

JUDYTA GŁADYKOWSKA-RZECZYCKA

SCHORZENIA WRODZONE UCHWYTNE W MATERIALE KOSTNYM  
Z DAWNYCH CMENTARZYSK POLSKI \*

WSTĘP

Celem pracy jest przedstawienie przypadków schorzeń wrodzonych zaobserwowanych w obrębie układu kostnego z dawnych cmentarzysk Polski.

Istnieją dwa główne zespoły przyczyn wywołujących schorzenia wrodzone: zaburzenia w strukturze genów oraz niekorzystne czynniki środowiskowe działające na rozwijający się płód, bądź na noworodka czy małe dziecko. W obu wypadkach mogą powstać zmiany, które nie powodują żadnych odchyłeń w sprawnej funkcji organizmu oraz zmiany, które w większym lub mniejszym stopniu funkcje te ograniczają. Odchylenia, które nie prowadzą do zakłóceń funkcji organizmu nazywamy odmianami. Przykładów ich występowania w układzie kostnym jest dużo, na przykład przetrwały szew czołowy (*sutura metopica*), wyrostek nadkłykciowy (*processus supracondylaris*) kości ramiennej występujący u człowieka w 1-2,5% wypadków, dodatkowe otwory w mostku, czy wstawki kostne i nadliczbowe szwy z nimi związane w obrębie czaszki.

Wady rozwojowe mogą być wyrażone w różnym stopniu. Wyróżniamy wśród nich takie, które nie dają objawów klinicznych oraz takie, które powodują kalectwo o różnych rozmiarach i charakterze. Wady najczęściej obserwujemy w obrębie kręgosłupa, rzadziej występują one w stawach, lub innych kościach. Niejednokrotnie też schorzenie wrodzone obejmuje prawie cały kościec. Zarówno odmiany jak i wady rozwojowe należy zaliczyć do zmian stosunkowo dobrze wyrażonych w wykopaliskowym materiale kostnym.

Zaburzenia rozwojowe, które bardzo często mają charakter schorzeń wrodzonych, dziedzicznych, spełniają ważną rolę w ustalaniu pokrewieństwa między osobami pochowanymi na danym cmentarzysku. Stwierdzenie rzadkiej odmiany czy wady rozwojowej u dwóch, lub większej liczby osób, może być ważkim dowodem istnienia pokrewieństwa między nimi.

\* Praca finansowana przez KA PAN.

## ZABURZENIA ROZWOJOWE KRĘGOSŁUPA

Wady kręgosłupa powstają w okresie formowania i różnicowania się tkanki mezodermalnej w pierwszych tygodniach życia zarodkowego. Mogą one być następstwem niezamknięcia się, czy nieprawidłowego zamknięcia kanału kręgowego, zaburzeń indukcyjnych z niewykształceniem się określonych odcinków kanału kostnego, czy zaburzeń prawidłowego rozwoju zawiązków trzonów. Na przykład niedorozwój jednego z parzystych ośrodków chrzęstnych trzonu kręgow może wytworzyć półkręgi (*hemivertebrae*). W zaburzeniu tym nie wykształca się boczna lub przednia część trzonu kręgu, co, jeżeli dotyczy odcinka piersiowego kręgosłupa, może spowodować zaburzenia w segmentacji żeber; mogą powstać żebra nadliczbowe lub mogą one być niekompletne. Natomiast ubytek w linii środkowej trzonu kręgu (*rachischesis anterior*) nadaje trzonowi kształt motyla — jest to tak zwany krąg motyli [Żuk i wsp. 1977].

Inną formą wady rozwojowej kręgosłupa jest wrodzony blok kręgow (*synostosis congenita vertebrarum*). Powstaje on w wyniku zaburzenia w segmentacji kręgow. Zmiany najczęściej dotyczą dolnego odcinka piersiowego kręgosłupa. Trzony dwóch lub kilku sąsiadujących z sobą kręgow zrastają się razem tworząc jednolity blok kostny, przy czym łuki tych kręgow zrastają się rzadziej [Zgliszczyński 1970]. Cechą pozwalającą odróżnić blok wrodzony od innych spraw, na przykład zapalnych, jest ślad krążków międzykręgowych widoczny w obrazie rentgenowskim w postaci szczelin oraz wysokość trzonów zrosniętych kręgow, która odpowiada sumie wysokości poszczególnych, tworzących blok, kręgow.

