

# ESTUDI ANTROPOLÒGIC DE LES RESTES HUMANES DEL SARCÒFAG DE PLOM DE CA N'ANGLADA, TERRASSA.

Assumpció Malgosa i Morera

## MARC HISTÒRIC

El mes de juny de 1958 es va descobrir un sarcòfag de plom d'època romana al barri de Ca n'Anglada de Terrassa al carrer Verge de les Neus-Àngel Rodamilans núm. 74 (Pla especial, 1985), el qual es troba actualment exposat en el Museu de Terrassa, Castell-Cartoixa de Vallparadís (Número d'inventari 14). Segons l'informe subscrit per la «Junta Municipal de Museos», en el moment del seu descobriment el sarcòfag estava protegit per tègules romanes i envoltat per altres sepultures col·locades en diferents direccions i recobertes també per tègules, però sense sarcòfag. Tres d'elles estaven col·locades paral·lament a la sepultura que ens ocupa i contenien restes humanes molt malmeses i que avui no es conserven. En una d'aquestes altres tombes s'hi varen trobar claus de ferro, evidenciant la presència original d'un taüt de fusta (Gorina Gabarró, 1959). La situació d'aquests enterraments i diverses troballes de ceràmica i restes de teules i maons romans permeten bastir una hipòtesi sobre la seva ubicació prop d'una vila romana (Casanovas, 1987).

El sarcòfag és una capsa rectangular de plom de 1,96x0,48x0,36 cm sense la tapa. Aquesta és llisa i tenia dues nanses. L'aliatge fet de plom amb antimoni és dur però molt mal·leable i fràgil. Molt interessant és la decoració de les parets externes. Els motius són unes imatges en relleu d'una quadriga conduïda per un auriga i un cap femení, possiblement una Gorgona o Medusa, tots ells repetits diverses vegades i separats per línies geomètriques de perles. La qüestió encara no resolta sobre aquest

fèretre és la cronològica. El sarcòfag no té cap paral·lel a la Península i procedeix probablement d'Orient; tampoc no va aparèixer cap mena d'aixovar funerari i el tipus de necròpolis -sepulcres de tègules- és ben poc informatiu. D'una banda les irregularitats en la decoració denoten un cert primitivisme (Casanovas, 1987), però d'altra banda, un sarcòfag tan ric hauria d'anar acompanyat d'un cert aixovar; la total absència d'aquest, a excepció d'un fragment d'agulla d'ivori que no es conserva en l'actualitat, permeten atribuir-lo a una data avançada, però no més enllà de la difusió del cristianisme, ja que de ser així s'hi hauria trobat algun símbol de la nova religió. Una primera data el col·locava, provisionalment, entre finals del s. II i començaments del III d.C. (Ferrán, 1987; Gorina Gabarró, 1959; Junta de Museos, 1959). L'anàlisi acurada de la decoració i la seva comparació amb la d'altres sarcòfags trobats a Europa (Balil, 1959) situarien la troballa de Terrassa al segle IV d.C. (Casanovas, 1987).

El sarcòfag es trobà orientat d'est a oest i ple d'una sorra molt fina que cobria un esquelet sencer. De la posició original de l'esquelet només se sap que tenia el cap orientat cap a l'est, el crani caigut cap enrera i la mandíbula cap endavant, demostrant la posició original de la inhumació (Gorina Gabarró, 1959)

De fet, en les primeres fotografies efectuades, segons ens consta, abans de l'extracció del sarcòfag i en el curs de la neteja en el mateix pati de la casa on fou trobat, s'hi observava ja alguna posició anòmala dels ossos, p.e. el radi dret col·locat al revés i en posició medial respecte del cúbit (Fig. 1).



