

Anna Wrzeńska

Analiza antropologiczna szkieletu z grobu 15/98 przy kościele w grodzie w Gieczu, stan. 1

Studia Lednickie 9, 233-242

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ANNA WRZESIŃSKA
Muzeum Pierwszych Piastów na Lednicy

ANALIZA ANTROPOLOGICZNA SZKIELETU Z GROBU 15/98, PRZY KOŚCIELE W GRODZIE W GIECZU, STAN. 1.

Do opracowania antropologicznego przekazano kompletny szkielet dorosłego osobnika z grobu 15/98 usytuowanego przy kościele grodowym w Gieczu, stan. 1¹.

OPIS I POMIARY

Stan zachowania szkieletu bardzo dobry. Budowa kośćca bardzo masywna, rzeźba bardzo silna. **Czaszka:** kształt długoczaszkowy. W ujęciu z góry, w *norma verticalis* jest jajowata – *brisooides oblongus*. Główne szwy czaszkowe znacznie zobliterowane. Z tyłu, w *norma occipitalis* – czaszka jest kształtu *rhomb-ovoides obtusus*. Z boku, w *norma lateralis* czoło ma formę nawisłą, dwuwypukłą, dość silnie pochylone, górą wypukłe, o sklepieniu przyplaszczonym a potylicy zwisającej. Ukształtowanie guzowatości potylicznej (6). Wyrostek sutkowy jest duży i wydłużony. *Glabella* bardzo silnie wystająca, wypukła (V). Nos silnie wystający, słabo wklęsły i bardzo

¹ Teresa Krysztofiak w publikowanym artykule: *Wczesnopiastowski kościół pw. św. Jana Chrzciciela na grodzie w Gieczu w świetle najnowszych odkryć* (Początki architektury monumentalnej w Polsce, Gniezno 2004), na stronach 194-195 pisze: „ (...) prace wykopaliskowe przy kościele p.w. św. Jana Chrzciciela przyczyniły się do poszerzenia zasobu dotychczasowych danych na temat cmentarza usytuowanego na zewnątrz murów świątyni. Kolejnym (...) obiektem wiążącym się z nekropolą przykościelną jest grób odkryty po północnej stronie kościoła, w pobliżu jego północno-wschodniego narożnika [ryc. 2]. Zorientowany wzdłuż osi kościoła wkop grobowy zarysował się wydłużonym prostokątem na tle warstwy destrukcyjnej (...). (...) Głęboka na około 0,7-0,8 m jama grobowa, która przecinała również warstwę budowlaną wiążącą się z rozbudową północno-wschodniej części kościoła, wciniała się we wcześniejsze grodowe warstwy osadnicze. Na spągu wkopu, dodatkowo podkreślonym obstawą skonstruowaną z wtórnice użytych ze wspomnianego destruktu dużych kamieni ułożonych wzdłuż dłuższych jego boków, zarejestrowano bardzo dobrze zachowany szkielet (...). Ciało zmarłego pochowane było w trumnie drewnianej (zachowały się bardzo enigmatyczne ślady po drewnie oraz kilkadziesiąt żelaznych gwoździ trumiennech). Przy szkielecie nie zaobserwowano żadnego wyposażenia. Kontekst stratygraficzny grobu pozwala umieścić go w starszym poziomie chronologicznym (...) i odnieść go do pierwszej połowy XI stulecia.”