Częstą wadą jest tak zwany krąg przejściowy (*vertebra transitiva*) zaliczany raczej do odmian niż do zaburzeń rozwojowych. Kręgi przejściowe mogą jednak powodować ograniczenie ruchów lub mogą wytwarzać nadmierną ruchomość zastępczą, co z kolei może wywołać przedwczesne zmiany zwyrodnieniowe.

Kręgi przejściowe występują między poszczególnymi odcinkami kręgosłupa. I tak wyróżniamy: asymilację kręgu szczytowego (*asymilatio atlantis*), gdy krąg ten zrasta się częściowo lub całkowicie z kością potyliczną; sakralizację (*sacralisatio L<sub>5</sub>*), gdy ostatni krąg lędźwiowy zrasta się z kością krzyżową; lumbalizację (*lumbalisatio S<sub>1</sub>*), gdy pierwszy krąg krzyżowy jest całkowicie lub częściowo oddzielony od kości krzyżowej. Podobnie mówimy o dorsalizacji (*dorsalisatio L<sub>1</sub>*) i lumbalizacji ostatniego kręgu piersiowego (*lumbalisatio Th<sub>12</sub>*) [Zgliszczyński 1970; Żuk i wsp. 1977].

Odrębną grupę w wadach rozwojowych kręgosłupa stanowią zaburzenia w obrębie łuku kręgowego. Najczęściej spotyka się ukryty rozszczep kręgosłupa (*spina bifida occulta*). Jest to najlżejsza postać nie-

zamknięcia elementów kostnych kanału kręgowego. Wada ta może dotyczyć jednego lub kilku kręgów; występuje we wszystkich odcinkach kręgosłupa, najczęściej jednak stwierdza się ją w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Rozszczep kręgosłupa może sprzyjać powstawaniu przepuklin w przypadkach mielodysplazji. Niejednokrotnie też blizna występująca w miejscu łuków kręgowych może powodować dotkliwie bóle [Žuk i wsp. 1977].

Do zaburzeń rozwojowych kręgosłupa zaliczamy też kręgozmyk (*spondylolisthesis*). Jest to przesunięcie trzonu kręgu ku przodowi w stosunku do pozostałych kręgów. Przyczyną przesunięcia jest przerwa w ciągłości łuku kręgowego powstała w wyniku uszkodzenia, czy zwinięcia wyrostków stawowych kręgu. Stan ten może powstać również na skutek urazu [Žuk i wsp. 1977].

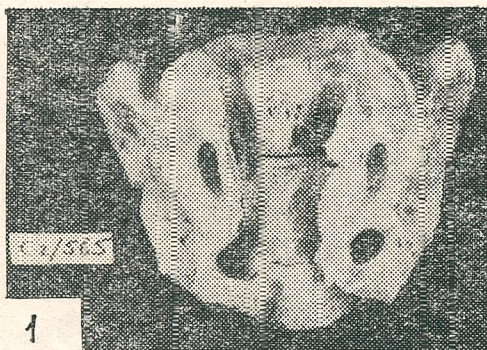
Doniesienia o zmianach w kręgosłupie, wywołanych zaburzeniem rozwojowym, stwierdzonych na materiale kostnym z dawnych cmentarzysk są bardzo liczne [Brothwell, Powers 1968; Farkas i wsp. 1976; Stloukal, Vyhnanek 1972; Vyhnanek i wsp. 1965; Vyhnanek 1972], przy czym są serie, w obrębie których pewne zmiany występują szczególnie często. Na przykład D. Ferembach podaje, że w serii pochodzącej z jaskini położonej niedaleko Taforalt (Maroko), datowanej na epipaleolit, rozszczep łuku kręgowego, zaznaczony w większym, lub mniejszym stopniu, występował we wszystkich kościach krzyżowych osób dorosłych [Ferembach 1963]. Zwykle rozszczep występuje w odcinku lędźwiowo-krzyżowym i współcześnie we Francji spotyka się go w 14 - 24% przypadków. Niektórzy autorzy twierdzą nawet, że rozszczep łuku pierwszego kręgu krzyżowego jest normą [Ferembach 1963]. Tego typu zmianę (rozzszczep  $S_1$ ) D. Ferembach stwierdziła w czterech kościach krzyżowych na 15 badanych, czyli w 27%. Ubytki w pozostałych łukach kości krzyżowej spotyka się dziś rzadko, natomiast D. Ferembach na 21 kościach z omawianej serii spotkała tylko 5 prawidłowych. Pozostałe miały mniej lub bardziej rozległe ubytki, do całkowicie otwartego kanału (*canalis sacralis apertus*) włącznie. W rezultacie na 21 przypadków 16 należało uznać za nieprawidłowe — z zaburzeniami. Według D. Ferembach tak wysokiego odsetka zmian w obrębie kości krzyżowej nie spotyka się we współczesnym materiale. K. K. Ery [1974] przedstawiła serię z VI w.n.e. z Jugosławii z równie licznymi zaburzeniami w obrębie kręgosłupa. Kręg przejściowy w tej serii wystąpił w 21,3%, kręg przejściowy wraz z kręgozmykiem w 33,3%, *spina bifida* w 9,3% a w połączeniu z kręgozmykiem w 7,1% przypadków. Podobne serie znane są z Nowego Świata. A. K. Bennett [1972] w serii liczącej 33 szkielety Indian Modoc z przedhistorycznego okresu z płn. Kalifornii zaobserwował wśród dziewięciu dobrze zachowanych kręgosłupów 25 zamiast 24 kręgów przedkrzyżowych. Z wyjątkiem jednego przypadku gdzie kręgiem przejściowym był kręg piersiowy, w po-