Fig.1.- Esquelet femení trobat dins el sarcòfag de plom de Ca n'Anglada. Museu de Terrassa, Castell-Cartoixa de Vallparadís. (Fotografia de S. Alavedra)

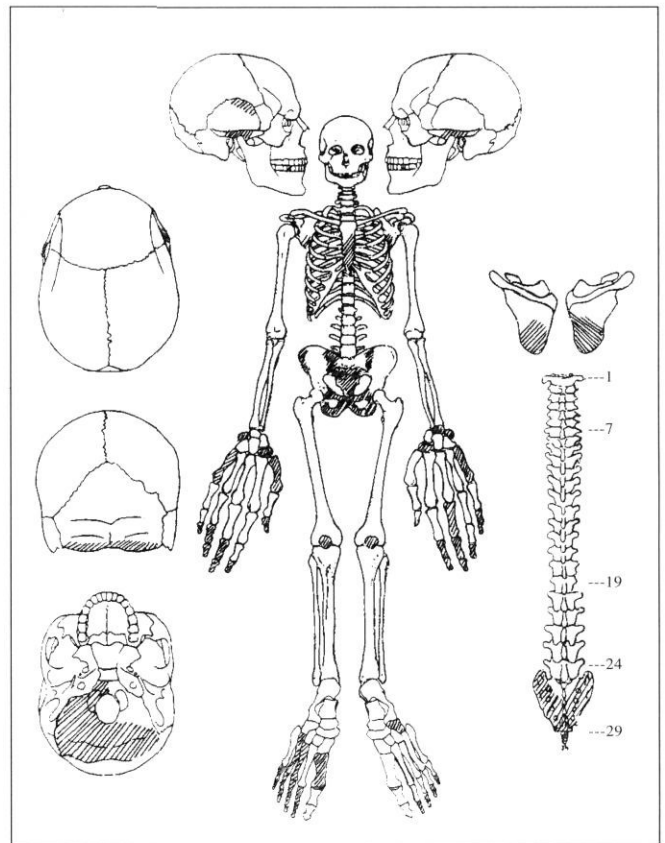


Fig. 2.- Esquema dels ossos recuperats de l'esquelet del sarcòfag de plom (manquen les zones ratllades)

## DESCRIPCIÓ DE L'ESQUELET

L'esquelet està representat en la seva pràctica totalitat, malgrat li faltin alguns elements ossis (Fig. 2). Algunes d'aquestes mancances es deuen segurament al deteriorament pòstum, com és el cas dels ossos incomplets (temporals, omòplats, estènum, costelles, coxals i sacre). Altres, en canvi (ossos del carp i dels tars, metacarpians, metatarsians i falanges), degut a la seva petita mida, potser es perderen en buidar el sarcòfag de la fina sorra que l'havia anat curullant mentre havia estat enterrat.

### El crani

El crani es conserva en bon estat, tot i que li manquen petits fragments de les dues arcades zigomàtiques, de l'etmoide, del terra de l'òrbita dreta i de part de la base de l'occipital (les zones corresponents a mig basiesfenoide, l'exoccipital dret i els dos supraoccipitals).

Les sutures (Fig. 3) són senzilles i en alguns trams (C1, S2 i S4) estan molt desdibuixades. Es tracta d'un crani fenocigi, amb bosses parietals molt marcades i que presenta un cert aplanament obèlic.

La glabel·la (Fig. 4) està mitjanament marcada (grau 3 de Martin-Saller) i el front molt lleugerament inclinat. Les apòfisis mastoides són de mida mitjana i primes, i sobre d'elles s'endevina un inici de cresta supramastoïdal. S'observa una certa criboïtat als aliesfenoïdes difícil d'atribuir al deteriorament *postmortem* ja que no s'ha detectat en cap altra zona del crani. La forma general és arrodonida amb un occipital relativament dret.