silnie garbaty. Kolec nosowy średnio uniesiony, bardzo silnie wystający. W ujęciu przednim, w *norma frontalis* łuk jarzmowy silny, wystający, oczodoły średniej wielkości, kształtu romboidalnego (fot. 1). Nasada nosa prostokątna i wąska, otwór gruszkowaty (*apertura piriformis*) kropłowatego kształtu z typowo ludzkim ukształtowaniem dolnej krawędzi, tępy, antropina. W *norma basilaris* dół żuchwowy lewy ze słabo zaznaczonym guzkiem stawowym jest silnie przesunięty na wyrostek jarzmowy (dla stawowego połączenia z głową wyrostka kłykciowego), przez co jest płytszy i szerszy, od dołu prawego. W prawym dole kłykciowym kanał kłykciowy wykształcony, w lewym brak. Podniebienie jest porowate. Uzębienie szczęki niekompletne. Starcie koron 3⁰, równomierne. Silny stan zapalny kości szczęki i choroba przyzębia. Za życia wypadły zęby: prawy siekacz I¹, lewe siekacze – I¹, I², lewy pierwszy ząb trzonowy M¹ i prawy pierwszy ząb trzonowy M¹. Zębodoły siekaczy zarośnięte za życia, obliteracja zębodołów trzonowców jeszcze się toczyła – wraz z rozwijającym w nich stanem zapalnym. Lewy kieł to tylko fragment korzenia z toczącym się w nim procesem zapalnym. Podobny stan objął oba lewe zęby przedtrzonowe P¹, P² – są to również tylko korzenie. Wystąpił ubytek w postaci przetoki ropnej okołokorzeniowej drugiego zęba przedtrzonowego. Na wysokości korzenia drugiego lewego zęba trzonowego M² również ubytek pozapalny – bardzo duży ropień okołokorzeniowy. Korona tego zęba została uszkodzona jeszcze przez duży ubytek próchniczy. W zębie trzecim trzonowym M³ strony lewej, ubytek popróchniczy na powierzchni stycznej do M². W szczęce występują rozległe zmiany zapalne przyzębia, paradontoza, oraz uogólniony kamień nazębny.

Żuchwa: bródka silnie wystająca, łuk szerokotrapezoidalny. Masywna, ma uzębienie wybitne. Uzębienie żuchwy pełne, kompletne. Starcie koron 3⁰-4⁰. Lewy wyrostek kłykciowy żuchwy o większej szerokości głowy w porównaniu z prawym (lewa 22 mm, prawa 20 mm), jest znacznie silniejszy i ma silnie przesuniętą powierzchnię stawową do przodu, w stronę trzonu. Jest to wywołane zwyrodnieniem lewego stawu skroniowo-żuchwowego. Na zębach zarówno siecznych jak i trzonowych stwierdzono zmiany szkliwa w postaci *hypoplazji*.

Czaszka została zmierzona ogólnie przyjętą techniką R. Martina i K. Sallera (1957), a wymiary i wskaźniki przedstawiono w tabelach 1 i 2. W tabeli 3 zawarto skład typologiczny osobnika (Wanke 1955).

Szkielec postkranialny. Kompletny. Stan zachowania bardzo dobry. KRĘGOSŁUP zachowany w całości. Liczne wyrosła kostne i silne skostnienia na zębie kręgu obrotowego (drugiego kręgu szyjnego). Zmiany degeneracyjne kręgów piersiowych to: znaczne skostnienia wyrostków kołczystych – trzeci kręgu piersiowy po złamaniu wyrostka; w dziesiątym kręgu piersiowym dołek żebrowy wyrostka poprzecznego strony lewej silnie spłaszczony i powiększony, z drobnymi wyrosłami kostnymi; od kręgu dziewiątego do jedenastego, słabe dołki przeciążeniowe poniżej wyrostków stawowych górnych lewych i słabe kostne struktury na przedniej stronie trzonów tych trzech kręgów. Brak silniejszych, poważniejszych zmian w budowie trzonów kręgów piersiowych. Kręgi lędźwiowe o słabych, pojedynczych osteofitach przy górnych krawędziach trzonów drugiego, trzeciego i czwartego kręgu a znacznie silniejszych osteofitach kręgu piątego. Na kręgu piątym również znaczne obniżenie obustronne