zostałych był nim krąg łądzwiowy. W pięciu przypadkach na osiem, szósty krąg łądzwiowy, a w dwóch również pierwszy krąg krzyżowy, nie posiadał łuku. *Spina bifida* o różnym nasileniu stwierdził u wszystkich badanych. A. K. Bennett podkreśla, że nie spotkał w literaturze opisu populacji, u której stwierdzonooby tak wysoki odsetek wad rozwojowych. Przytacza też pracę P. B. Bernsteina i R. R. Petersona [1966], którzy na 234 szkieletach Indian z płn. Ameryki, tylko w pięciu przypadkach stwierdzili szósty krąg łądzwiowy (6,4%). Obecnie u białych Amerykanów odsetek ten wynosi 1,6%, a u czarnych Amerykanów 1,0%. K. A. Bennett uważa, że tak wielką liczbę zmian w obrębie kręgosłupa Indian Modoc można wytłumaczyć jedynie czynnikiem genetycznym. Jak jednak donoszą Ch. W. Lester i H. L. Shapiro [1968], serii z licznymi zaburzeniami rozwojowymi kręgosłupa jest więcej. Przedstawili oni dwie serie liczące w sumie 295 szkieletów Eskimosów, datowane na pierwsze wieki naszej ery i na wiek XV. W obu seriach stwierdzili 41% zmian, przy czym u Eskimosów mieszkających nad morzem odsetek ten jest wyższy i wynosi 45%, a u Eskimosów żyjących w głębi kraju tylko 21%. Autorzy sugerują, że przyczyną wysokiego odsetka zmian w kręgosłupie, zwłaszcza u Eskimosów z nadmorskich terenów, może być ich tryb życia, na przykład częste przebywanie w łodzi. Jak wiadomo, pozycja wiosłarza powoduje napięcie całego kręgosłupa, zatem nadmierne wiosłowanie może być przyczyną wytworzenia się pewnej predyspozycji do powstawania wad kręgosłupa.

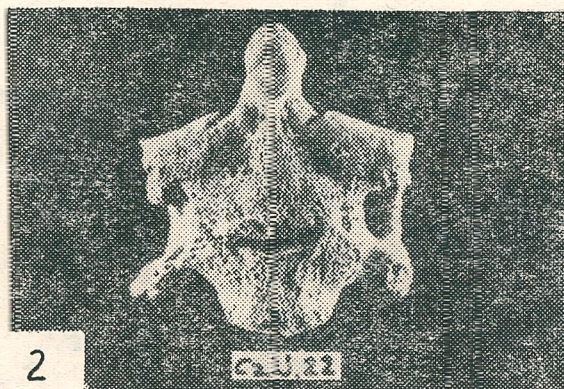
W materiale pochodzącym z terenu Polski występują bardzo liczne formy zaburzeń rozwojowych kręgosłupa. Materiał jaki dotąd zebrałam jest jeszcze stale szczupły — kręgi najczęściej ulegają dużym uszkodzeniom lub nie zachowują się wcale. Ograniczę się zatem jedynie do przedstawienia ogólnych danych. W serii z Czerska, pow. Piaseczno (XII–XIII w.) na 253 szkielety posiadające zmiany chorobowe, 25 osobników wykazywało rozszczep łuku kręgowego, czterech — blok kręgów i trzech — brak łuku kręgowego. W serii z Suraza i Doktorców, gm. Łąpy (średniowiecze), wśród 65 szkieletów ze zmianami, rozszczep łuku kręgowego występował w ośmiu przypadkach, blok kręgów w dwóch, asymilacja kręgu szczytowego, sakralizacja i brak łuku — w jednym przypadku. W jednej jak dotąd zbadanej serii z okresu neolitu — ze Złotej, pow. Sandomierz, znajdując 82 szkielety ze schorzeniami stwierdziłam rozszczep łuku, asymilację kręgu szczytowego i brak łuku tylko raz. Natomiast blok kręgów i sakralizację w dwóch wypadkach (Rys. 1, 2, 2a, 3, 4, 5).

#### ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (*PALATOSCHISIS*)

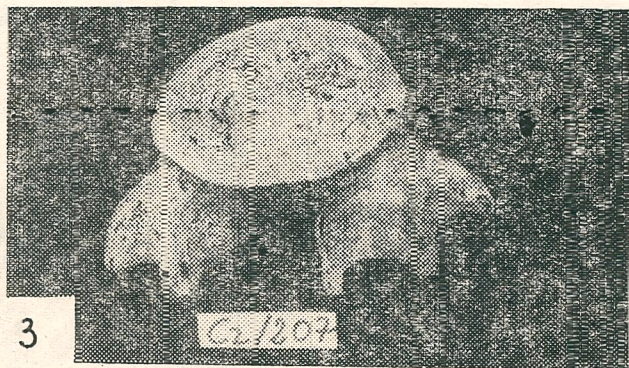
Do rzadko spotykanych wad w materiale wykopaliskowym należą rozszczep szczęki (*gnathoschisis*) i podniebienia (*palatoschisis*). A. Marcisik [1967] opisała rozszczep szczęki i podniebienia stwierdzony na



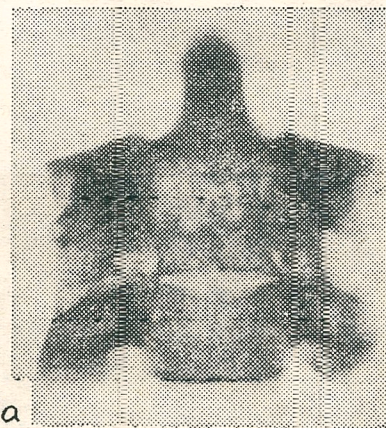
1



2

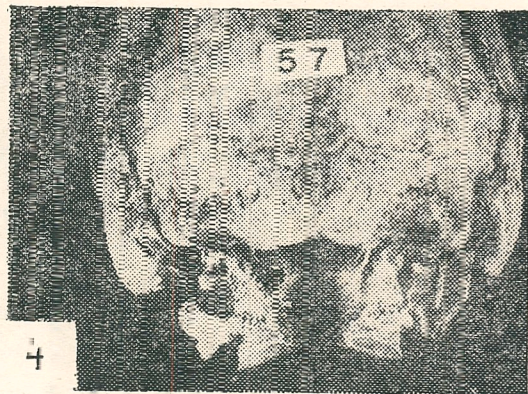


3

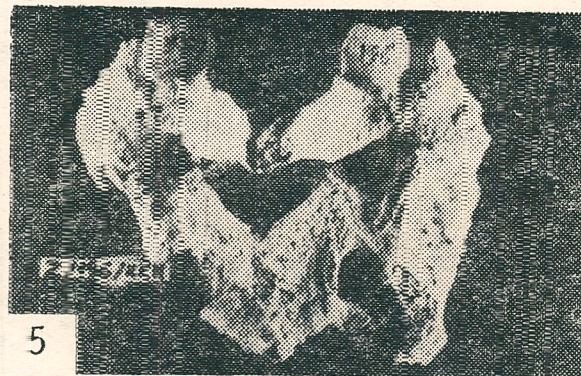


2a

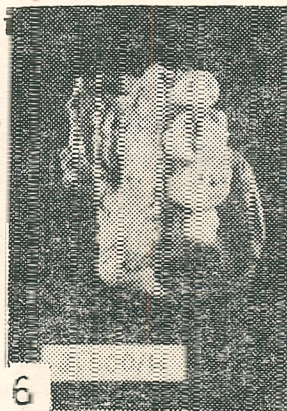
Rys. 1. Rozszczep łuków kręgowych kości krzyżowej (*canalis sacralis apertus*). Rys. 2. Blok kręgów (*blocc vertebrarum*).  
Rys. 2a. Rtg bloku kręgów. Rys. 3. Brak łuku kręgowego (*spordylosis*)