En norma frontal s'observa que les òrbites (Fig. 4) són quadrades amb la vora superior més aviat prima i tallant. Pel que fa als ossos nasals, es detecta un enfonsament en l'esquerra i també que el septe nasal està desviat cap aquest mateix cantó. La fossa canina està poc marcada. Des d'aquesta norma s'aprecien dos solcs frontals, dret i esquerre, molt marcats. Aquests solcs, d'altra banda bastant freqüents, no tenen cap importància mèdica i es dona una major incidència entre les dones (Hauser i De Stefano, 1989).

El crani és domiforme y de poca alçada vist per norma posterior. La línia nugal està bastant marcada i en ella s'hi detecta un ini de tipus mig (grau 2 de Martin-Saller).

La norma inferior mostra un arc dentari molt arrodonit que conserva 4 peces dentals (16, 25, 26 i 27) amb poques patologies. La mandíbula està pràcticament completa. Acompanyant les peces de l'esquelet, s'hi han trobat dues peces dentals que no corresponen a aquest individu.

Les mides preses (Taula 1) indiquen que el neurocrani és llarg, mitjanament ample i alt, i la cara ampla i alta (Taula 2). Això fa que els índexs calculats a partir d'aquestes mides suggereixin un crani amb característiques de tipus intermig (Taula 3 i 4): mesocrani, ortocrani i metriocrani, amb el frontal de tipus mig, intermedi i metriometòpic, però estret en relació a l'esquelet facial. La cara és mitjanament ampla (mesoprosopa), encara que l'índex facial superior, és a dir, la forma de la cara sense la mandíbula, ens mostra una cara estreta (leptena), amb òrbites mitjanament amples (mesoconques), el nas estret (leptorri), i el maxil·lar ample (braquiurànic) encara que el paladar és estret (leptoestafilí). La cara és de tipus mig en relació a l'amplada del crani i la mandíbula estreta pel que és la cara.

MESURES		CARACTERÍSTIQUES
Longitud màxima	182	Crani llarg
Longitud de la base	99	
Amplada màxima	141	Mitjanament ampla
Amplada frontal mínima	97	
Amplada frontal màxima	120	
Amplada biastèrica	110	
Alçada basi-bregma	133	Crani alt
Circumferència horitzontal	518	
Arc transversal	312	
Arc sagital	—	
Arc sagital frontal	129	
Arc sagital parietal	122	
Arc sagital occipital	—	
Arc sagital de l'escata occipital	69	
Corda sagital frontal	115	
Corda sagital parietal	109	
Corda sagital occipital	—	
Corda sagital de l'escata occip.	66	

Taula 1.- Mesures del neurocrani.

MESURES		CARACTERÍSTIQUES
Longitud de la cara	86	
Amplada de la cara	128	Cara ampla
Alçada total de la cara	115	Cara alta
Alçada de la cara super.	72	Cara alta
Amplada òrbita dreta	39	
Amplada òrbita esquerra	39	
Alçada òrbita dreta	33	
Alçada òrbita esquerra	33	
Amplada interorbitària	23	
Amplada biorbitària	94	
Alçada nasal	49	
Amplada nasal	21	
Longitud maxil·lo-alveolar	52	
Amplada maxil·lo-alveolar	62	
Longitud paladar	41	
Amplada paladar	31	
Amplada bicondília	125	
Amplada bigoníaca	95	
Alçada de la sínfisi	31	
Alçada branca md dreta	57	
Alçada branca md esq.	—	
Amplada branca md dreta	33	
Amplada branca md esq.	35	
Angle mandibular dret	117°	
Angle mandibular esq.	117°	
Longitud total md.	98	

Taula 2.- Mesures absolutes de l'esquelet facial.



Fig. 3.- Norma superior del crani.