powierzchni trzonu, dolne silniejsze. Na wyrostkach stawowych górnych wszystkich kręgów lędźwiowych i na wyrostkach kolczystych od pierwszego kręgu do trzeciego, drobne skostnienia i wyrośla. Kość krzyżowa kompletna, zespolona z kością guziczną. Niewielkie skostnienia wokół powierzchni pierwszego trzonu, silniejsze po jego lewej stronie. Drobne obkostnienia wyrostków stawowych górnych tego kręgu. Kość jest porowata. Bardzo duża wyrośl kostna na lewej górnej powierzchni uchowatej w kierunku miednicy lewej (druga część tej wyrośli-skostnienia obecna jest na kości biodrowej miednicy). Jest to wybitne skostnienie w lewym stawie krzyżowo-biodrowym. Po stronie prawej skostnienie występuje słabiej. Zmiana w budowie kości na odcinku drugiego otworu krzyżowego prawego od jego wewnętrznej krawędzi do ściany bocznej kości. Jest ona widoczna od strony przedniej i tylnej kości w postaci rozrzedzenia struktury kostnej, silnej porowatości tego miejsca i równoległego skostnienia od tyłu kości. Być może po miejscowym urazie kości. MIEDNICA. Obie kości miedniczne dobrze zachowane. Wybitne zmiany zwyrodnieniowe – silne skostnienia więzadeł i przyczepów mięśni, liczne wyrośla i guzki, zarówno na powierzchniach kości, jej grzebieniach, gałęziach, kolcach jak panewkach. Silniejsze zmiany w panewce prawej, gdzie powierzchnia księżycowata jest prawie zamknięta. W obu panewkach doły panewki silnie przegłębione, szerokie i duże. Spojenie łonowe - typ IX 45-50 lat. ŻEBRA: wszystkie. Na końcu kręgowym dziesiątego żebra lewego, guzek żebra silnie jest poszerzony i spłaszczony, z licznymi kostnymi wyroślami. Na wszystkich żebrach od szóstego do dziewiątego wyrośla kostne na krawędzi guzka w stronę trzonu żebra, w miejscu przyczepu więzadła żebrowo-poprzecznego boczego. Zmiany zwyrodnieniowe końca mostkowego wszystkich żeber, są rozszerzone i porowate. MOSTEK: Rękojeść niezrośnięta z trzonem. Odmiana wcięcia szynowego rękojeści. Lewe wcięcie obojczykowe zdegenerowane, wypłycone i poszerzone. Silne zmiany zwyrodnieniowe na wcięciach żebrowych, (wcięcia żebrowe I silnie powiększone, porowate, lewe znacznie wydłużone), więzadła częściowo skostniałe. KOŃCZYNA GÓRNA: OBOJCZYK prawy zachowany dobrze, lewy z wygojonym urazem trzonu, z przemieszczeniem i skróceniem jego długości. Koniec mostkowy i barkowy (prawego i lewego obojczyka) porowaty, drobne skostnienia na trzonach. ŁOPATKI zachowane dobrze, prawa ma uszkodzony brzeg boczny. Wydrążenie stawowe prawej łopatki otoczone od strony grzbietowej silnym obrąbkim kostnym. Wyrostki krucze i barkowe (silniej) są porowate. Na lewym wyrostku barkowym drobne skostnienia wokół powierzchni stawowej dla obojczyka, w miejscu przyczepu więzadła barkowo-obojczykowego. KOŚCI RAMIENIOWE bardzo masywne o rzeźbie wybitniej. Miejsca przyczepów mięśniowych na guzowatości naramiennej i grzebieniu guzka większego silnie są rozwinięte (skostnienia) i dowodzą dużej ich masywności. Powierzchnie stawowe kości są porowate. KOŚCI PRZEDRAMION: zmiany zwyrodnieniowe kości – porowate powierzchnie stawowe, drobne skostnienia więzadeł i przyczepów mięśniowych. Na kości łokciowej wystąpiła *crista pronatoria* – miejsce przyczepu mięśnia nawracacza czworobocznego, silniejsze na kości lewej. Kości rąk kompletne. Zmiany zwyrodnieniowe nie są duże, są to zmianami reumatyczne i niewielkie skostnienia brzegów bocznych paliczków po przyczepach ścięgien zginaczy palców. KOŃCZYNA DOLNA, KOŚCI UDOWE: Zmiany