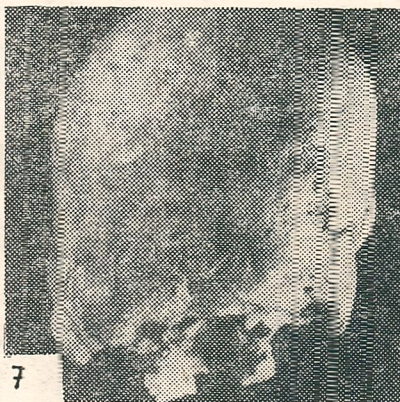
4



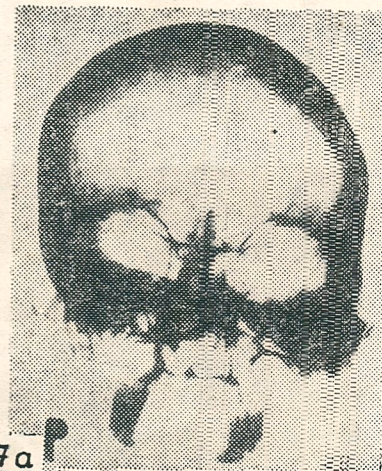
5



6



7



7a

Rys. 4. Asymilacja kręgu szczytowego (*asymilatio atlantis*). Rys. 5. Sakralizacja (*sacralisatio L<sub>5</sub>*). Rys. 6. Rozszczep podniebienia? (*palatoschisis*). Rys. 7. Kręcz szyi (*torticollis myogenes*). Rys. 7a. Rtg kręczu szyi

czaszce 18 - 22-letniego mężczyzny z Izsák, Balázspuszta z okresu węgierskich podbojów (*Hungarian conquest*). Autorka podaje, że podobny przypadek zaobserwowany na czaszce z cmentarzyska Szatymaz datowanego na X - XII wiek, przedstawili P. Lipták i Gy. Farakas w 1967 roku. Trzeci przypadek, również z ubytkiem w przednim odcinku szczęki, to czaszka kobiety 25 - 30-letniej z cmentarzyska sprzed 500 lat z południowych Węgier. Ubytek ten, jak twierdzi A. Berndorfer [1965], jest typowy dla osób z zajęczą wargą (*cheiloschisis*). Uważa on, że jest to przypadek bardzo rzadki, gdyż dzieci z wadą tego typu najczęściej umierały, lub były po prostu zabijane. Przypuszczeniu temu w pewnym stopniu przeczą zarówno wspomniane prace A. Marosik i P. Liptáka, jak i doniesienia S. T. Brooks i W. D. Hohenthala [1963] o trzech czaszkach z rozszczepem podniebienia. Dwie z nich, mężczyzny i kobiety w dorosłym wieku, pochodzą z terenu San Francisco sprzed 2300 lat, trzecia czaszka, mężczyzny zmarłego również w wieku dorosłym, pochodzi z Sacramento i datowana jest na okres sprzed 2 - 4 tysięcy lat. Stwierdzenie tej wady u osób dorosłych dowodzi, że nie wszystkie ludy zabijały dzieci obarczone nią. Wiadomo też, że jeszcze dzisiaj są osoby z rozszczepem nie leczone w dzieciństwie, a mimo to dożywające dojrzałego wieku. Częstość występowania rozszczepów w obrębie szczęki obecnie w Stanach Zjednoczonych wynosi 1 : 750. Na 1000 przypadków wad podniebienia, 25% to wargę zajęczą, 25% — rozszczep podniebienia, a pozostałe 50% to jednoczesne występowanie obu tych wad. W Polsce, współcześnie, na 600 dzieci jedno rodzi się z rozszczepem podniebienia\*.

W materiale ze Złotej (woj. Sandomierz) znalazłam dwie szczęki ze zmianą, która może być rozszczepem podniebienia. Zmiana ta jest jednak, z powodu uszkodzenia, mało widoczna, a tym samym diagnoza nie jest pewna (Rys. 6). Rozszczep podniebienia należy różnicować, między innymi, z ubytkami wywołanymi przez trąd i kłkę.