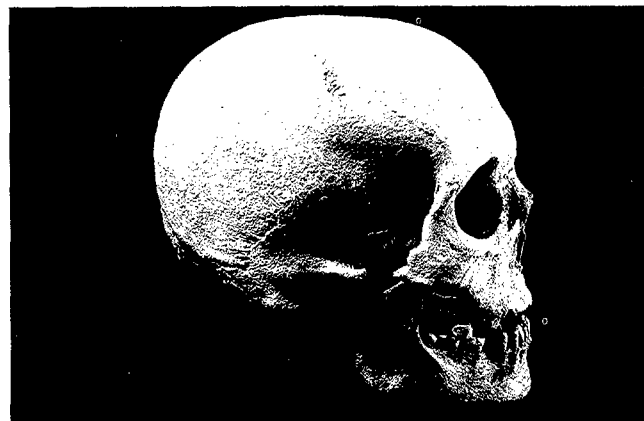


Fig. 4.- Vista lateral del crani.

ÍNDEXS		CLASSIFICACIÓ	CARACTERÍSTIQUES
Cranial	77.47	Mesocrani	Mitjanament ample
Verticolongitudinal	73.08	Ortocrani	Mitjanament alt
Verticotransversal	94.33	Metriocrani	Mitjanament alt
Frontal transvers	80.83	Intermedi	Mitjanament divergent
Fronto-parietal transv.	68.79	Metriometòpic	Mig respecte l'ample del crani
Sagital frontal	89.15		
Sagital parietal	89.34		
Sagital occipital	—		
Sagital de l'escata occ.	95.65		

Taula 3.- Índexs del neurocrani.

ÍNDEXS		CLASSIFICACIÓ	CARACTERÍSTIQUES
Facial total	89.84	Mesoprosop	Cara mitjanament ample
Facial superior	56.25	Lepté	Cara superior estreta
Orbitari dret	84.62	Mesoconqui	Mitjanament ample
Orbitari esquerre	82.05	Mesoconqui	Mitjanament ample
Nasal	42.86	Leptorri	Nas estret
Interorbitari	24.47		
Maxil·lo-alveolar	119.23	Braquiurànic	Maxil·lar curt
Palatí	75.61	Lesptoestafilí	Paladar estret
De la branca md dreta	57.89		
De la branca md esq.	—		
Crànio-facial transvers	90.78	Mesòpsid	Cara mitjana pel crani
Fronto-zigomàtic	75.78	Estret	Frontal estret relació cara
Gònio-zigomàtic	74.22	Estret	Md estreta relació cara

Taula 4.- Índexs de l'esquelet facial.

### Esquelet postcranial

Les clavícules són senceres i ambdues presenten impressions musculars del deltoide bastant marcades. La regió esternal de la clavícula dreta presenta osteoporosi.

Longitud clavícula dreta	132	Longitud clavícula esquerra	139
--------------------------	-----	-----------------------------	-----

Els omòplats són incomplets ja que els manca principalment la fossa subescapular. De totes maneres, s'han pogut prendre mides a nivell de la cavitat glenoide.

Long. màx. cavit. glenoide dret	33	Long. màx. cavit. glenoide esq.	35
Ampl. màx. cavit. glenoide dret	22	Ampl. màx. cavit. glenoide esq.	22

Els húmeres estan quasi sencers i presenten una lleugera asimetria, essent el braç dret una mica més llarg. A més, l'húmer del braç dret presenta una torsió molt marcada, així com també una cresta subtroquiniana notable, que dona inserció al múscul dorsal ample i al pectoral major. Pel que fa a l'esquerra presenta també una torsió molt marcada, però no així les insercions musculars. L'epífisi distal és més aviat estreta, però cal tenir en compte que no s'ha pogut obtenir una mesura concreta ja que està trencada. La lleugera asimetria del braç és una característica habitual que indica una major acció d'aquesta extremitat.

Longitud màxima húmer dret	309	Longitud màxima húmer esq.	313
Long. fisiològica húmer dret	304	Long. fisiològica húmer esq.	308
Diàmetre diafisari màxim	20	Diàmetre diafisari màxim	20
Diàmetre diafisari mínim	16	Diàmetre diafisari mínim	17
Perímetre mínim	57	Perímetre mínim	56
Amplada epífisi distal	55	Amplada epífisi distal	—

Els cúbits i els radis no presenten cap característica remarcable a part de la lleugera asimetria ja observada en els húmeres.