zwyrodnieniowe kości bardzo duże. Stwierdzono przesunięcie powierzchni stawowej głowy na przednią i przednio-tylną powierzchnię szyjki z silnym skostniałym obrąbkiem stawowym i licznymi wyrostkami kostnymi. Na głowach obu kości dołek głowy bardzo duży, głęboki i chropowaty (miejsce przyczepu więzadła kości udowej). Wargi, przyśrodkowa i boczna kresy chropowatej skostniałe wybitnie, naciekowo, na całej długości (warga przyśrodkowa ogranicza pole przyczepów mięśni przywodzących, warga boczna zaś przyczep mięśnia obszernego bocznego i głowy krótkiej mięśnia dwugłowego uda). Skostnienia wybitne krętarzy i grzebienia (mięsień biodrowo-łędźwiowy od krętarza mniejszego, mięsień czworoboczny uda od grzebienia międzykrętarzowego, wzdłuż kresy przyczepia się więzadło biodrowo-udowe). Wybitna powierzchnia rzepkowa kości. Opisanym zwyrodnieniom towarzyszą duże zmiany reumatyczne powierzchni stawowych, ich porowatość. RZEPKI: bardzo silne skostnienie więzadeł rzepki. KOŚCI PODUDZI: Zarówno na trzonach kości piszczelowych jak i na kości strzałkowych podobne zwyrodnienia w postaci naciekowych skostnień na trzonach w miejscach przyczepów mięśniowych. Porowatość powierzchni stawowych i degeneracyjne wyrośla kostne tych powierzchni. Wybitnie skostniała guzowatość piszczeli kości prawej (lewa mniej), miejsce przyczepu więzadła rzepki, będącego końcowym odcinkiem ścięgna mięśnia czworogłowego uda. Staw kolanowy ma silne zabezpieczenie więzadłowe, poza tym ochraniają go liczne ścięgna i one ulegały znacznym zmianom zwyrodnieniowym w trakcie życia osobnika. Na prawej kości strzałkowej silniej skostniały przyczep mięśnia dwugłowego. Kości stopy. Na obu kościach piętowych skostniałe wybitnie przyczepy ścięgna *Achillesa*.

Pomiary i wskaźniki masywności kości szkieletu pozaczaszkowego przedstawiono w tabeli 4 i 5.

ANALIZA WYNIKÓW

Na podstawie cech opisowych i metrycznych określono wiek, płeć, wysokość ciała, budowę i stan zdrowia (Piontek 1985, Strzałko, Henneberg 1975). Płeć została określona na podstawie cech diagnostycznych czaszki, kości pasa biodrowego oraz kości długich, stosując metodę kompleksowej oceny G. Acsádi i J. Nemésceri (1970). Wiek osobnika w chwili śmierci określono na podstawie: stopnia obliteracji poszczególnych odcinków szwów czaszkowych, połączeń nasad z trzonami kości długich, zmian na powierzchni spojenia łonowego oraz stanu uzębienia.

Charakter wymienionych cech pozwala przyjąć, że szkielet należy do mężczyzny zmarłego w wieku *Maturus*, tj. około 45-50 roku życia. Z pomiarów wskaźników wynika, że mężczyzna miał głowę długą, średnio wysoką, o szerokiej twarzy, wysokich oczodołach i szerokim nosie. Był długogłowcem i reprezentantem typu północno-zachodniego (AE), z domieszką elementu paleoeuropejskiego – tabela 3 (Wanke 1955). Charakteryzował się średnią pojemnością mózgowcaszki, która wynosiła od 1608,4 cm³ (wg. Manouvriera) do 1641,1 cm³ (wg. Lee Pearsona), lub małą pojemnością wynoszącą 1380,9 cm³ (wg. Belniak).

Wysokość ciała zrekonstruowaną na podstawie pomiarów kości długich kończyn obliczono według metody E. Breitingera (1937), L. Manouvriera (1893) oraz M. Trotter i G. Gleser (1952) przedstawia tabela 4 (Strzałko 1971). Według klasyfikacji wzrostu przeciętna wysokość ciała mężczyzny znajduje się w przedziale średnim i wysokim. Mężczyzna był wysokiego wzrostu.

