

ANTROPOLOGIA

PROBLEMAS DE PALEOPATOLOGIA OSEA EN LOS INDIGENAS PREHISPANICOS DE CANARIAS

Su similitud con casos americanos

FOR

JUAN BOSCH MILLARES

I. ENCUADRAMIENTO GENERAL

En el momento actual de nuestros conocimientos, tres hipótesis se debaten en el terreno histórico-científico de las emigraciones e influencias culturales existentes entre el Viejo y Nuevo Mundo antes del Descubrimiento por Cristóbal Colón. Tres hipótesis que tratan de explicar el papel que desempeñaron en las distintas naciones del orbe. Una, que lo atribuye a los viajes procedentes de Europa y Africa a través del Océano Atlántico antes de la gesta del gran Conquistador, y que terminaron en América; otra, que lo asigna a los llevados a cabo desde Asia al Nuevo Mundo por intermedio del Estrecho de Bering, por tierra, y del Pacífico por mar; y una última, que dice que dichas culturas nacieron al mismo tiempo en uno y otro continente, y se pusieron en relación y comunicación como consecuencia de estas navegaciones marítimas y terrestres.

En líneas generales, podemos decir que estas influencias culturales tuvieron lugar en el segundo milenio antes de Cristo y son de carácter puramente neolítico, ya que su distribución en el Viejo Mundo tuvo lugar en dos principales direcciones: una que marchó hacia el Extremo Oriente y el Sudeste asiático, difundándose por todo el Pacífico; y otra que lo hizo hacia el Sur por el Africa Oriental hasta Occidente. A su vez, esta rama de difusión tomó dos caminos principales: el que siguió la vía danu-

biana hasta el centro de Europa, y el que se dirigió por el Mediterráneo hasta Túnez, después de haber pasado por el Norte de Africa. En este sitio tuvo lugar una segunda bifurcación que marchó en dos rumbos: uno atravesando Italia y las islas del Mediterráneo hasta Marruecos, y otro pasando por la Península Ibérica hasta reunirse en Francia con la rama italiana.

De ahí que, refiriéndome al proceso de difusión del neolítico en el Mediterráneo y noroeste de Africa, por estar Canarias situada en sus proximidades, haya sido considerado como un refugio de razas y culturas, y por lo tanto ofrezca el interés de haber conservado los rasgos fundamentales y característicos de la primera oleada cultural que a ellas llegó. Esta oleada, denominada *cultura de sustrato*, invadió en sus comienzos a todas las islas, y posteriormente a unas sin alcanzar a las otras. Por consiguiente, sabido que la llamada raza de Mechta-el Arbi, perteneciente al grupo de Cro-Magnon, fue la originaria de los primitivos pobladores de Canarias, cabe pensar que la llegada del neolítico a este Archipiélago se verificase por el año 2000 antes de Cristo, y que el aislamiento cultural y biológico de la primitiva población del mismo tuviese acto de presencia a fines del segundo milenio o comienzos del primero.

Relacionado el neolítico de las Canarias con el del Noroeste de Africa y Mediterráneo, su situación en el Atlántico Central o Medio contribuyó en su medida a que aquél penetrase en el Nuevo Mundo siguiendo esa ruta, dadas las corrientes marinas que favorecían esta navegación. En defensa de dicha hipótesis se han estudiado, por numerosos investigadores españoles, a cuyo frente se encuentran los profesores Pericot, Alcina, Serra y otros, pruebas arqueológicas, etnohistóricas, fitológicas y antropológicas. Redúcese, pues, mi aportación a este symposium, al estudio de la *paleopatología ósea canaria* en algunos de sus aspectos, ya que el tema ha sido estudiado antes de ahora, es amplio, y será objeto de un trabajo extenso en preparación.

II. LA CAUTERIZACIÓN NORMAL

Circunscribiéndome, por lo tanto, a los más importantes, comenzaré con las *cauterizaciones* localizadas en la *bóveda cranea-*

na de los canarios prehispanicos, seguidas de la *trepanación* y de la supuesta existencia de la *sífilis* en estas islas.

Cauterizar, según el Diccionario de nuestra lengua, es curar con el cauterio, y cauterio es todo objeto que sirve para atajar o corregir algún mal, valiéndose de medios que sirven para convertir los tejidos blandos o duros en una lesión caracterizada por la pérdida de sustancia de aquéllos en mayor o menor proporción. Estos medios en la época precolombina estaban hechos de piedra tallada que actuaban en estado incandescente sobre dichos tejidos, incindiéndolos o raspándolos por presión o por medio de algún otro cuerpo que ejercía su acción por efecto de sus propiedades químicas.

Al observar los cráneos de nuestros museos, y en especial los conservados en el Museo Canario, llama la atención la existencia, en bastantes de ellos, de lesiones que han sido clasificadas, por los pocos hombres de ciencia que de ellos se han ocupado, como osteomielitis, osteitis, periostitis, sífilis, tuberculosis, trepanaciones infectadas, reacciones por abrasión del periostio, heridas por traumatismos y tumores intra o extracraneales. Fijándonos en ellas (figs. 1, 2, 3, 4, 5), se echa de ver que poseen límites precisos y formas y dimensiones variadas, ya que aquéllas cambian entre las ovales, losángicas, circulares y en menos veces las irregulares, y las dimensiones oscilan entre medio y cinco centímetros de longitud, y medio a tres en el eje transversal. Su grado de profundidad también varía, pudiéndose decir que en las más sencillas la lesión queda reducida a una simple erosión de la lámina externa, y en otras deja el diploe al descubierto, sin que esto quiera decir que algunas no puedan llegar a perforar la lámina interna, accidente que hay que achacar a falta de previsión del ejecutante o al proceso que aconsejó la cauterización. Caracteriza, además, a esta lesión el presentar, una vez cicatrizada, su superficie rugosa con entrantes y salientes rodeadas, frecuentemente por un reborde óseo en forma de rodete más o menos pronunciado. Este aspecto ondulado de la superficie es, como acabo de decir, el carácter específico de la cauterización.

Respecto al hueso de la bóveda en que fueron practicadas, hay que señalar el frontal, parietales y occipital, y las tres suturas coronal, sagital y lambdoidea, siendo el primero el hueso

preferido. Así lo demuestra el hecho de que en nuestros 32 casos, 16 las tenían situadas en el mismo frontal, cerca del bregma o en sitios parabregmáticos; de los cuales cuatro presentaban dos en la línea media, uno con estos en el lado izquierdo, otro con uno en cada lado y uno con otro situado en la sutura coronal derecha. Los restantes, hasta doce, poseían siete, con uno en el frontal, cuatro en el parietal derecho, dos en el izquierdo y uno en el occipital. Con excepción de cuatro ejemplares que pertenecen al sexo femenino, los restantes lo son del masculino.

Para efectuar la cauterización se valían de instrumentos de piedra (basalto, sílex, obsidiana), calentados al fuego, con los que, después de incindidas las partes blandas y el periostio, raspaban la lámina externa y el diploe de fuera adentro y con pequeños cortes oblicuos en el mismo sentido, hasta darle la forma y profundidad convenientes. Una vez terminada la intervención quedaba el fondo rugoso, pero otros la completaban aplicando raíces de junco empapadas en manteca de cerdo caliente para hacer más señalado su efecto.

Corrientemente practicaban una o dos cauterizaciones en uno de los huesos del cráneo ya especificados, pero otras veces la hacían en dos distintos, o en algunas de las suturas antes mencionadas. Hay que señalar, además, que en algunos de ellos existían conjuntamente escarificaciones, cauterizaciones sincipital y suprainiana, y trepanaciones de tipo circular u oval.

Las cauterizaciones fueron hechas en la infancia y juventud, porque los adultos muestran las lesiones cicatrizadas y porque, como acabo de decir, algunas fueron acompañadas de otras intervenciones, como trepanaciones y escarificaciones. De todo ello podemos deducir que fue aconsejada para curar algunas enfermedades del cerebro, como la melancolía, dolores de cabeza producidos por la humedad o el frío, neurastenia debida a la creencia de tener piedras dentro de ella, epilepsia y otras clases de convulsiones. Ahora bien, el hecho de encontrar en algunos cráneos las otras intervenciones, hace pensar que, al no desaparecer el mal que les atormentaba, tuvieron que recurrir a otras operaciones.

* * *

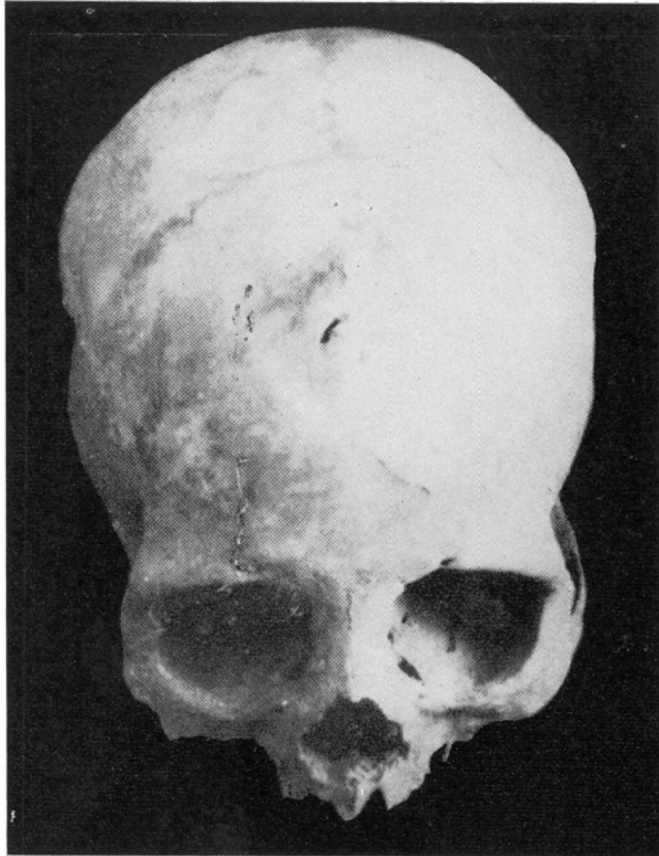


Fig. 6.—Cráneo número 1. Aija (Perú). Cauterización superficial y pequeña que se reconoce por su relación con el bregma y sus contornos circulares o losángicos.



Fig. 7.—Cráneo número 3. Aija (Perú). De mujer madura, que presenta una lesión parabregmática, pequeña y superficial, cicatrizada.