Longitud màxima cúbit dret	237	Longitud màxima cúbit esq.	237
Longitud fisiològica cúbit dret	214	Longitud fisiològica cúbit esq.	211
Diàmet. ant-post sub-sigmoide	28	Diàmet. ant-post sub-sigmoide	25
Diàmetre trans. sub-sigmoide	20	Diàmetre trans. sub-sigmoide	19
Perímetre mínim	34	Perímetre mínim	33
Longitud màxima radi dret	224	Longitud màxima radi esq.	221
Longitud fisiològica radi dret	208	Longitud fisiològica radi esq.	206
Diàmetre màxim a la meitat	16	Diàmetre màxim a la meitat	17
Diàmetre mínim a la meitat	10	Diàmetre mínim a la meitat	10
Perímetre mínim	40	Perímetre mínim	39

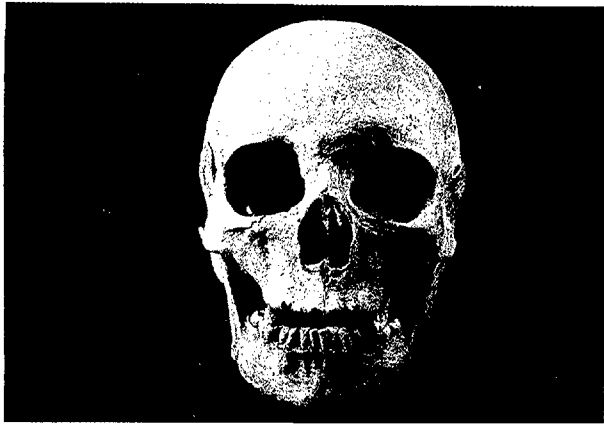


Fig. 5.- Vista frontal del crani.

Els coxals estan bastant deteriorats i els manca la regió anterior de l'ílium i tot el pubis. Tanmateix conserven suficients característiques per a calcular l'índex de sexualització (Ascsádi i Nemeskeri, 1970). L'escotadura ciàtica major, la presència d'un arc compost, la forma general de l'ílium i de l'ísquiur, així com la importància de les impressions musculars, la sinuositat de la cresta ilíaca i la morfologia de las fosses ilíaques denoten una forma típicament femenina. Únicament el solc preauricular poc marcat divergeix d'aquesta tendència femenina de l'os coxal. El valor de l'índex de sexualització assolit per aquest os és -1.43 (els valors femenins oscil·len entre -2 i 0, i els masculins entre 0 i +2).

Els fèmurs no són gaire llargs. Cal destacar que el dret és més *varus* i l'esquerre més *valgus*. També hi ha unes certes diferències quant al coll, essent més curt en el dret.

Longitud màxima fèmur dret	428	Longitud màxima fèmur esq.	430
Longitud en posició fèmur dret	423	Longitud en posició fèmur esq.	424
Diàm. ant-post sub-trocanteric	27	Diàm. ant-post sub-trocanteric	27
Diàmet. trans. sub-trocanteric	29	Diàmet. trans. sub-trocanteric	30
Diàmetre ant-post a la meitat	28	Diàmetre ant-post a la meitat	28
Diàmetre transvers a la meitat	25	Diàmetre transvers a la meitat	26
Perímetre mínim	83	Perímetre mínim	85
Diàmetre del cap	40	Diàmetre del cap	41
Amplada epífisi distal	73?	Amplada epífisi distal	75

Les tíbies i els peronés no presenten cap circumstància especial pel que fa a insercions musculars; cal però destacar la diferència en les longituds màximes (3 i 7 mm en tíbies i peronés respectivament) que ja es fa evident en la primera imatge que tenim de l'esquelet un cop al descobert (Fig. 1)

