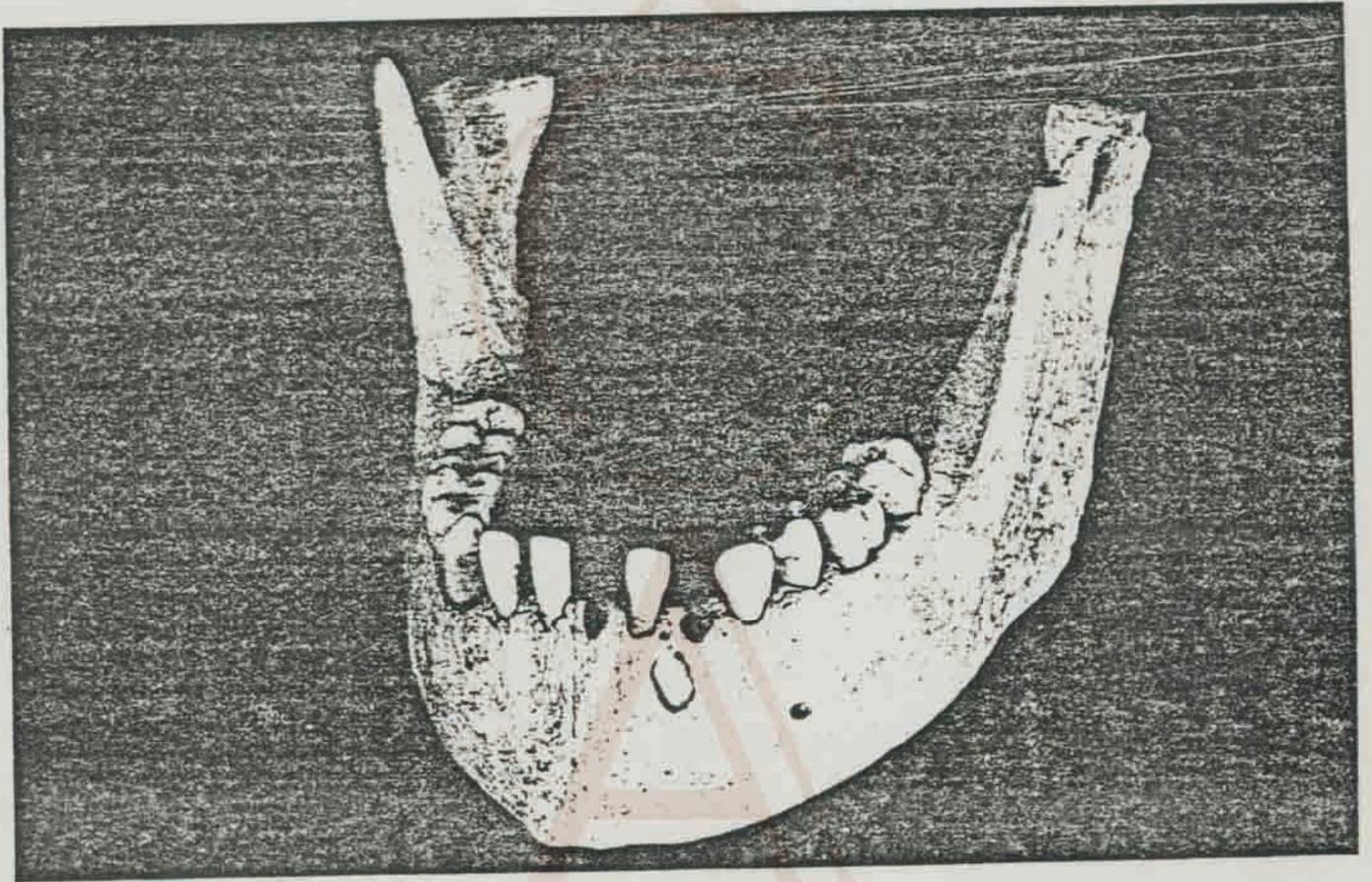


Fig. 6.