Según he dicho más arriba, los elementos culturales de las civilizaciones europeas y africana son de carácter claramente neolíticos o tienen su origen en la época en que tal fenómeno se perfila en el Viejo Mundo. Los estudios hechos por varios investigadores (Cioranescu, Torriani, Schwidetzky, Serra, Pericot, Alvarez Delgado y otros) hacen suponer que los canarios prehispanicos debieron conocer un tipo de navegación suficiente para haber permitido el paso de la población de estas islas desde el Africa próxima y sus comunicaciones entre sí. De ahí que haya que añadir que en época prehistórica, al menos en el segundo milenio antes de Cristo, tanto la navegación como la pesca fueron practicadas en aguas de Canarias y en la costa del inmediato continente africano. Cabe suponer, por lo tanto, que si los habitantes de Canarias y occidente de Africa no eran navegantes de altura, sí lo fueron con fines pesqueros entre las islas y el continente, siendo precisamente estos pescadores los que pudieron ser empujados por vientos y corrientes marítimas, que en esa región conducen al continente americano.

* * *

El hallazgo, pues, en América de cráneos prehistóricos cauterizados, semejantes a los del Viejo Mundo, constituye un dato de interés a favor de las relaciones entre los dos continentes.

MacCurdy fue el primero que reconoció cauterizaciones en cráneos peruanos precolombinos, existentes con anterioridad en restos del neolítico europeo. Más tarde, Rady Moodie, Squier y Pedro Weis han descrito otros casos en el Amazonas y en la región centro-andina del Perú, donde se vieron casos en mujeres y niños. En efecto, al observar los cráneos de las figs. números 6 y 7, vemos que las lesiones tienen la misma estructura que las descritas en el viejo continente, ya que se presentan algunas como simple erosión de la lámina externa, otras con destrucción de la misma, quedando el diploe al descubierto, que si llega a infectarse cambia por completo su estructura habitual, y otras con perforaciones en forma de pico que pueden ser trepanaciones añadidas al proceso o el mismo proceso que perfora la cavidad

craneana. También en los casos cicatrizados la superficie ósea se presenta rugosa, con relieves y surcos más o menos pronunciados y rodeados por un levantamiento óseo en forma de rodete que circunscribe parte o toda la lesión, de igual manera que se aprecia en los del viejo continente.

Asimismo, se encuentran cauterizaciones bregmáticas y parabregmáticas con dimensiones parecidas a las obtenidas en los cráneos de Gran Canaria; y, al igual que ellas, debieron de hacerse en la infancia y juventud, pues los adultos las muestran cicatrizadas y asociadas, como en las del Viejo Mundo, a trepanaciones, con la diferencia de que éstas eran, en las del Nuevo Mundo, del tipo cuadrangular, por orificios de trépano o acompañadas de rodajas óseas.

Tienen, pues, como peculiaridades comunes las cauterizaciones en ambos continentes su localización en los distintos huesos del cráneo, menos en el temporal, sus límites precisos, su fondo ondulado y el hecho de haber sido producidas por la mano del hombre para tratar ciertas enfermedades.

En resumen, las *cauterizaciones* se repiten en ambos Mundos con un conjunto de caracteres que no parecen inventados con independencia, lo que hace pensar que fueron nacidas en el Neolítico medio del viejo continente y que debieron de llegar al Perú muchos siglos después, pues sólo se las encuentra en las culturas peruanas más avanzadas. De ahí que se pueda señalar su antigüedad en 800 a. C.; es decir, cuando ya el antiguo continente contaba con otros elementos culturales que quedaron rezagados. Están, por lo tanto, las cauterizaciones peruanas separadas por una gran laguna cronológica de sus congéneres del otro mundo para creer que pudieran haber venido por el Estrecho de Bering, máxime después de haberlas encontrado en las cavernas de Paracas, en la misma orilla del Pacífico, el centro más antiguo de la paleopatología ósea peruana, lo que apoya la tesis de una importación marina,

III. CAUTERIZACIÓN SINCIPITAL

Acabamos de ver que las cauterizaciones pueden efectuarse en cualquiera de los huesos del cráneo, menos en el temporal,

con formas y tamaños distintos. En relación con ellas, y como variantes de las mismas, hay que señalar la existencia de otras dos que tienen como características su localización «sui generis» y su forma también peculiar; es decir, las llamadas cauterización, y no trepanación, sincipital y suprainiana.

Es sabido que fue Manovrier, en el año 1895, el primer investigador que, estudiando seis cráneos femeninos recogidos en un pasillo del dolmen «La Justicia», perteneciente al neolítico y situado en el departamento francés de Seine et Oise, en las proximidades de Nantes, al oeste de París, descubrió el procedimiento de *cauterización sincipital*.

Por lo que se refiere a nuestras islas, el primer antropólogo que encontró esta lesión ósea, en los cráneos de Tenerife, fue Von Luschan, dando a conocer la existencia de 25 cráneos, en un total de 250 estudiados, en el «Zeitschrift für Ethnologie» del año 1896, resumido en el «L'Anthropologie» del mismo año. Más tarde, Lehman Nitsch, en su *Rapport entre la T sincipital de Manouvrier et les lésions des crânes des Isles Canaries*, comenta dichos hallazgos y refiere el testimonio de fray Juan Abreu Galindo, cronista del Archipiélago (fines del siglo XVI), cuando dice, al hablar de la cirugía de los guanches, que se hacían escarificaciones, si sufrían dolores sobre la piel de la parte enferma, con un cuchillo de sílex o «tabona», untando seguidamente la parte al descubierto con grasa hirviendo de cabra hasta producir en el cráneo lesiones parecidas a las observadas y descritas por Manouvrier.

En 1908, Karl Südhoff publicó en el «Bulletin de la Société française de histoire de la Médecine» un trabajo sobre *Le T sincipital neolithique*; en él, el historiador de la medicina de Leipzig hace referencia a los cráneos canarios tratados con este procedimiento curativo o paliativo. Años después, Dominick J. Wölfel, de Viena, publicó en el número 5 del año 1937 de «Actas Ciba» un trabajo titulado *El significado de la trepanación*, en el que hace unos comentarios sobre la existencia de ella en dos cráneos de estas Islas. Por su parte, el profesor Rafael Vara López, en su discurso de apertura del año académico de 1949-50, celebrado en la Universidad de Valladolid, hace referencia a su presencia en el Archipiélago Canario. Pérez de Barradas la cita

en su *Manual de Antropología*. El malogrado profesor Miguel Fusté, durante su estancia en estas Islas, confirmó su existencia. Cavin Wells, en su obra inglesa traducida al portugués con el título de *Ossos, corpos e doenças*, habla de que los guanches de Canarias presentaban en algunos de sus cráneos esta forma de cauterización. Y el que esto escribe, hace lo mismo en sus libros *La medicina canaria en la época prehispanica* e *Historia de la medicina de Gran Canaria*

Nada nos han aportado con respecto a ella las crónicas de nuestros antiguos historiadores. Con excepción de la cita de Abreu Galindo antes expuesta, Chil y Naranjo (fines del siglo XIX), en su obra *Estudios históricos, climatológicos y patológicos de las Islas Canarias*, dice que cauterizaban las heridas con cañas empapadas en grasa hirviendo, sobre todo de cabra, conservada bajo tierra en grandes recipientes para darle mayor grado de causticidad; y otras veces con raíces de junco («*Scirpus globigerus*»), cuyas cañas están llenas de una médula blanca fungosa, muy verde, menos en la cercanía de la raíz, donde tiene una membrana pálida en forma de vaina. Esta médula, extraída con maña, servía para unir las a las raíces, las que, mojadas como una estopa, eran introducidas por la herida, después de estar empapadas en manteca de ganado todo lo caliente que podían resistir.

Fue Manouvrier quien dio a esta forma de cauterización el nombre de *T sincipital*, atendiendo a su forma y localización. Sus lesiones estaban caracterizadas por presentar dos surcos que se cruzan en T invertida, de los cuales uno, el más largo, se extiende desde el bregma hasta el lambda, siguiendo la sutura sagital; y el otro, el más corto, en sentido perpendicular a ésta, sobre los parietales, unas veces paralelamente a las suturas lambdaideas y otras sobre ellas. De estos dos surcos el longitudinal jamás falta, y puede estar algunas veces separado de la sagital e interrumpido en algunos sitios por pequeñas zonas de tejido normal (figs. 8, 9 y 10).

El tamaño de este surco oscila entre los 3 y 12 centímetros de largo, aunque por término medio alcanza los de 6 y 7, y la de 1 y 4 de anchura. Su superficie aparece en unos casos lisa y en otros rugosa, según sea el objeto cauterizante y la intensidad

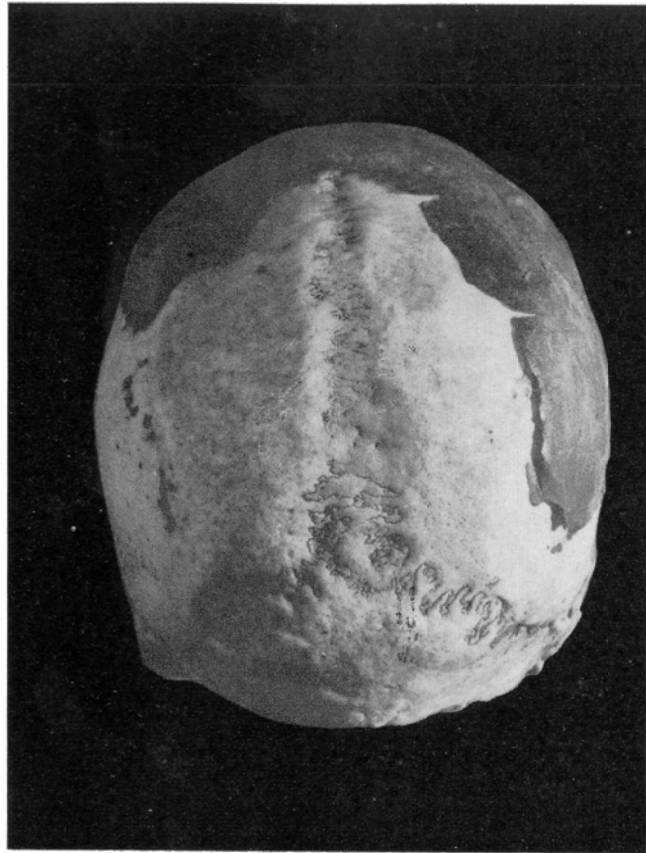


Fig. 8.—Cráneo 869 (altos). Guayadeque. ♂ mestizo con predominio de los caracteres guanches en la cara 78. Prognatismo. Trepanación sincipital completa que comienza en el bregma y sigue hasta las lambdas, rugosas al tacto, con rebordes pronunciados y suturas marcadas. En las lambdas, algunos wormianos. Su tamaño es de 12 cm. de largo por 3 de ancho, menos en las lambdoideas, que es de 1.