Na kościach szkieletu zaobserwowano zmiany zwyrodnieniowe o znacznym natężeniu. Zaobserwowano nieznaczne zmiany przeciążeniowe, silniejsze w prawej kończynie górnej i dolnej. W stawie ramiennym, biodrowym i kolanowym zmiany spowodowane zostały często powtarzaną, specyficzną pozycją kończyn przez częste ruchy zgięcia i prostowania. Na kości udowej nastąpiło przesunięcie na przednio-tylną powierzchnię szyjki, częsta pozycja zgięcia i prostowania np. w czasie marszu (Duda 1996). Wystąpiły rozległe zmiany zapalne w obrębie kości długich, zniekształcające zapalenie stawów biodrowych, zmiany zwyrodnieniowe w obrębie głów kości udowych. Zmiany zapalne i degeneracyjne kości są zazwyczaj związane z procesem starzenia się organizmu, mogą być reakcją na nadmierne lub nieprawidłowe obciążenie i są skutkiem schorzeń reumatycznych. Towarzyszą im często procesy zapalne w wyniku, których mogą tworzyć się wyrosła kostne. Kostnienie może również dotyczyć tkanek miękkich np. więzadeł lub przyczepów mięśniowych (Gładkowska-Rzeczycka 1989). Zmiany degeneracyjne kręgosłupa zaobserwowano na trzonach kręgowych, powierzchniach stawowych oraz w postaci skostnień więzadeł żółtych, nadkolcowego, krzyżowo-biodrowego. Silne zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze w stawach biodrowych i kolanowych. Zmiany artretyczne występowały w formie porowatych zagłębień, wyrosli kostnych oraz wałowatych zgrubień brzegów powierzchni stawowej. Ślad po zagojonym złamaniu lewego obojczyka, przy czym przerost tkanki kostnej wskazuje że w miejscu urazu toczył się proces zapalny.

Podsumowując, można stwierdzić że opracowywany szkielet charakteryzuje się dość typowymi dla wieku osobnika zmianami patologicznymi w obrębie układu kostno-stawowego, a mianowicie chorobami zwyrodnieniowymi, które są przewlekłymi procesami wstecznymi tkanki chrzęstnej z odczynem wytwórczo-zwyrodnieniowym kości i innych elementów tworzących połączenia kości (Gładkowska-Rzeczycka 1998). Przyjmuje się, że we wszystkich zmianach zwyrodnieniowych przyczyny mają charakter przeciążeniowy, pośrednio więc mogą sugerować złe warunki życia. Próchnica zębów, ropnie zębów oraz stany zapalne w obrębie przyzębia mają przewlekły przebieg. Złogi kamienia nazębnego powodują i podtrzymują stany zapalne brzegu dziąsła. Obecność kamienia przyczynia się do zatrzymania resztek pokarmowych i drobnoustrojów w kieszonce zęba i niemożliwość jej oczyszczanie. Ubytki przydziąsłowe i styczne, sprzyjają gromadzeniu resztek pokarmowych wtłaczanych głęboko w przestrzeń międzyzębowe. Ucisk, fermentacja, gnicie są przyczyną zanikowych i zapalnych zmian przyzębia, ponieważ sprzyja to bytowaniu olbrzymich ilości bakterii (Gleń 1976).

Hypoplazja szkliwa jest to ilościowy defekt szkliwa przejawiający się redukcją normalnej grubości warstwy szkliwa zęba spowodowany przez czynniki żywieniowe lub chorobę (Kozak, Krenz 1993). Jest reakcją morfologiczną na różnego typu

zaburzenia drobnoustrojowe, dlatego może być traktowana również jako wskaźnik stresu rozwojowego.

Zaobserwowane zmiany pozwalają wnioskować, na ile tryb życia, sposób odżywiania, higiena, warunki naturalne wpływają na osobnika, na budowę i zmiany w jego kośćcu.

TABELE

Tabela 1. Pomiary czaszki według R. Martina i K. Sallera (1957)

Pomiar		Wartość (mm)
cięciwy części mózgowej	g-op (1)	194
	eu-eu (8)	139
	ft-ft (9)	98
	ast-ast (12)	105
	ba-b (17)	136
cięciwy części twarzowej	n-gn (47)	114?
	n-pr (48)	67
	n-ns (55)	49
	zy-zy (45)	135
	mf-ek (51)	38
	sbk-spa (52)	33
	apt-apt (54)	26
cięciwy żuchwy	go-go (66)	103
	gn-id (69)	32
	kdl-kdl (65)	120
	szer. gał. (71)	30/32
obwody i łuki	obw.poz. (23)	531
	po [^] po (24)	299

Tabela 2. Wskaźniki czaszki według R. Martina i K. Sallera (1957)

Wskaźnik	Wartość
szerokościowo-długościowy	71,6
wysokościowo-szerokościowy Hrdlički-Kóčky	81,6
twarzy górnej wg Kollmanna	49,6
oczodołowy	86,8
nosa	53,0

Tabela 3. Skład typologiczny według A. Wanke (1955)

Element rasowy	Skład %
nordyczny (a)	50,76
śródziemnomorski (e)	28,34
armenoidalny (h)	0,96
laponoidalny (l)	1,00
paleoeuropejski (p)	18,94