Longitud màxima tíbia dreta	349	Longitud màxima tíbia esq.	352
Diàmet. ant-post forat nutrici	31	Diàmet. ant-post forat nutrici	31
Diàmet. transvers forat nutrici	26	Diàmet. transvers forat nutrici	25
Diàmetre ant-post a la meitat	27	Diàmetre ant-post a la meitat	27
Diàmetre transvers a la meitat	24	Diàmetre transvers a la meitat	22
Perímetre mínim	74	Perímetre mínim	74
Longitud màxima peroné dret	334?	Longitud màxima peroné esq.	341
Perímetre mínim	29	Perímetre mínim	30



Fig. 6.- Radiografia lateral del crani.

### RECONSTRUCCIÓ INDIVIDUAL

Pràcticament totes les dades mètriques obtingudes d'aquest esquelet mostren una indeterminació pel que fa al diagnòstic sexual. Així, les mesures exposades no són suficientment baixes per a ser considerades típicament femenines, ni suficientment elevades per a considerar-les masculines; únicament el cap del fèmur mostra una tendència femenina. De totes maneres la gracilitat general de l'esquelet, els caràcters morfoscòpics del crani i sobretot la morfologia de la pelvis, informen sobre la seva pertinença a un individu de sexe femení.

Pel que fa a l'edat, es tracta d'un individu adult en el que l'esquelet postcranial ja ha finalitzat el seu creixement (epífisis dels ossos llargs fusionades). D'altra banda, alguns indicadors més precisos de l'edat com són les regions esternals de les costelles estan massa deteriorades com per a servir de directriu, tot i que s'observa l'ossificació dels cartílegs costals, almenys a la primera costella, típica d'individus d'edat avançada o que apliquen importants forces en aquesta regió.

El crani, però, suggereix un adult jove, donat l'estat d'obliteració notablement incompleta de les sutures, alhora que el lleuger desgast de les peces dentals ho confirma (17-25 anys segons Brothwell, 1972).

### ESTUDI PATOLÒGIC

El crani presenta uns ossos tant del neurocrani com de la mandíbula, extraordinàriament gruixuts per a un crani femení (gruix de l'occipital: 10mm, gruix parietal: 6mm en el centre i 10mm a les vores), tot i que no es pot arribar a considerar-los patològics.

A l'esquelet facial s'observa una desviació del septe nasal i un enfonsament distal de l'os nasal esquerre produït probablement per un trauma (Fig. 6). No es pot descartar la possibilitat que un fos conseqüència de l'altre.

Pel que fa a la patologia dental no s'han pogut realitzar totes les observacions ja que del maxil·lar superior només es conserven 4 peces: el primer molar dret i el segon premolar i el primer i segon molars esquerres. La mandíbula, en canvi, conserva totes les peces a excepció dels segons pre-molars.

- - 16 - - - - - 25 26 27 -  
48 47 - 46 44 43 42 41 31 32 33 34 - 36 37 38

No presenta, en cap cas, càries ni pèrdua de suport ossi per presumpta malaltia periodontal. Aquest bon estat de les peces indica, en principi, una bona higiene oral, que alhora contrasta amb l'abundant carrall present als molars, tant a la zona vestibular com lingual. Normalment aquests dipòsits de calcaris que no són patològics per ells mateixos, desemboquen en problemes periodontals, però en aquest individu no semblen haver afectat encara el suport ossi.

Així, com a dades patològiques, únicament assenyalar la presència d'un petit abcés apical a l'alvèol de la peça 25 que va provocar una fistulació externa, i la reabsorció alveolar per pèrdua *intra-vitam* dels dos segons pre-molars inferiors sense que en puguem deduir la causa.

La patologia dental s'utilitza sovint per a fer interpretacions de tipus dietètic, encara que aplicat a un grup més que a un individu en concret. Així com la càries s'associa a una dieta rica en carbohidrats i bastant més freqüent en individus femenins, els dipòsits de carrall s'associen sovint amb dietes amb abundància càrnica.