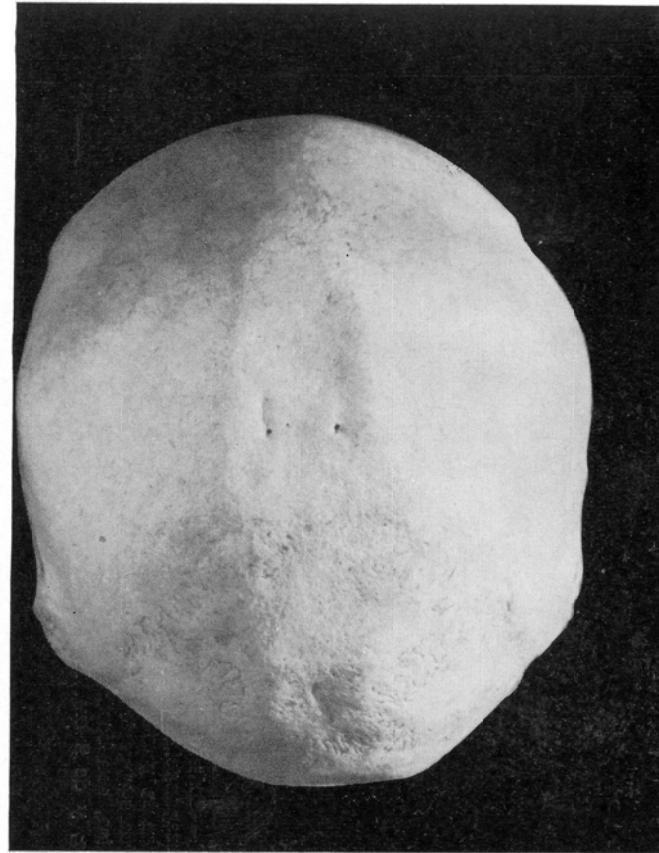


Fig. 9.—Cráneo 649 (9 altos). Guayadeque. ♀ mestizo con predominio de los caracteres guanches en el cráneo 71. Trepanación sincipital completa, que se extiende desde el bregma y sigue por la sutura sagital hasta llegar a las lambdas izquierda y derecha, de 12 x 3 cm. de largo y ancho, respectivamente, sin apreciarse la sutura sagital. Aspecto ligerísimamente rugoso, casi liso, y bordes poco pronunciados.

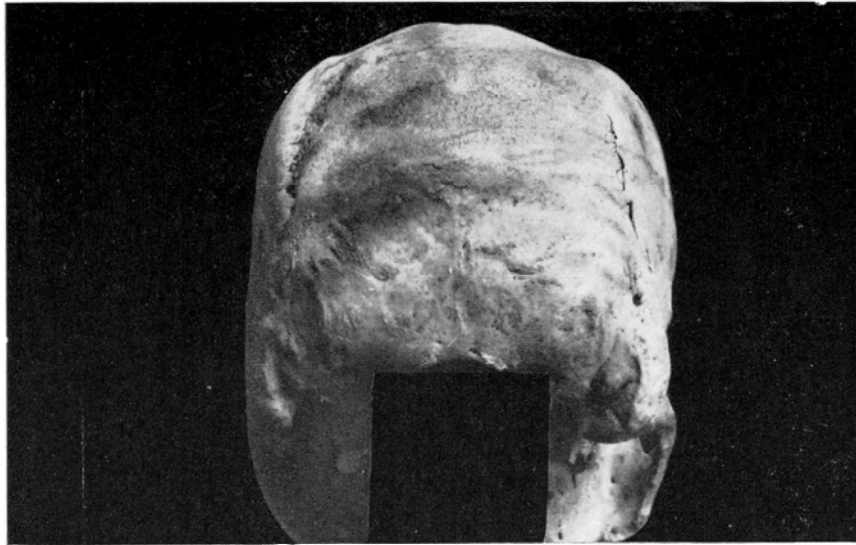


Fig. 10.—Cráneo 261 (18 bajos). Guayadeque. ♂ tipo 2-68. Por encima del inion, trepanación oblicua y ascendente de izquierda a derecha, de 2 cm. de ancho en la parte izquierda del occipital, y 1½ cm. en el derecho; lisa, con ligeras rugosidades. Trepanación sincipital doble a los lados de la sagital, lisa, con bordes prominentes de 10 cm. de largo y 2½ de ancho la derecha, y de 2 cm. la izquierda. Fractura lineal en temporal izquierdo.

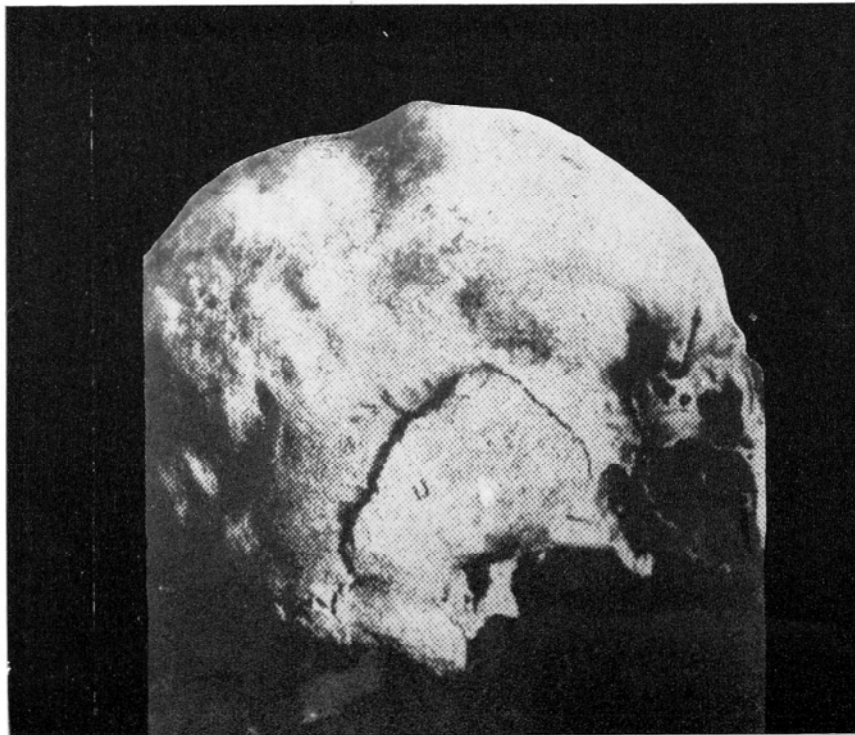


Fig. 11.—Cráneo sacado de la tumba A en el cementerio de Huañispampa, perteneciente al género femenino, mesocéfalo, en el que se aprecia, visto desde arriba, el aspecto rugoso característico de la superficie y una cresta que sigue el trayecto de la sagital y otra tangente sobre la coronal; ambas, en conjunto, dibujan una T. Las suturas correspondientes están borradas en casi toda su extensión. Cauterización sincipital amplia que abarca una gran parte de la superficie craneana. Aija (Perú).

de su acción. De la misma manera, algunas veces se presenta constituida por pequeñas zonas de tejido óseo normal, alternando con otros donde se aprecian excrecencias. Los surcos son producidos por la desaparición de la lámina externa, cuando no ha habido más que erosión o cuando se llega al diploe; no así a la lámina interna, que permanece intacta, salvo en aquellos en que ha sido perforada intencionadamente o por descuido del ejecutante. En este caso, queda convertida la cauterización en trepanación.

A los lados del surco, esto es en sus bordes, presentan un engrosamiento del exocráneo que da lugar a la formación de un rodete de 2 y 3 milímetros de espesor y de 1 ó 2 centímetros de ancho, constituido por dichas dos capas del hueso; se comprenderá, por consiguiente, que si el corte se redujo a la simple incisión de la piel y ambas capas óseas, el surco obtenido tiene que ser estrecho.

Acabo de decir que el surco longitudinal, es decir el que va desde el bregma al lambda, nunca falta, pues, aun en aquellos en que su tamaño no pasa de 3 centímetros, es fácil darse cuenta de su existencia por el aspecto de la superficie, coincidiendo casi siempre su localización con la de los agujeros parietales, los cuales pueden estar desaparecidos en unos cráneos, con uno de ellos en otros y con los dos en los menos. Asimismo, en su trayecto se aprecian la línea de sutura de ambos parietales, marcada en unos y desaparecida en otros, y con tendencia a hacerse lineal en unos y con la coronal desviada hacia adelante en otros. En cambio, el surco transversal falta con bastante frecuencia, y adquiere en algunos ejemplares forma de cruz latina, de arco más o menos curvo y de media luna de concavidad posterior. De igual modo, puede darse el caso de que en una de sus terminaciones presente una ancha fosita, que puede perforarse a veces en forma de agujero irregular, según la intensidad y clase del agente cauterizante, al igual que sucede en los casos de trepanación incompleta.

En nuestras investigaciones hemos encontrado 54 casos, de los cuales 27 pertenecen al sexo masculino, 15 al femenino y 12 sin determinación del mismo. De ellos son dolicocefalos 15, mesocefalos 10 y braquicefalos 2. Unos pocos murieron después de ser

intervenidos por procesos añadidos, como las supuraciones, y los restantes llegaron a su completa curación, habiendo alguno en que hubo de levantarse extensos colgajos del cuero cabelludo y del periostio para poder aplicar el instrumento de piedra puesto al rojo. Asimismo, tengo que añadir que en los cráneos de niños guardados en el Museo no he podido encontrar huellas de haber sufrido la cauterización sincipital, por lo que me resisto a creer que fueran hechas por sus propias madres, valiéndose de una concha afilada para cortar la piel y raspar el hueso hasta llegar a poner al descubierto la lámina interna, en tanto otra mujer separaba los bordes de la herida.

* * *

Pasando ahora a los cráneos encontrados en el nuevo continente, y en especial al de una mujer procedente del Amazonas, recogido por Roy Moddie, a los coleccionados por Tello en el Museo de Antropología y Arqueología de Lima y a los doce estudiados por el profesor Weiss en su obra *Casos peruanos prehistóricos de cauterizaciones craneanas*, por no citar más que los principales, nos damos cuenta de que ellos, como los del Viejo Mundo, presentan lesiones de límites precisos, colocadas sobre el bregma, en la región de la gran fontanela o en sus proximidades, y extendidas a lo largo de la superficie de la bóveda craneana (figs. 11 y 12).