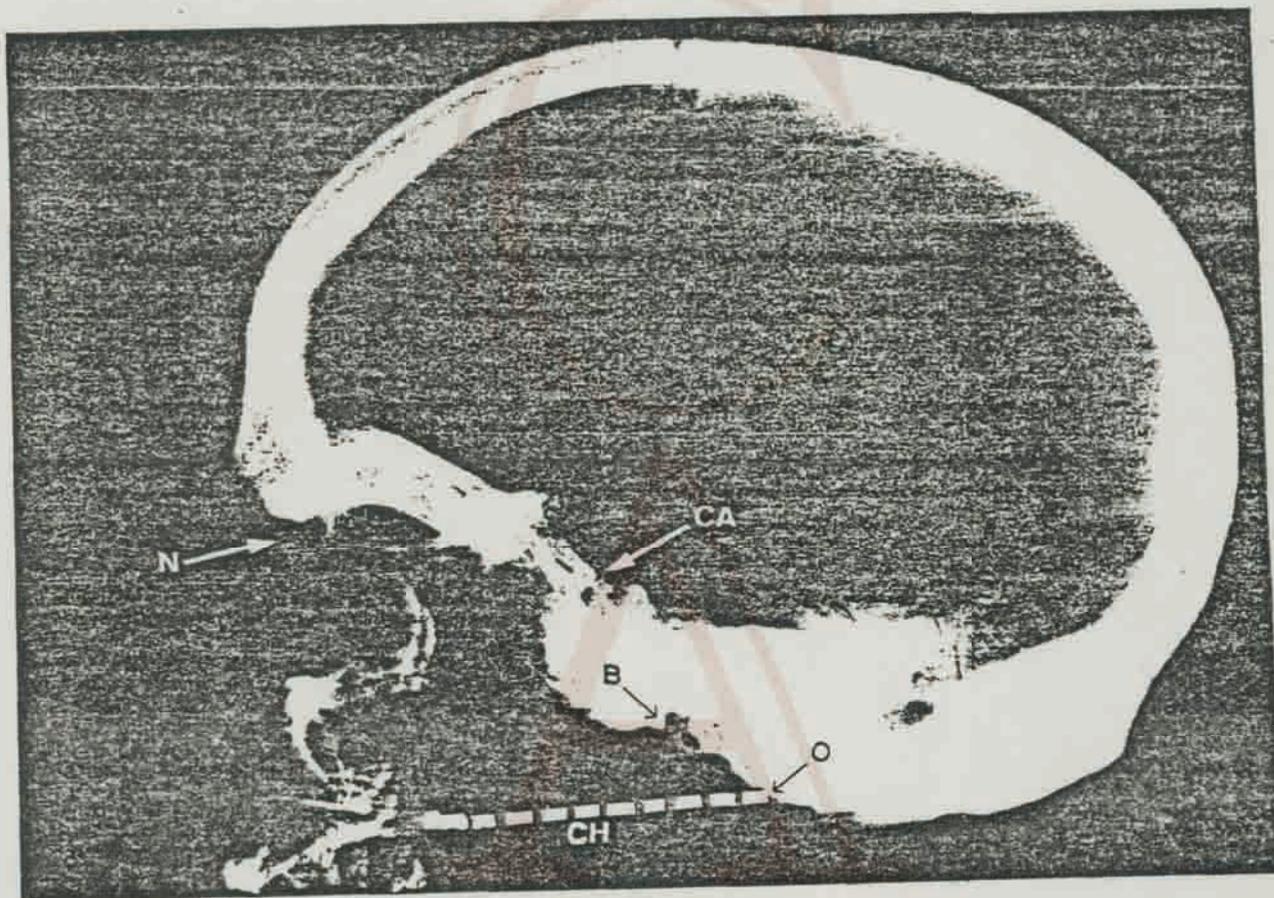


Fig. 7.