#### KRĘCZ SZYI (*TORTICOLLIS*)

Bardzo rzadkie zaburzenie rozwojowe stwierdziłam na czaszce dorosłego mężczyzny ze średniowiecznego cmentarzyska w Czarnej Wielkiej, gm. Grodzisk. Zarówno część twarzowa jak i część mózgowa czaszki jest niesymetryczna, przy czym największa asymetria dotyczy wyrostka sutkowatego po stronie lewej. Jest to miejsce przyczepu między innymi mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego (rys. 7 i 7a). Brak zmian w kręgach szyjnych dowodzi, że jest to kręcz szyi pochodzenia mięśniowego

\* Informacja ustna od doc. dra hab. Stanisława Przyłipiaka.

(*torticollis myogenes*) [Szmurło i wsp. 1978; Gładkowska-Rzeczycka 1980 b].

Kręcz mięśniowopochodny jest następstwem częściowego zbliznowacenia mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego. Przyczyną tego zjawiska mogą być zmiany pourazowe, najczęściej uraz porodowy czy zbliznowacenia płodowe prowadzące do przykurczów i ograniczenia ruchów [Żuk i wsp. 1977]. Wada ta powoduje większą lub mniejszą asymetrię głowy i twarzy, jednak bez naruszenia sprawnej funkcji organizmu.

Kręcz szyi, również pochodzenia mięśniowego, u kobiety około 30-letniej z cmentarzyska w Mikulčicach, datowanego na IX wiek opisali M. i M. Stloukalowie [1963].

#### WRODZONE ZWICHNIĘCIE STAWU BIODROWEGO (LUXATIO COXAE CONGENITA)

W materiale kostnym z dawnych cmentarzysk, z zaburzeń wrodzonych występujących w stawach, najczęściej wymienia się wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego [Brothwell 1967; Gładkowska-Rzeczycka 1980 a; Ulrich 1972; Wells 1963].

Należy rozróżnić dwa rodzaje zmian w stawie biodrowym: dysplazję i dyslokację. Dysplazja, czyli zaburzenie struktury kości stawu polega głównie na spłyceciu i niedorozwoju, zwłaszcza sklepienia panewki. Dysplazja może wystąpić bez wyraźnego przemieszczenia, natomiast w dyslokacji z reguły mamy również dysplazję.

Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego według niektórych autorów [Baudouin 1909] jest chorobą cywilizacji. Występuje ono bowiem znacznie częściej wśród cywilizowanej ludności niż wśród prymitywnych ludów. W Polsce współczesnej liczba osób z wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego wynosi około 2% ludności [Żuk i wsp. 1977]. Natomiast wysoki odsetek tej wady występuje u współczesnych Amerykanów i Kanadyjczyków. Fakt ten szczególnie zwraca uwagę jeżeli porównamy współczesne dane z danymi z przedhistorycznych cmentarzysk północnoamerykańskich Indian. U Indian np., na 286-375 szkieletów wadę tę stwierdzono u dwóch osób, natomiast obecnie odsetek osób z wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego dochodzi nawet do 6%. Rzadsze występowanie tej wady u Indian z dawnych cmentarzysk często można tłumaczyć nie tylko złym stanem wykopaliskowego materiału kostnego, lecz również faktem rzadszego występowania genów odpowiadających za powstawanie tej wady, czy też innym niż dzisiaj sposobem noszenia dzieci. Dowodem na rolę czynnika zewnętrznego w powstawaniu zwichnięcia stawu biodrowego mogą być spostrzeżenia poczynione w niektórych szpitalach Europy, Azji i Afryki. Mianowicie w krajach europejskich np. w Czechosłowacji, częstość tej wady z dys-



lokacją wynosi 1,5%, natomiast w pld. Afryce, u noworodków ludności Bantu i w Hong Kongu nie zanotowano jej wcale, z wyjątkiem dzieci, których rodzice przejęli europejski zwyczaj wożenia dziecka w wózku. Okazało się, że dzieci Bantu i większość z Hong Kongu noszone są przez matki na plecach, lub na biodrze, co zapewnia ułożenie nówek dziecka w odwiedzeniu i zgięciu, a więc w położeniu najkorzystniejszym dla prawidłowego rozwoju stawu biodrowego w pierwszym roku życia dziecka [Clabeaux 1977]. Niewątpliwie wadę tę powoduje czynnik genetyczny, czego dowodzi jej rodzinne występowanie. Wrodzona jest zatem skłonność do powstania zwichnięcia stawu biodrowego, lecz częstość jej występowania warunkują czynniki środowiskowe.