Estas lesiones, calificadas de *cauterización en T sincipital*, son las mismas que las descritas por Manouvrier en los cráneos del Viejo Mundo, dada la estructura de sus láminas externa y diploe, procedimientos usados para practicarla, formas, dimensiones y supervivencia lograda.

En conclusión, tanto unos como otros presentan erosiones de la tabla externa uniforme o alternando con partes sanas; su destrucción deja el diploe al descubierto, y hay perforaciones de la lámina interna, en forma de pico sin bisel, producidas por la violencia del raspado. La semejanza de la T sincipital con las heridas infectadas puede ser tan estrecha, dice el profesor Weiss, que algunas veces llega a ser imposible la diferenciación, pero, en cambio, en los cicatrizados su aspecto es igual al de los nues-

tros; es decir, rugoso con relieves y surcos cicatriciales más o menos salientes, y con frecuencia rodeados por un levantamiento en forma de rodete que circunscribe parte o toda la lesión.

No era rara, por lo tanto, la presencia de infecciones y supuraciones, ni la coexistencia de la cauterización citada con otras intervenciones y enfermedades como fracturas, trepanaciones, escarificaciones y exóstosis observadas en los cráneos de Canarias, trepanaciones de tipo circular u oval con resección de rodajas óseas en los de Francia y Norte de Africa y trepanaciones de tipo cuadrangular y rodajas óseas en los del Perú.

Ahora bien, si comparamos los casos de *T sincipital* hallados en ambos continentes con el número de trepanaciones neolíticas llevadas a cabo en el período precolombino, podemos decir que su número es relativamente escaso. Contrasta esta deducción con la cifra de los hallazgos, en una región limitada, a una distancia de 50 kilómetros de París, donde, al decir de Manouvrier, debió de existir una escuela de cirujanos floreciente desde muchos años antes, en contraposición con los de Aija en el departamento de Ancash, del Perú, los más parecidos a los franceses, que proceden en corto número de una pequeña zona de dicho departamento y de los cementerios de Huañispampa y Calcamu-chica.

La semejanza, por lo tanto, entre la *T sincipital* de los dos mundos y su interpretación como procedimiento curativo es tan estrecha que elimina la posibilidad de inventos independientes. Antes al contrario, su origen parece ser único y fue difundido a través de las culturas de los pueblos, partiendo del viejo continente, en Francia (donde debió de existir, como acabo de decir, una escuela de cirujanos florecientes que fue propagando el procedimiento y sus indicaciones), a través del Norte de Africa y Canarias, para llegar a América, después de haber atravesado el Atlántico.

IV. CAUTERIZACIÓN SUPRAINIANA

Es llamada así por estar localizada en el occipital, encima del inion, punto craneométrico situado en la unión de las dos líneas curvas occipitales superiores, las que, arrancando del

mismo, se pierden en los lados del referido hueso. Tiene, en realidad, esta cauterización forma y tamaño tan variados, que sólo por el criterio en serie, partiendo de la forma típica, puede ser reconocida. Así nos encontramos, en los treinta y dos cráneos conservados en nuestro Museo Canario, su huella en el hueso, con los más diversos matices, pues si bien en algunos pasa desapercibida, en otros se reduce a la existencia de rugosidades en su superficie; rugosidades que pueden oscilar entre 1 y 3 centímetros de largo en el sentido horizontal, por 1 ó 2 de alto, hasta alcanzar por sus lados una zona, más o menos lisa o rugosa, de 3 a 10 centímetros de tamaño (figs. 13 y 14).

La parte central, es decir la que está por encima del inion, marcadamente áspera, puede llegar a tener forma circular o triangular, con base superior y vértice inferior tocando el inion, con dimensiones que varían entre 1 y 1,50 centímetros de largo y ancho respectivamente; y una profundidad lo suficientemente amplia para darle aspecto de fosa, en este caso conocida con el nombre de fosa suprainiana.

Interpretada como defecto producido por la deformación causada por los trofeos, es necesario no confundirla con las inserciones de los músculos y aponeurosis occipitales, tan de por sí características.

La intervención se reducía a raspar, con uno de los instrumentos antes citados, el sitio referido hasta producir una simple erosión de la lámina externa, en los casos más ligeros, o alcanzar el diploe en los más intensos, sin llegar a perforar la interna. En esta cauterización, a diferencia de la sincipital, no se recurría a los cáusticos químicos.

En nuestros treinta y dos casos ninguno estaba perforado, y por carecer todos ellos de cuero cabelludo no fue posible encontrar señales de las incisiones llevadas a cabo en los tejidos blandos. Todos los casos estaban cicatrizados, y, por consiguiente, sobrevivieron a la intervención.

Respecto a su significación cultural y arqueológica, y teniendo presente que en los cuarenta y ocho cráneos de niños guardados en esta Sociedad sólo la he encontrado en uno, reducida a una incisión ósea curva y corta, hay motivos suficientes para pensar que no fueron hechas como un rito de operación preven-

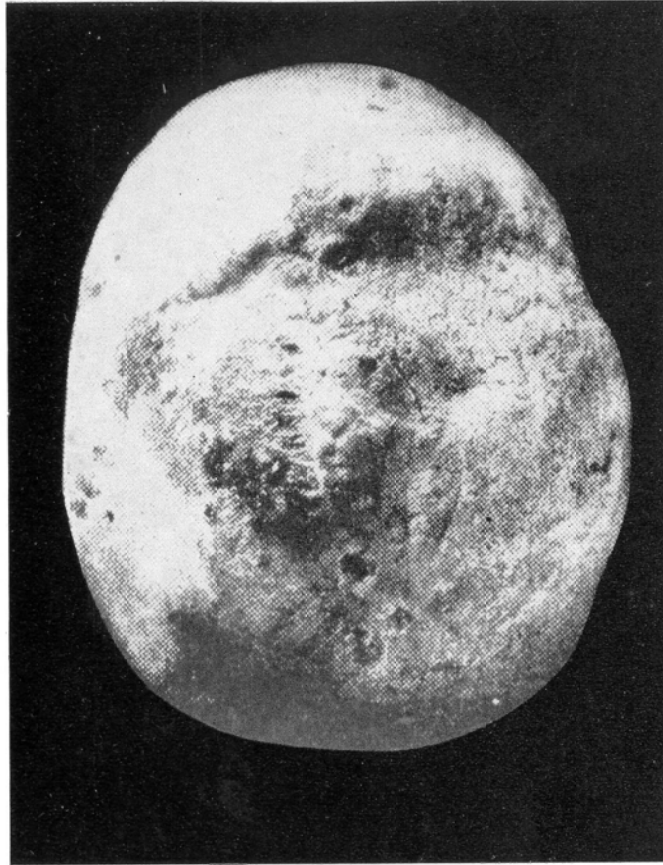


Fig. 12.—Cráneo femenino de Aija (Perú) con lesiones de límites precisos sobre el bregma.

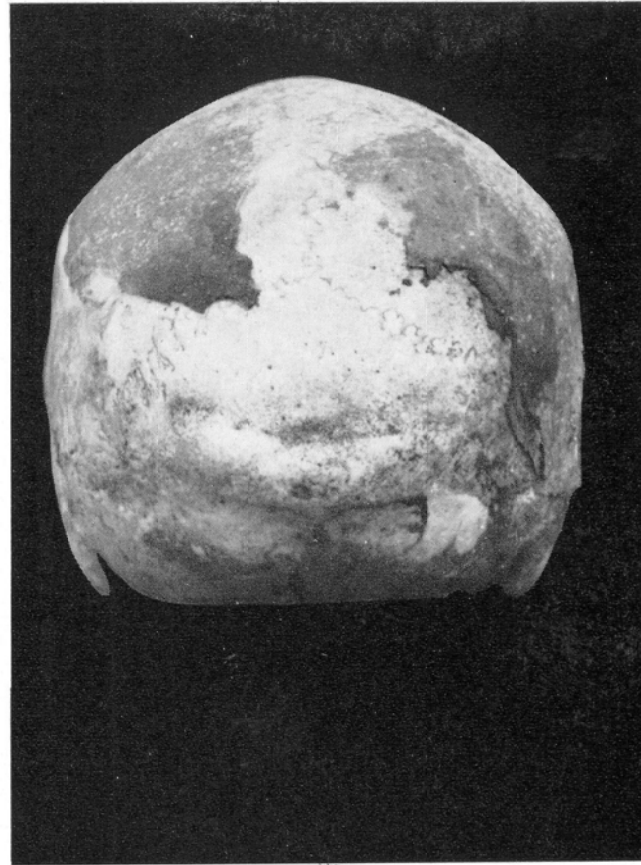


Fig. 13.—Cráneo sin número. Cauterización suprainiana, de 5 cm. de largo y 1/2 de alto; rugosa en su parte media.



Fig. 14.—Cráneo 36 (38 altos), Guayadque. ♂ tipo 2,76. Trepanación suprainiana de 3 cm. de ancho en su parte central y de forma triangular, con el vértice unido al inion, y líneas occipitales, sobre todo la derecha, prominentes. En su parte derecha tiene la trepanación 1½ cm. de ancho, que aparece más extensa que en su lado izquierdo; rugosa y en el fondo el diploe.