Pel que fa al desgast es pot considerar moderat, de grau 2 ó 3 en els molars. Les peces anteriors denoten un desgast lleugerament més important 3 ó 3+. La diferència entre uns i altres és minsa, però es pot apuntar alguna possibilitat a aquest desfasament: habitualment, un major desgast de les peces anteriors respecte dels molars -que lògicament haurien d'estar més desgastats pel fet de ser els responsa-

bles directes de la masticació- informen sobre un ús extra-alimentari de les peces anteriors que, en comparació amb dades etnogràfiques, s'han associat a feines artesanes com el curtir de pells o la subjecció de fibres per a la fabricació d'estris, etc. Com s'ha dit, però, la diferència no és gaire notable, potser degut a l'edat de la dona.

A les vèrtebres s'hi observen modificacions de la part posterior del cos vertebral relacionades possiblement amb una hipertracció del lligament longitudinal comú posterior que podria associar-se amb una cifosi. De fet, la fotografia de l'esquelet en la seva posició original (Fig. 1) mostra una desviació notable de la columna vertebral tot i que la pressió de la sorra que omplia el sarcòfag pot haver influït en un major accentuament.

De totes maneres, el que crida més l'atenció en aquest individu es refereix a l'extremitat inferior. També a partir de la fotografia s'observa la cama dreta més curta que l'esquerra, fet que també s'evidencia en les mesures longitudinals del fèmur i la tibia. El fèmur dret és, com ja s'ha dit, més «varus», i presenta un coll lleugerament més curt. Les tíbies presenten una certa rotació externa, possiblement per a compensar. De moment, però, no ha estat possible fer una radiografia completa que abastés tóta la cama i on s'hi poguessin mesurar les angulacions; per tant, no s'ha pogut fer una comprovació d'aquest fet. Realment, sembla molt rellevant la diferència entre els ossos dels dos tarços.



Fig. 7.- Vista superior dels calcanis on es pot observar la gran diferència de mida.

Els astràgals presenten una extensió anterior de la superfície maleolar medial i una extensió lateral de la superfície troclear. A la cara inferior les caretes estan fusionades. L'esquerra presenta una lesió condral a la tròclea; a part d'això, ambdós ossos no són gaire diferents.

Els calcanis presenten les superfícies d'articulació anterior, medial i posterior molt separades. La mida transversal d'ambdós calcanis és extraordinàriament diferent, essent el calcani dret molt més gran. Aquesta major amplada afecta a la careta articular postero-externa, però sobretot a la regió lateral externa de l'os on es troba el tubercle calcani, que presenta un canal pels peroneos molt desenvolupat (Fig. 7). La rafiografia (Fig. 8) no mostra la presència de cap anomalia interna com per exemple una tumoració. Possiblement, la diferència de mides estigui relacionada amb l'acció dels músculs peroneos la funció dels quals té a veure amb la rotació externa del peu.

Algunes d'aquestes característiques es poden relacionar entre elles. És possible que la dona jove que fou inhumada en el sarcòfag de plom tingués alguns problemes a l'esquena i en caminar. En un moment bastant anterior a la seva mort deuria patir un fort trauma a la cara que li provocà el trencament de l'os nasal esquerre i del qual se n'ha pogut observar les cicatrius; no es pot, però, establir una relació inequívoca amb altres dades patològiques com són el desviament del septe nasal o la pèrdua de peces dentals *intra-vitam*.

**AGRAÏMENTS.** Voldria expressar el meu agraïment al Sr. Antonio Moro per haver-me interessat en aquest estudi i per totes les facilitats i informacions que m'ha proporcionat, així com al Museu de Terrassa (IMCET), per haver possibilitat el treball. Així mateix, voldria agrair al Sr. S. Alavedra les dades que m'ha donat, així com la primera fotografia de l'esquelet que tenim. M'agradaria també manifestar el meu agraïment al Dr. Albert Isidro pels seus valuosos comentaris sobre la patologia d'aquest individu.