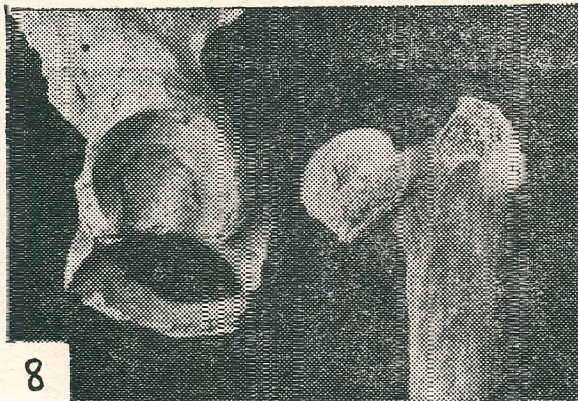
Zmiany w strukturze stawu, jego główki, które są jedną z cech omawianej wady, należy różnicować ze zmianami spowodowanymi chorobą Legg-Perthes (wrodzona martwica) i z *osteochondritis dissecans*.

W piśmiennictwie niewiele jest opisów wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego stwierdzonego w kostnym materiale z dawnych cmentarzysk. Dotyczą one między innymi neolitycznej Francji, saksońsko-brytyjskiej Anglii czy Grecji i Nubii z okresu wczesnego żelaza [Brothwell 1961, 1967, 1968; Wells 1963]; średniowiecznej Czechosłowacji [Thurzo 1969] i Niemiec [Fischer 1956; Schmidt 1974; Ulrich 1972] oraz dawnych cmentarzysk Nowego Świata [Clabeaux 1977].

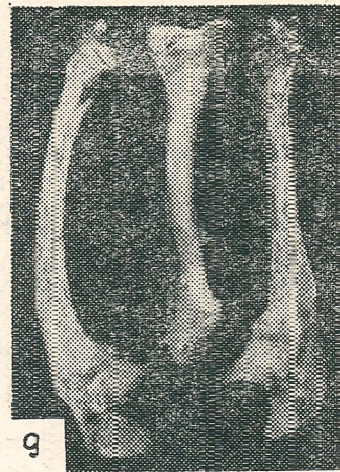
Z terenu Polski, jak dotąd, znamy jeden przypadek wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego [Gładkowska-Rzeczycka 1980a]. Wadę tę stwierdzono u kobiety 25-30 letniej z średniowiecznego cmentarzyska w Pyrzycach, z pln.-zach. Polski. Zmiany w stawie są typowe: panewka lewego stawu jest spłycona, zwłaszcza jej strop, natomiast głowa kości udowej grzybowatego kształtu osadzona jest na bardzo krótkiej szyjce ustawionej w stosunku do osi trzonu kości pod kątem prostym (rys. 8, 8a). Zmiany zwyrodnieniowe są typu wadliwego obciążenia. Różnica w długości kości prawej i lewej wynosi 42 mm. Poza tą wadą stwierdzono w kości krzyżowej otwarty kanał w dolnym jej odcinku, począwszy od trzeciego kręgu krzyżowego.

#### ACHONDROPLAZJA

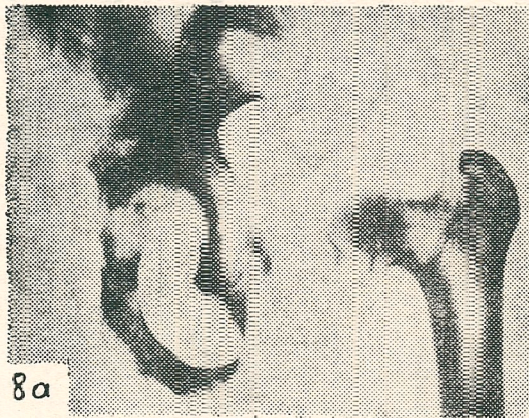
Jednym z silnie wyrażonych zaburzeń wrodzonych w obrębie układu kostnego jest achondroplazja, określaną też jako *chondrodystrophia fetalis*. Achondroplazja jest jedną z form karłowatości, którą należy różnicować między innymi z karłowatością pierwotną i przysadkową, kretynizmem czy krzywicą. Etiologia tego schorzenia nie jest dotąd poznana. Wiadomo, że jest to zaburzenie wrodzone i że może ono być dzie-