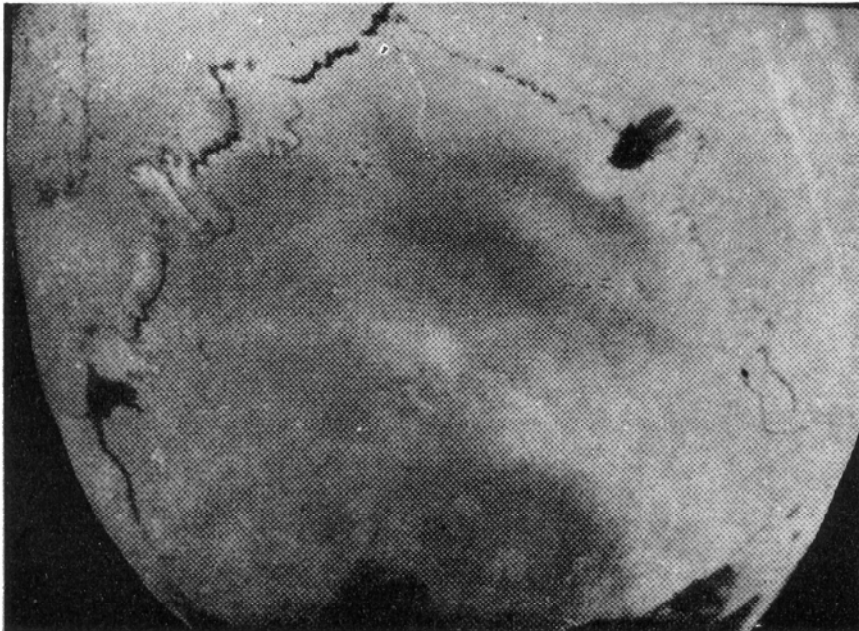


Fig. 15.—Cráneo F, La Calera de Chancay (Perú). Cauterización suprainiana, en la que la operación se redujo a raspar la tabla externa, sin alcanzar el diploe.

tiva usada en pediatría para evitar otras enfermedades, sino que fue aconsejada para aliviar los males de cabeza, vértigos y convulsiones epilépticas, pues al no hacer uso de hondas y porras en sus combates, tanto entre sí como contra los invasores, no pudo tener nunca carácter de fines descompresivos cuando sufrían lesiones traumáticas en el cráneo.

En nuestros casos, la cauterización va acompañada algunas veces de la sincipital, y otras, las menos, de escarificaciones, exóstosis y abolladuras parietales.

* * *

Por lo que se refiere al Nuevo Mundo, el alto porcentaje que alcanza la *cauterización suprainiana* en América, después de examinados los cráneos del Cementerio de la Calera, en el Valle de Chancay, de los observados en el Valle de Casma y de los encontrados en las necrópolis próximas por varios investigadores peruanos, entre los cuales merecen citarse los profesores Romero Almeida, Tello, Weiss y Rosa Castro, revela que esta cauterización fue hecha en el Nuevo Mundo con relativa frecuencia; y si lo fue desconocida al principio, bastaron lo típico de su forma, la frecuencia en los niños y su localización en el occipital, encima del inion, bordeada en su parte inferior por las líneas curvas occipitales superiores, para caracterizarla y diagnosticarla. En ellos, como en los del Viejo Mundo, las formas más dudosas se reducen a una rugosidad en la superficie del hueso o a un engrosamiento de las líneas occipitales, como consecuencia del raspado de la lámina externa, sin alcanzar el diploe, o llegando hasta éste sin perforar la lámina interna; no siendo raros los casos en que la lesión presenta un orificio de dimensiones variables algunas veces filiforme, como si fuera un vaso nutricio del hueso. Pero, hecho curioso, así como en los cráneos de Canarias no hemos observado la asociación de la *suprainiana* con ninguna deformación cefálica, por no existir en líneas generales, en América Central va con mucha frecuencia acompañada de la llamada uniforme fronto-occipital, forma común en la costa peruana central al final o después del período epigonal; y en otros existentes en el Museo de Lima, procedentes

de la costa (figs. 15 y 16), va asociada con plagioclasa y amplia y profunda fosa suprainiana.

Igualmente sucede en la ciudad de México, donde se ha hallado un cráneo de mujer con cauterización suprainiana y deformación fronto-occipital, lo cual hace pensar en que, habiéndose encontrado todos ellos en los mismos sitios donde se usaron los aparatos deformadores, esta *cauterización suprainiana*, que al parecer tiene sus raíces dentro del Nuevo Mundo, en el Tiahuanaco costeño, revistió un carácter de rasgo cultural más adelantado que el existente en Europa y Africa, a pesar de ser oriunda del viejo continente.

V. TREPANACIÓN

Siguiendo con el estudio de los referidos cráneos se obtiene la conclusión de que los primitivos pobladores de Canarias practicaron, como otros muchos pueblos del Neolítico, la *trepación*. Esta intervención, juzgada como la operación de mayor importancia y significación llevada a cabo desde muchos milenios anteriores a nuestra era, se consideró también la más antigua de entre las que existen huellas demostrativas; y, por lo tanto, nada de extraño tiene que se la haya encontrado en los cráneos de los aborígenes.

La trepanación fue verificada, según acabo de decir, en casi todas las naciones del mundo antes del descubrimiento de América por Cristóbal Colón. Pero, comenzando por Europa, se sabe perfectamente que su ausencia fue completa en algunos de sus países occidentales, como Inglaterra, Suecia, Portugal y España; y en cambio fue frecuente en Francia, Checoslovaquia, Alemania, Finlandia, Dinamarca, Rusia, Austria, Italia y Suiza. Atribuida esta diferencia a la existencia en los primeros del elemento dolicocefalo y a la invasión del braquicefalo en los segundos, no hubo duda de que al penetrar en Europa procedentes del Este, a través del Valle del Danubio, fue Francia la nación donde más se practicó, por ser precisamente la que más se vio favorecida por esta invasión.

En Africa, donde sus habitantes estaban constituidos por una mezcla de elementos muy diversos, sólo se verificó la trepana-

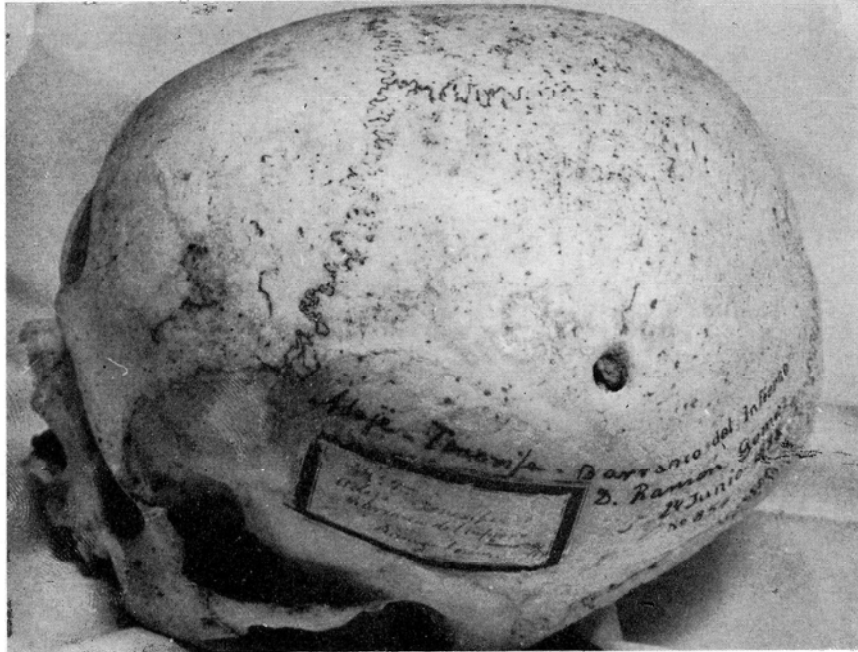


Fig. 17-b.—Cráneo 854 (17 altos). Adeje (Tenerife). ♂ tipo guanche 77. En parietal izquierdo, cerca de la porción escamosa del temporal, trepanación de forma oval, casi circular, de 1 cm. de diámetro, con perforación en su mitad izquierda y con lámina interna en su mitad derecha. Bordes en bisel y rodetes ligeramente marcados.

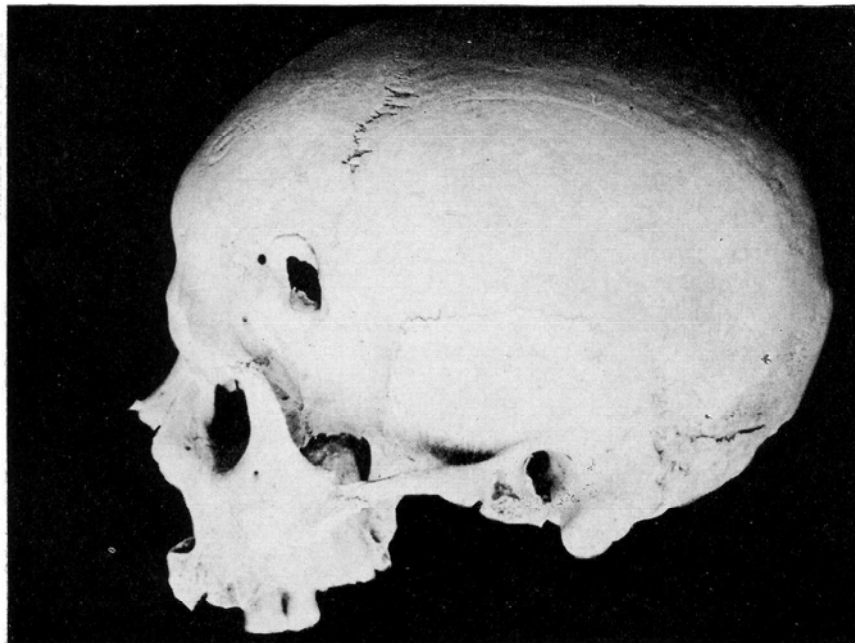


Fig. 18-a.—Cráneo 301 (19 bajos). Guayadecue. ♂ sin tipo 76. Trepanación completa en frontal izquierdo, por delante de la sutura fronto-parietal maxilar, con lámina externa mayor que la interna, que está cortada a pico. La primera tiene forma oval y la segunda romboidal, de 2×1 cm. de tamaño, en dirección antero-posterior.

ción en un territorio muy pequeño cerca del Aurés, ocupado por los Chaouïas, tribus que contribuyeron a la formación del pueblo berébere. Entre estos elementos se encontraban dos con caracteres diferenciales: uno pardo, descendiente de una pequeña proporción de estos beréberes autóctonos, y en una mayor de los romanos, y otro blanco, procedente de los emigrantes europeos (cromañoses, galos y germanos), mercenarios de los ejércitos romanos o vándalos refugiados en el Aurés a la caída de su dominación.

No había duda, pues, de que los beréberes autóctonos la conocían antes de la llegada de los romanos, puesto que uno de los cráneos neolíticos de la necrópolis del Roknia, descubierto por el general Faidherbe, llevaba las huellas de una trepanación; es más, su técnica es más primitiva que la de los romanos, ya de por sí muy perfeccionada.

Entre los habitantes medio salvajes del Aurés, una fracción de los Beni-Barbar, los Inoublen, poseían una inteligencia muy desarrollada, a tal punto que sus miembros eran médicos dotados de gran habilidad técnica operatoria, ya que se instruían en los centros quirúrgicos situados en el Djebel Chechar, donde aprendían las principales indicaciones de la *trepanación* y su tratamiento postoperatorio. Esta práctica de los Chaouïas vino, sin duda, de Europa hacia fines del Neolítico, época en que los trepanadores eran numerosos en La Lozère (Francia).