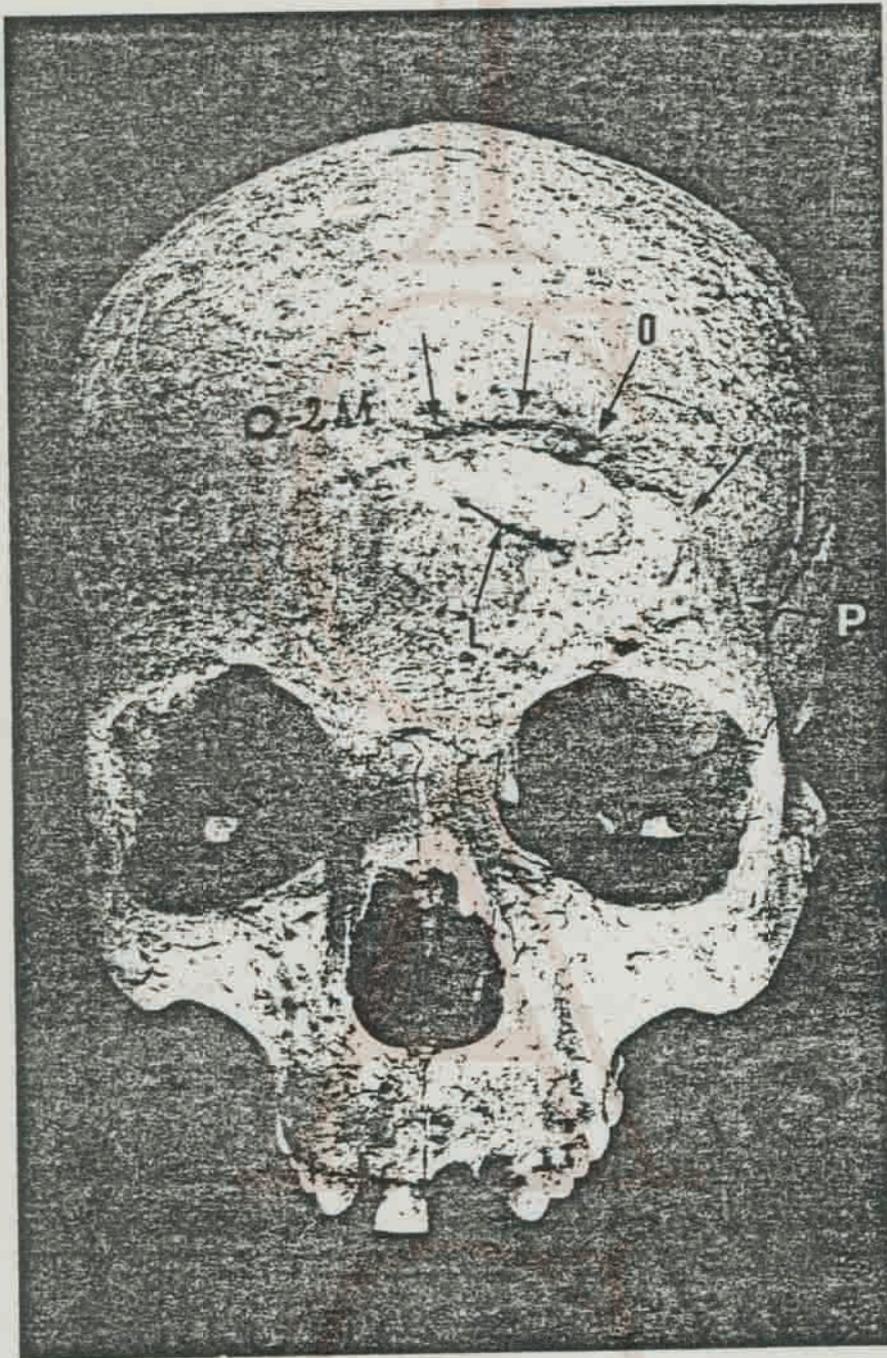


Fig. 8.

TEXTO DE LAS FIGURAS:

Fig. 1.- Persistencia de la sutura petroescamosa (S), en el individuo núm. 216. T=triángulo suprameático.

Fig. 2.- Hueso estilhial derecho, perteneciente al individuo núm. 191. 1, carilla articular para el hueso epihial; 2, carilla articular, algo deteriorada, para el hueso ceratohial; 3, Tubérculo para la inserción del músculo estilogloso; 4, tubérculo para la inserción del músculo estilofaríngeo; 5, tubérculo para la inserción del músculo estilohioideo. (Basado en el estudio realizado por Olivier, 1923).

Fig.3.- *Cribo orbitalia*. Fragmento derecho del hueso frontal del individuo núm. 106.

Fig. 4.- Lesión exostotica en la cara interna del parietal derecho, en el individuo núm. 175. Las flechas enmarcan la lesión. G, cavidad glenoidea; M, apófisis mastoides.

Fig. 5.- Base del cráneo en el individuo núm. 24, vista por su cara externa, en la que se aprecian las distintas anomalías descritas en el texto. C, cóndilos occipitales; O, fóvea en donde se apoya la apófisis odontoides; M, fosas noviformadas en las que contactan las masas laterales del atlas; A, huellas dejadas por el arco posterior del atlas.

Fig. 6.- Mandíbula del individuo núm. 24, que permite apreciar su masividad y los caninos de adulto aun incluidos.

Fig. 7.- Radiografía lateral del cráneo del individuo núm. 24, que permite apreciar el engrosamiento de los huesos del neurocráneo y su aspecto ebúrneo, mientras que el aspecto y la densidad de los huesos de la cara es normal. Resulta evidente la platibasia por la gran abertura del ángulo de Welker. La impresión basilar se pone de manifiesto, cuando se relaciona el basion (B), con el opistio (O) y con la línea de Chamberlein (CH). N=nasion; CA=apófisis clinoides anteriores.

Fig. 8.- Fractura craneal en el individuo núm. 211. Las flechas enmarcan la fractura. L, lasca ósea sinostosada durante el período de cicatrización; O, pequeño orificio que penetra hasta el endocráneo; P, pterion.