Tabela 4. Pomiary kości pozaczaszkowych według R. Martina i K. Sallera (1957)

Kość	Pomiar	Wartość (w mm)	
		prawa	lewa
obojczyk	długość największa (1)	155	-
	obwód trzonu (6)	41	-
ramieniowa	długość największa (1)	319	313
	długość całkowita (2)	312	309
	szerokość nasady dalszej (4)	69	68
	najmniejszy obwód trzonu (7)	70	67
promieniowa	długość największa (1)	253	252
	długość fizjologiczna (2)	241	241
	najmniejszy obwód (3)	47	47
łokciowa	długość największa (1)	275	272
	długość fizjologiczna (2)	245	243
	najmniejszy obwód (3)	40	38
udowa	długość największa (1)	455	458
	długość naturalna (2)	452	452
	obwód w środku trzonu (8)	100	97
	szerokość kłykci (21)	88	88
piszczelowa	długość największa (1a)	376	373
	długość całkowita (1)	369	365
	najw. szer. nasady górnej (3)	81	80
	obwód trzonu (10)	74	74
strzałkowa	długość największa (1)	367	361
	obwód w środku trzonu (4)	49	46
wysokość ciała (w cm)	według E. Breitingera	169,5	168,9
		169,2	
	według L. Manouvriera	168,4	167,6
		169,6	
według M. Trotter i G. Gleser	171,8	171,1	
	171,5		

Tabela 5. Wskaźniki masywności kości pozaczaszkowych według R. Martina i K. Sallera (1957)

Wskaźnik dla kości	Masywności		Grubościowo- długościowy	
	prawa	lewa	prawa	lewa
obojczyka	26,4	-	X	X
kości ramieniowej	21,9	21,4	X	X
kości promieniowej	19,5	19,5	X	X
kości łokciowej	16,3	15,6	X	X
kości udowej	X	X	22,1	21,4
kości piszczelowej	X	X	20,0	20,2
kości strzałkowej	X	X	13,3	12,7

BIBLIOGRAFIA:

- Acsádi G., Nemésceri J.
1970 History of Human Life and Mortality, Budapest.
- Duda B.
1996 Zmiany w układzie kostnym spowodowane przeciężeniem, *Zmienność Biologiczna Człowieka*, nr 3, Kraków, s. 139-149.
- Gleń E.
1976 Występowanie schorzeń przyzębia u mieszkańców Krakowa (XI-XVIII w.), *PAn*, t. 42, z. 1, s. 105-111.
- Głądykowska-Rzeczycka J.
1989 Schorzenia ludności prahistorycznej na ziemiach polskich, Muzeum Archeologiczne w Gdańsku, Gdańsk.
- Głądykowska-Rzeczycka J. J.
1998 Antropologiczne badania materiałów kostnych z średniowiecznych obiektów Pomorza Gdańskiego, *Gdańsk Średniowieczny w świetle najnowszych badań archeologicznych i historycznych*, Muzeum Archeologiczne w Gdańsku, Gdańsk, s. 26-42.
- Kozak J., Krenz M.
1993 Występowanie *cribra orbitalia* i *hypoplazji* szkliwa w średniowiecznej populacji Kołobrzegu, *Człowiek w czasie i przestrzeni*, J. Głądykowska-Rzeczycka (red.), Gdańsk, s. 376-380.
- Krysztofiak T.
2004 Wczesnopiastowski kościół pw. św. Jana Chrzciciela na grodzie w Gieczu w świetle najnowszych odkryć, *Początki architektury monumentalnej w Polsce*, Gniezno, s. 181-198.
- Martin R., Saller K.
1957 *Lehrbuch der Anthropologie*, Stuttgart.
- Piontek J.
1985 *Biologia populacji pradziejowych*, UAM, Poznań.

Strzałko J.

1971 Metody rekonstrukcji wzrostu człowieka na podstawie pomiarów szkieletu, PAn t.37, z. 2, s. 295-314.

Strzałko J., Henneberg M.

1975 Określanie płci na podstawie szkieletu, PAn t. 41, z. 1, s. 105-126.

Wanke A.