En Asia y Oceanía, esto es Indonesia, Australia y Polinesia, donde se ha conservado más pura la dolicocefalia, no se ha señalado la existencia de la trepanación; y sí, en cambio, en la Melanesia, en la que, no obstante la dolicocefalia acentuada, el solo hecho de existir un pequeño número de braquicéfalos fue lo bastante para que de los quinientos cráneos exhumados se encontrara un 7 por 100 de trepanados.

De todo lo expuesto puede deducirse que la trepanación llegó a Canarias, desde Europa, a través de Africa, por intermedio de los Chaouïas, tribu del Aurés, ya que en España no se conocía, según tengo dicho, y por existir en estas islas, habitadas principalmente por cromañoses, un pequeño número de braquicéfalos, dándose el caso curioso de que los dos únicos ejemplares donde

se muestra la trepanación terminada tienen un índice cefálico superior a 81.

La *trepanación* llevada a cabo por los canarios prehistóricos consistía en desprender una o varias porciones, generalmente circulares, ovales o triangulares, de los huesos de la bóveda del cráneo. Y esto, que es cierto en la mayoría de los casos, no lo es en todos, por cuanto la intervención realizada se reducía en éstos a perforar las tres láminas sin extraer el trozo de hueso circunscrito. De ahí que practicaran dos clases distintas de trepanaciones, las completas y las incompletas, según que la masa encefálica fuera puesta en comunicación con el exterior o no.

Se caracterizaban las primeras por la regularidad de sus contornos, interrumpidos algunas veces por espolones óseos más o menos irregulares, y por tener la abertura externa del hueso, formada por la lámina externa, mayor diámetro que la interna, cortante y también irregular; de tal manera que el eje mayor del orificio externo no sobrepase 2 centímetros del interno, lo que demuestra el cuidado que tuvo el operador de no herir la duramadre. Sus bordes presentan, una vez cicatrizados, forma de bisel o tallados en pico. En el primer caso, la mayor parte de los cráneos neolíticos tienen el orificio de la lámina externa mayor que el de la interna, de tal manera que el bisel así formado parte insensiblemente de la lámina externa para inclinarse dulcemente hacia la cavidad craneana y unirse con la interna; mientras que en el segundo se presenta ésta perforada en forma de agujero irregular y dentellado al ser separado el trocito de hueso una vez terminada la operación (figs. 17, 18 y 19. Véanse los cráneos 300 y 301.)

Llevaban a cabo la intervención en cualquier sitio de la bóveda craneana. Por lo tanto, puede decirse, en términos generales, que no tuvieron sitio preferente de elección, ya que lo mismo la realizaban en los parietales, frontal y occipital, aunque raras veces en el temporal y en las suturas lambdoidea, sagital y coronal; es decir, en aquellos sitios donde la duramadre no estuviese adherida a los huesos de la bóveda ni en los próximos a los senos venosos.

Sin embargo, el lugar más apropiado y elegido fue el parietal izquierdo, próximo al frontal, dándole forma oval o redonda, más

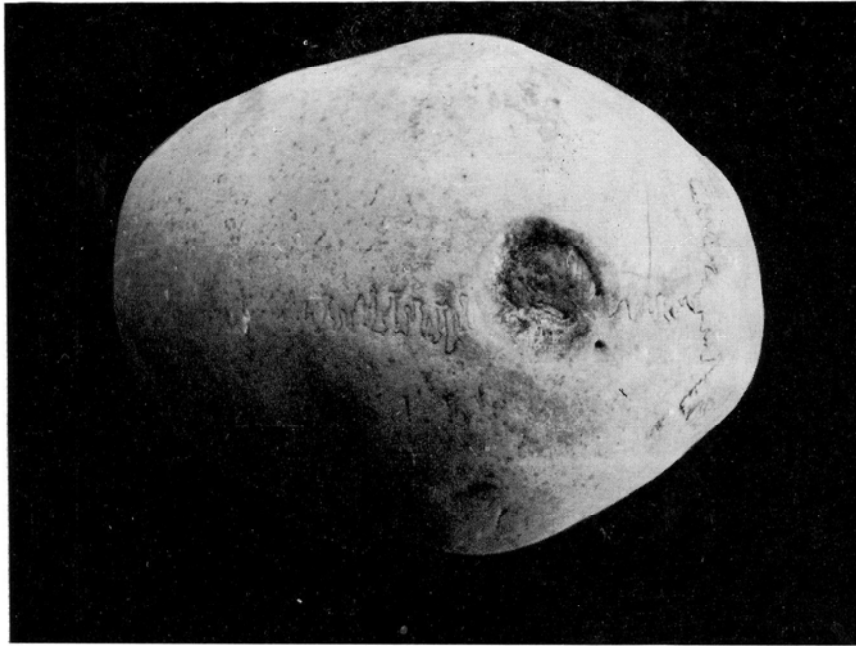


Fig. 19-b.—Cráneo 858 (19 altos). Guayadeque. ♂ tipo guanche 72. Trepanación incompleta situada entre los dos parietales, de $3\frac{1}{2} \times 3$ cm. de ancho y $\frac{1}{2}$ cm. de profundidad; rugosa en el fondo, que llega hasta la lámina interna.

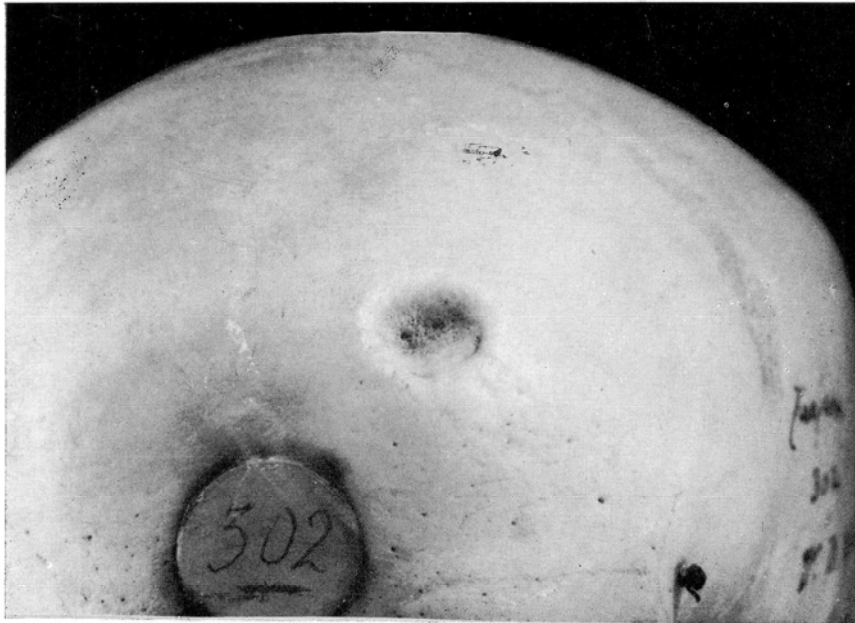


Fig. 19-c.—Cráneo 302 (17 alto). Tirajana. ♂ sin tipo 77. Prognática. En frontal izquierdo, trepanación incompleta de forma circular bien limitada y con rebordes pronunciados; áspera en el fondo, donde se aprecia el diploe.

frecuente la primera, en cuyo caso el eje mayor estaba orientado en sentido anteroposterior, a fin de que el vertical fuese el menor. Su tamaño variaba entre 1 y 4 centímetros para los trepanados en vivo, y entre 5 y 9 para los después de muertos.

Ejecutaban la operación con instrumentos de piedra (basalto, pedernal y obsidiana) tallados en forma de hojas excepcionalmente afiladas, con los que, una vez incididas las partes blandas, abrían el hueso mediante un movimiento rápido y circular, o lo raspaban y rayaban con cortes pequeños y oblicuos hasta darle el tamaño y la profundidad conveniente. En el primer caso, obtenían unas pequeñas cúpulas que limitaban una o varias porciones semiesféricas de la calota craneana hasta extraerla, si la *trepanación* era completa, o le daban las otras formas, procediendo, una vez finalizada, a la regularización de los bordes, para darles el aspecto de bisel o de pico anteriormente mencionado.

Los aborígenes canarios practicaron la trepanación en el vivo y en el muerto, según lo atestiguan los cráneos observados; y como los trepanados en el vivo curaron unos y sobrevivieron otros poco tiempo después de la operación, bastó el estudio de sus bordes y las radiografías del trozo trepanado para considerarlos dentro de un grupo o de otro.

La trepanación en nuestros cráneos parece haber sido hecha en casos de fracturas, osteítis supuradas, sinusitis y traumatismos óseos; es decir, en cuantos males producían dolores de cabeza, vómitos, vértigos, dificultades en la marcha, ceguera, pérdida de la palabra, y otros síntomas que hacían pensar en la existencia de algún proceso en evolución dentro del cráneo, lo que no es óbice para suponer que en algunos otros haya sido realizada como práctica religiosa, dado el convencimiento y deseo que tenían de que al efectuarla se desembarazaban de los malos espíritus.

* * *

Con respecto a América, he de decir que, de antes del período precolombino, Guillman había descrito en América del Norte sólo quince trepanados, de ellos uno en el Lago Toscodia y otro en Rock-River; y en América Central, doce al norte del Estrecho

de Panamá, especialmente dos en México, uno trepanado, a nivel del parietal derecho, en Tarahumara y otro en Nararachi; a los que hay que añadir los encontrados por Carreño en Chalchiuitis y los hallados en el Estado de Michoacan.

En cambio, en América del Sur, especialmente en los Andes, Bolivia y Perú, son numerosísimos los hallazgos, pues desde que Squiers descubrió el primer cráneo precolombino, trepanado en esta última nación, innumerables trabajos se han publicado sobre este tema. Muñiz encuentra cinco en las proximidades de Cuzco, once en la provincia de Huarochiri, uno en Tarma, otro en las ruinas del Cañete; y estima que las *trepanaciones* fueron practicadas doscientos años antes de la Conquista. Mac Curdy encontró 119 procedentes de Paracancha, de los cuales 32 estaban intervenidos, algunos de ellos con varias trepanaciones. Julio C. Tello, de 400 cráneos encontrados en Jouyosganz, en las proximidades de Huarochiri, observó 250 trepanaciones. Francisco y Luis Graña, en colaboración con Rocca, estudiaron 250 cráneos de los existentes en el Museo Nacional de Antropología y Arqueología, en el de la Facultad de Medicina de Lima y en el Arqueológico del Cuzco, de los cuales presentaban trepanaciones clasificadas, 180 como completas y 42 como incompletas; y Pedro Weiss aporta espléndidos conocimientos de la trepanación en el período que estudiamos.