#### BIBLIOGRAFIA

- Acsádi, G.Y. i Nemeskéri, J. (1970) *History of Human Life Span and Mortality*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Balil, A. (1959) Sarcòfago romano del Levante Español. *Revista de Guimarães*, vol. LXIX, p. 17.
- Brothwell, D.R. (1972) *Digging up bones*. London, British Museum.
- Casnovas Folch, J. (1987) *El sarcòfag de plom romà de Ca n'Anglada*. Terrassa. Ed. Ègara. Col. Monografies Vallesanes, 5.
- Ferran i Gómez, D. (1987) L'època tardorromana i l'administració visigoda fins a la presència musulmana (segles del III al VIII). Dins: *Història de Terrassa*. Terrassa, Ed. Ajuntament de Terrassa, p. 109-124.
- Gorina Gabarró, P. (1959) Del hallazgo de un sarcòfago romano de plomo con relieves en la barriada de Can Anglada de Tarrasa. *Boletín de la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Tarrasa*. vol. LXXIII, juny-agost, p.16-17.
- Hauser, G. i De Stefano, G.F. (1989) *Epigenetic variants of the human skull*. Stuttgart, E. Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung.
- Junta de Museos (1959) El sarcòfago de Can Anglada. *Tarrasa informació*. 26 de febrer. p.1 i 5.
- Pla especial de protecció del patrimoni històric-arquitectònic-ambiental de Terrassa*. Catàleg de restes arqueològiques (1985). Ajuntament de Terrassa. R.A., núm. 7.

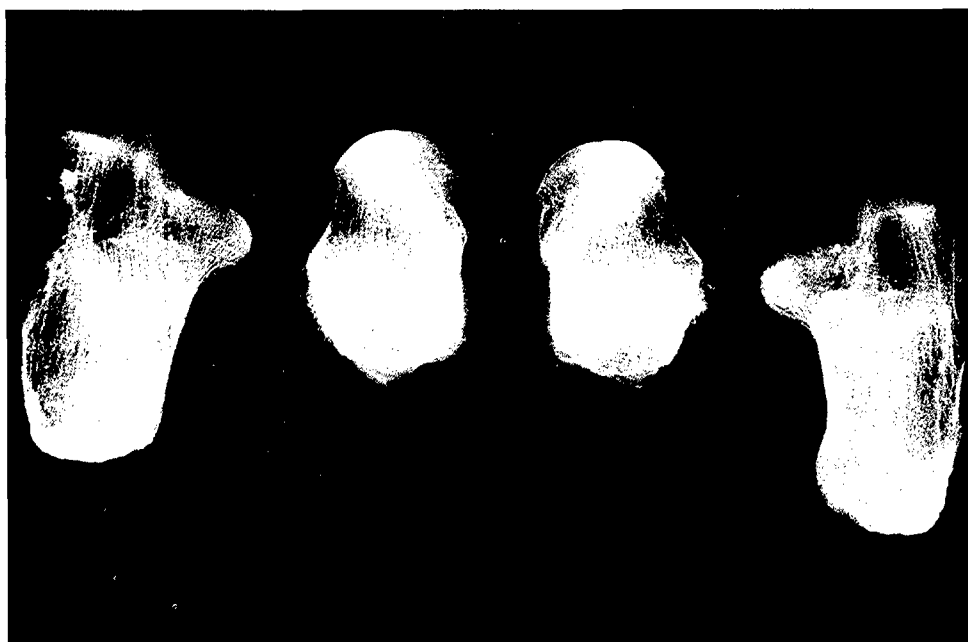


Fig. 8.- Radiografia dels astràgals i calcanis. No s'observen imatges patològiques.