1955 Indywidualne określenia taksonomiczne, PAn t. 21, z.2, s. 968-990.

ANTHROPOLOGISCHE ANALYSE DES SKELETTS 15/98, AUS DEN UNTERSUCHUNGEN DER KIRCHE IN GIECZ, FST. 1

ZUSAMMENFASSUNG

Zur anthropologischen Erarbeitung wurde ein komplettes Skelett eines erwachsenen Toten aus dem Grab 15/98 aus Giecz, Fst. 1 übergeben. Die Untersuchungen leitet mgr Teresa Krysztofiak.

Auf Grund der beschreibenden und metrischen Eigenschaften wurden das Alter und Geschlecht, die Körpergröße, der Körperbau und der Gesundheitszustand bestimmt (Piontek 1985, Strzałko, Henneberg 1975). Der Charakter der Eigenschaften lässt anzunehmen, dass das Skelett einem im Alter Maturus, d.h. um etwa 45-50. Lebensjahr gestorbenen Mann gehörte. Aus den Messungen der Kennziffer erfolgt, dass der Mann einen langen, mittelhohen Kopf mit breitem Gesicht, hohen Augenhöhlen und einer breiten Nase hatte. Er war ein dolichocephaler Mensch und Vertreter des nordwestlichen Typs (AE), mit Beimischung eines paläoeuropäischen Elements - Tabelle 3 (Wanke 1955). Ihn charakterisierte eine mittelgroße Kapazität des Hirnschädels, die von 1608,4 cm³ (nach Manouvriera) bis 1641,1 cm³ (nach Lee Pearsona), oder eine kleine Kapazität in Höhe von 1380,9 cm³ (nach Belniak) betrug.

Die auf Grund von Messungen der Gliedermarkknochen rekonstruierte Körpergröße enthält die Tabelle 4 (Strzałko 1971). Gemäß der Größenklassifikation liegt die durchschnittliche Körpergröße des betreffenden Manns zwischen mittelgroß und groß. Der Mann war groß.

Auf den Skelettknochen wurden die Degenerationsveränderungen mit hoher Intensität bemerkt. Es wurden kleine Überanstrengungsänderungen bemerkt, die in der rechten oberen und in der unteren Extremität stärker waren. Es traten ausgedehnte entzündliche Änderungen im Rahmen der Markknochen, die deformierende Hüftgelenkentzündung, Degenerationsschäden im Bereich der Oberschenkelköpfe auf. Die Degenerationsänderungen der Wirbelsäule wurden auf den Wirbelkörpern, Gelenkflächen und als Verknocherungen der gelben Bänder, des Ligamentums supraspinale und Kreuzhüftbeinbands festgestellt. Starke Degenerations-Bildungsänderungen in Hüft- und Kniegelenken. Arthritische Änderungen traten in Form von porigen Aushöhlungen, Knochenauswüchsen und Wulstverdickungen der Gelenkflächenränder auf. Eine Spur nach dem geheilten Bruch des linken Schüsselbeins, wobei eine Hypertrophie des Knochengewebes darauf hinweist, dass sich an der Verletzungsstelle ein Entzündungsvorgang entwickelte.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das betreffende Skelett die für das Alter des Toten ziemlich typischen pathologischen Änderungen im Bereich des Knochen-Gelenkssystems, nämlich die Arthrosen, charakterisieren, welche die chronischen regressiven Prozesse des Knorpelgewebes mit Bildungs-Degenerationsreaktionen der Knochen und anderen Elementen, die die Knochenverbindungen bilden, sind (Gładkowska-Rzeczycka 1998). Die festgestellte Zahnkaries, die Zahnabszesse und Entzündungszustände im Bereich des Parodontiums hatten einen chronischen Verlauf. Die Zahnsteineinlagerungen bewirkten das

Verbleiben der Nahrungsreste und Mikroorganismen in den Zahntaschen, was die Entzündungszustände des Zahnfleischrands zur Folge hatte. Die Zahlkaries am Zahlfleisch und die tangentialen Karies begünstigten die Ansammlung der Nahrungsreste (Gleń 1976).

ABBILDUNGEN

Abb. 1. Giecz Fst. I. Schädel in *norma frontalis* (Photo: J. Wrzesiński)



Ryc. 1 Giecz, stan. 1. Czaszka w *norma frontalis*. (fot. J. Wrzesiński)