Puede decirse, por lo tanto, para no hacer extensa esta relación, que fueron los peruanos los maestros de la trepanación, dada la pericia con que la ejecutaban y la confianza que inspiraban, hasta el punto de que se encontraron cráneos con cinco y siete trepanaciones cicatrizadas, otros con señales de supervivencia y otros, los menos, en los que fue hecha después de la muerte, para obtener rodajas óseas que destinaban a distintos fines.

Refiriéndome a la trepanación hecha en el Perú, como nación más adelantada en dicho arte, he de decir que para realizarla, a diferencia de la de nuestras islas, se valían de instrumentos que no usaron los del Viejo Mundo, pues además del pedernal, basalto y obsidiana, emplearon punzones y cinceles hechos a base de cobre y de una amalgama metálica llamada champi. Poseían, además, un objeto muy curioso llamado el «tumi», que tiene la

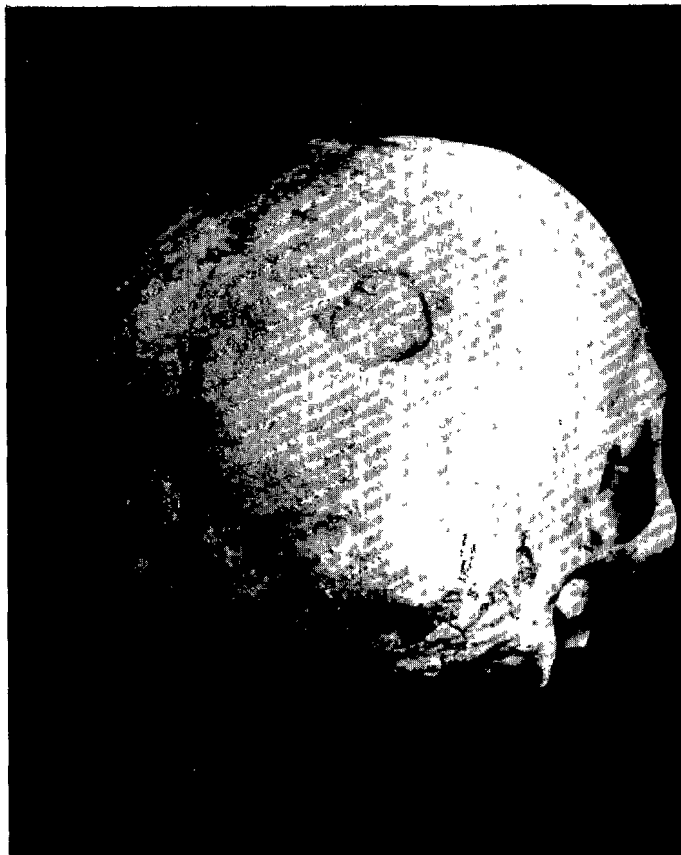


Fig. 19-d —Cráneo 288 (19 altos) Guayadeque. ♂ tipo guan-
che 73 Trepanación incompleta en porción media de parie-
tal derecho, de $3\frac{1}{2}$ cm. por $2\frac{1}{2}$ cm., de forma oval, casi
circular, con hundimiento de 3 mm., con bordes.



Fig. 20 — Cráneo 173, procedente de Cuzco, de cultura
Inca, de sexo masculino y de edad adulta, que presenta
una craniectomía cuadrangular, de contornos bien preci-
sos, en los cuales es posible ver los surcos que corres-
ponden a las características de la práctica quirúrgica.

forma de una T invertida, con una parte transversal semicircular o curvilínea terminada en ángulo puntiagudo o redondeado, que cortaba y raspaba el hueso girándolo en sentido perpendicular, hasta escarbarlo en forma circular.

Incindían las partes blandas con el referido «tumi», haciendo líneas diferentes para ofrecer campo suficiente a las maniobras respiratorias. Estaban supeditadas, por lo tanto, a los motivos de la intervención, pues regladas en los casos de lesiones intracranéanas, eran más o menos irregulares en los tumores del hueso, osteítis diversas y, muy especialmente, en las traumáticas, donde practicaban cortes de figura y tamaño distintos, para hacer la limpieza y suturas de las heridas. De igual manera, se valían de los otros instrumentos afilados, como el bisturí, para diseccionar los planos profundos.

Al llegar a la superficie ósea, efectuaron, como en el Viejo Mundo, diversos tipos de *trepanaciones* (ovales, circulares, triangulares); pero añadieron las cuadrangulares, rectangulares, poligonales y en corona de trépano o de barreno de los ebanistas (figs. 20 y 21), esto es modalidades que permitieron deducir la superioridad de las técnicas empleadas, los aspectos de la trepanación y la forma de aplicación de los instrumentos. Asimismo, se valían para hacer las perforaciones óseas redondeadas u oblongas de cinceles especiales hechos de champi, por ser duros y afilados, a fin de soportar el peso de una maza de metal que caía sobre él para facilitar la operación, pues se sabía que los cuchillos de obsidiana y demás piedras se rompían en fragmentos al horadarle, circunstancia que obligó a usarlos en sentido longitudinal, a manera de sierra.

* * *

De cuanto llevo expuesto puede llegarse a la conclusión de que la trepanación se llevó a cabo con relativa frecuencia en muchas naciones del Neolítico, y que fue juzgada como la operación más antigua, significativa e importante de cuantas se realizaron en los milenios anteriores a nuestra era.

Si fijamos nuestra atención en el mapa de su distribución en ambos continentes, no podemos menos, al tratar de explicarlo,

de hacer referencia a las dos teorías que han surgido en el momento actual de la ciencia, como consecuencia de la misma. Una defendida por los profesores Pericot y Alcina, que atribuye el origen de su aparición a los focos situados en la Europa Occidental, de donde pasó al Africa del Norte, siguió por las Islas Canarias y atravesó el Atlántico hasta llegar a tierras americanas; es decir, que tomó en su difusión la dirección hacia el Oeste. Fundamentada en el hecho de que en las trepanaciones llevadas a cabo en Perú y Bolivia la herida producida la cubrían con un trozo de calabaza («Lagenaria siceraria»), planta americana domesticada en el Viejo Mundo, oriunda de Africa, conocida y usada en Canarias y encontrada en Sudamérica en fechas anteriores a los 3000 años a. C., hace pensar que llegó al Nuevo Mundo cruzando el Atlántico. Si a ello añadimos que la *trepanación* no existió durante esa época en Asia, Indonesia, Australia y otras naciones del Este de Europa, y que en Oceanía usaban el coco en lugar de dicha planta, échase de ver y comprender las razones de su basamento.

La segunda, defendida por Wölfel, dice que la trepanación americana estaba vinculada a la de Oceanía y Polinesia, por tener similitud de técnicas y de motivos operatorios, hasta tanto no fueron ocupados estos territorios por los europeos, fecha en que las prácticas médico-quirúrgicas ejercidas por los aborígenes americanos sufrieron un definitivo colapso. Este fenómeno, provocado por el violento choque entre las dos civilizaciones casi opuestas, tuvo su explicación en el conocido hecho de que un pueblo que ha logrado alto grado de cultura y formas propias de vida, al ser dominado por otro que impone sus leyes y costumbres, abandona la natural trayectoria de su civilización. Esta imposición obligó al pueblo dominado a la ocultación de todos los secretos de su existencia, como único medio de defensa y fórmula muda de protesta.

Por otra parte, expuestos los procedimientos operatorios de la trepanación usados en Canarias y en el Perú, como nación más adelantada del Nuevo Mundo, sus indicaciones, formas e instrumentos, con sus analogías y diferencias, es fácil deducir que los ejemplos peruanos sirvieron para ilustrar las descripciones de los casos del antiguo continente, ya que fueron más perfecciona-

dos que los de los aborígenes canarios, dada la abundancia de craniectomías que efectuaban de una manera reglamentada y deliberada. A este propósito, baste decir que emplearon diferentes tipos de trepanación, unas iguales a los del viejo continente (ovales, circulares y triangulares) y otras inventadas por ellos, como las poligonales, cuadradas, en corona de barreno de los ebanistas, a fin de facilitar la eliminación del fragmento óseo, y los mismos instrumentos, y los suyos propios ya especificados anteriormente. Si a ello añadimos que, al igual que aquéllos, repetían las asociaciones de la trepanación con las cauterizaciones y rodajas óseas, y que su distribución geográfica se reducía a pequeños dólmenes situados en cortos territorios ubicados al noroeste de París y en una pequeña zona del departamento de Ancash, en Aija (Perú), donde existía la mayoría de su colección, se puede decir que hubo semejanza en ambos continentes en cuanto se refiere a la ejecución de la *trepanación*, y que si hubo alguna diferencia lo fue como respuesta a los adelantos logrados por los habitantes del Nuevo Mundo.

De ahí que haya que añadir, como conclusión, que las dos opiniones o teorías expuestas, en lugar de oponerse, se complementan, pues la trepanación nació al mismo tiempo en ambos mundos, con la independencia necesaria; y que si se llevó a cabo con distintas técnicas lo fueron como consecuencia de determinadas formas de heridas de guerra y de determinadas armas de combate que pudieron ser las únicas difundidas o inventadas sin subordinación alguna.

VI. SÍFILIS

Uno de los temas más interesantes que aporta el estudio de las enfermedades padecidas por los primitivos pobladores de Canarias es el que se refiere a la existencia de la sífilis en estas islas antes del descubrimiento de América por el gran navegante. Se comprenderá, pues, que con su afirmación o negación podemos contribuir, en una pequeña parte, al esclarecimiento o duda puestos de manifiesto en la discusión de las dos teorías que sobre su aparición en el mundo se debaten desde hace años y siguen debatiéndose entre nuestros conocimientos actuales; esto es, la lla-

mada «colombina», que afirma existió primeramente en América y fue importada a Europa por los hombres de Colón, y la denominada «precolombina», que dice se padeció en Europa antes de conocerse en el nuevo continente. Dedúcese, por consiguiente, la importancia del tema a tratar, toda vez que, situado el Archipiélago Canario en la ruta europea-americana, su hallazgo sería un argumento decisivo en favor de una de las dos teorías; o de una tercera en discordia que afirma que la *sífilis* nació con el hombre y es, por lo tanto, congénita en todas las razas.

El primer investigador que estudió, hace años, los 1.200 cráneos coleccionados en las salas de Antropología del Museo Canario y los existentes en otros pequeños museos de las islas, fue el antropólogo francés René Verneau, quien no dudó en afirmar que de ellos 23 presentaban lesiones calificadas de gomas sífilíticas, de los cuales 18 los tienen localizados en el frontal izquierdo; uno, con uno en cada lado del mismo hueso, otro con dos en el parietal derecho, otro con uno en cada parietal, otro con dos en el frontal y uno con uno en el parietal izquierdo. Todas estas lesiones presentan aspecto parecido, aunque distintos en forma y dimensiones; si bien tienen de común el que en ninguna de ellas se ha visto perforada la lámina interna.

Refiriéndome, pues, a ellos y a los huesos de las extremidades guardadas en dichos centros, bajo el punto de vista paleopatológico, ayudado por el estudio radiográfico, exploración complementaria de suma importancia, puedo adelantar que los casos antes citados *no son sífilíticos*, y, por consiguiente, que no existió en nuestros aborígenes esta dolencia universal, conocida con distintos nombres en ambos mundos.

Para afirmarlo basta recordar que siendo la sífilis, en sus formas congénita y tardía o terciaria, la infección que acostumbra, pasados los años, a localizarse en dichos huesos, a ellos recurriremos en nuestro estudio.

En efecto, como es sabido, entre las formas radiológicas que hoy se describen de dicha enfermedad (osteolítica, esclerosante, gomosa y secuestrante), la que más interesa es la llamada gomosa, toda vez que el maestro de la antropología francesa las diagnosticó de tales. Así, pues, como argumentación, he de decir que los

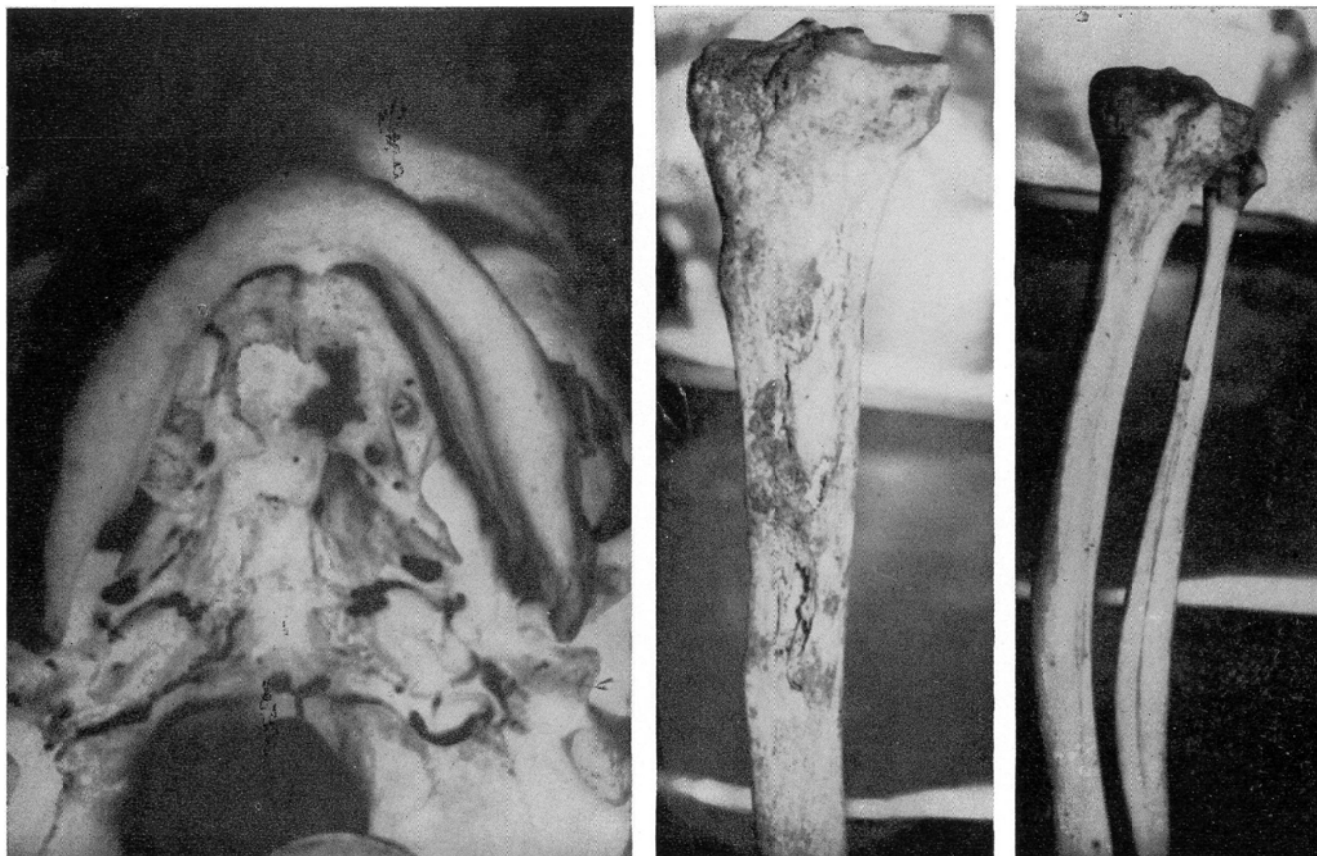


Fig. 25. (*Izquierda*). Bóveda palatina de un hombre sífilítico, en el que se aprecia una perforación de forma irregular, y con el diámetro anterior de 2 cm. de tamaño.—Fig. 26. (*Centro*). Tibia sífilítica de forma hiperostósica, que alcanza la casi totalidad de su diáfisis. Se observa un espesamiento fusiforme, más ó menos hojoso, que da lugar a que los bordes externos, por efecto de este aumento en espesor, sean irregulares y ondulados.—Fig. 27. (*Derecha*). Tibia sífilítica terciaria, incurvada hacia adelante, dándole la forma conocida con el nombre de «tibia en lámina de sal» (tibia platicnémica).

gomas, únicos o múltiples, se presentan en la superficie del cráneo como excavaciones de distintas formas y tamaños, aunque dominando la arriñonada, y con límites borrosos e irregulares, toda vez que, actuando la sífilis como proceso osteolítico, la destrucción de la lámina externa es mayor que la de la interna a causa de que el tejido de granulación específica penetra en el hueso a partir del periostio, razón por la cual la membrana ósea es destruida desde fuera. Ello da lugar a que en otras ocasiones se encuentre en el goma, además de lo antes expuesto, osificaciones en forma de engrosamiento y condensación alrededor del mismo, como señal de reacción del tejido óseo sano que le rodea.

Parecía, pues, que no debía haber duda de que estas lesiones, interpretadas por el profesor Verneau como gomias, tenían semejanza con las que presentan nuestros cráneos, al tener límites precisos, formas casi siempre ovaladas o losángicas, redondeadas o circulares y, en menos veces, irregulares; y dimensiones que varían entre medio a dos centímetros y medio en su diámetro transversal, y tres a cuatro en el sentido anteroposterior. Su profundidad, al igual que la de los gomias, oscila entre la simple erosión de la lámina externa y la que deja el diploe al descubierto, sin que llegue a la lámina interna, y mucho menos a perforarla; y, como ellos, están rodeados frecuentemente por un reborde óseo en forma de rodete que circunscribe parte o toda la lesión. En estas condiciones, la radiografía basta para aclarar las dudas, pues en los gomias sífilíticos se observan focos de claridades irregulares (figs. 22 y 23) que permiten apreciar en su interior varias sombras densas correspondientes a secuestros pequeños con superficie apolillada, y en la periferia focos pequeños de condensación, como expresión de una inflamación esclerosante.

De igual manera, y sin salirnos de la cabeza, la *sífilis* de las fosas nasales y de la bóveda palatina (figs. 24 y 25) tienen gran importancia para negar o afirmar la existencia de la misma, bien en su totalidad o en la unión del vómer con las afisis palatinas, de forma oval y tamaño que oscila entre 2 y 3 centímetros.

Por otra parte, la sífilis de los huesos largos es otra localización muy frecuente, tanto en la congénita tardía como en la ad-

quirida terciaria, después de muchos años de tenido el chancro. En estos casos, la radiografía describe tres formas: la hiperostósica, la rarefaciente y la mixta. En la primera se observa un espesamiento fusiforme, más o menos hojoso, de la diáfisis interesada, que da lugar a que sus bordes externos, por efecto de este aumento de espesor, sean irregulares y ondulados y se confundan con los del hueso antiguo o sano, mientras que la cavidad medular puede algunas veces estar conservada, otras disimulada por la opacidad de la hiperóstosis y otras colmadas por las enóstosis. En la segunda, más rara que la primera, se observa que la infiltración gomosa produce sobre los huesos planos una o varias zonas de transparencia, en tanto que en los huesos cortos y en las metáfisis de los largos origina geodas yuxtapuestas rodeadas frecuentemente por una capa de condensación ósea o por una zona radiotransparente única, que puede tener forma redonda u oval. En la tercera, como su nombre indica, están asociadas lesiones de hiperóstosis y de rarefacción ósea.

De todas las *sífilis* de los huesos largos, la de la tibia reviste una forma hiperostósica que alcanza por entero la totalidad de su diáfisis o la de una de sus extremidades, bien en todas o en algunas de sus caras. En el primer caso, es pesada la totalidad de sus diámetros; la tibia sífilítica (figs. 26 y 27), por el predominio de la oposición subperióstica en su borde anterior, que aparece transformada en una verdadera cara, se incurva hacia adelante hasta darle la forma conocida con el nombre de «tibia en lámina de hoja de sable», que es carácter patognomónico de esta localización.

Pues bien, ninguna de estas lesiones, características de la sífilis gomosa descritas en los huesos de la cabeza y largos, han sido encontradas en los numerosos documentos óseos que forman parte de las colecciones de nuestros museos. De ahí que *neguemos la existencia de esta enfermedad en los aborígenes* antes del descubrimiento de Colón, y que consideremos las lesiones encontradas por el referido profesor como cauterizaciones producidas por la mano del hombre, bien valiéndose de los instrumentos de piedra o de distintas plantas; en otros términos, como graduaciones de un proceso de osteítis traumáticas llevadas a cabo con un fin terapéutico.