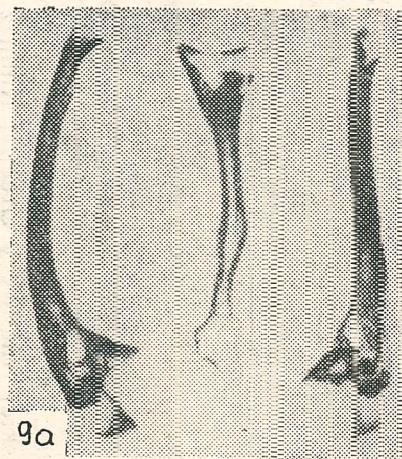
8



9



8a



9a

Rys. 8. Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego (*luxatio coxae congenita*). Rys. 8a. Rtg wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Rys. 9. Kości przedramion karła. Rys. 9a. Rtg kości karła

dziczne. Achondroplazja powstaje w wyniku zaburzeń w odochrzęstnowym tworzeniu kości. Dotyczy to szczególnie kości długich i podstawy czaszki, ogranicza wybitnie ich wzrost na długość. Osoby dotknięte tym schorzeniem charakteryzuje duża głowa i stosunkowo długi tułów oraz bardzo krótkie kończyny górne i dolne [Fancioni, Wallgren 1971; Kosowicz 1978].

Rozległość i charakter zmian pozwalają stosunkowo łatwo wykryć to schorzenie w wykopaliskowym materiale kostnym. Znane są dosyć liczne opisy achondroplazji [Antoniewicz 1906; Talko-Hryncewicz 1921; Brothwell 1967; Jones 1931/32]. Najwięcej przypadków pochodzi z dawnych cmentarzysk Egiptu i Nubii. Karły były często tematem w rzeźbie i malarstwie. Z Europy znany jest przypadek achondroplazji z Francji [Brothwell, Powers 1968] i z Anglii [Johnston 1963]. Z Nowego Świata opisy szkieletu karła przedstawili w 1867 roku J. Wyman, w 1902 — C. Fowke, a w latach 1943-48 — C. E. Snow; wszystkie te przypadki datowane są na okres sprzed 2000-3000 lat oraz sprzed 500-1000 lat [Johnston 1963; Brothwell, Powers 1968].

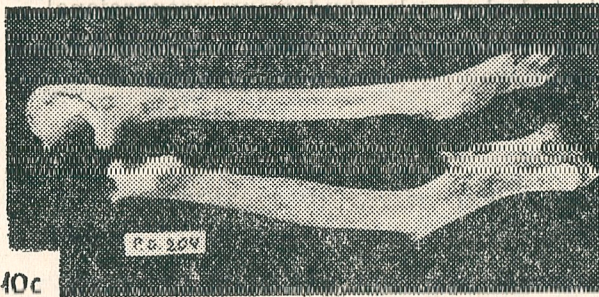
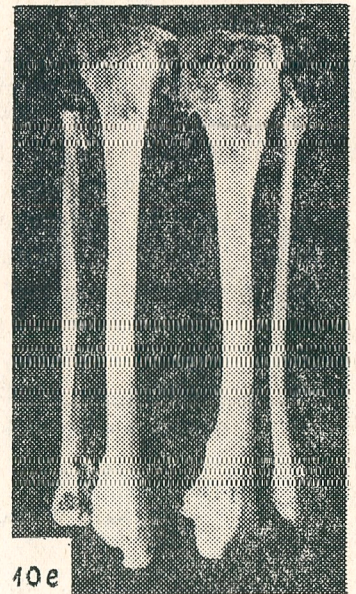
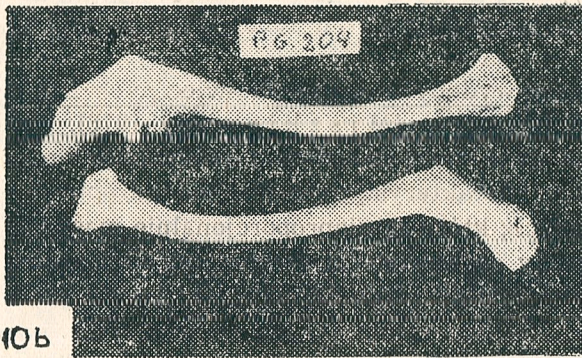
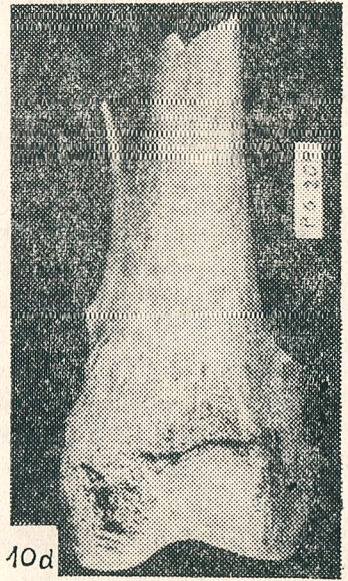
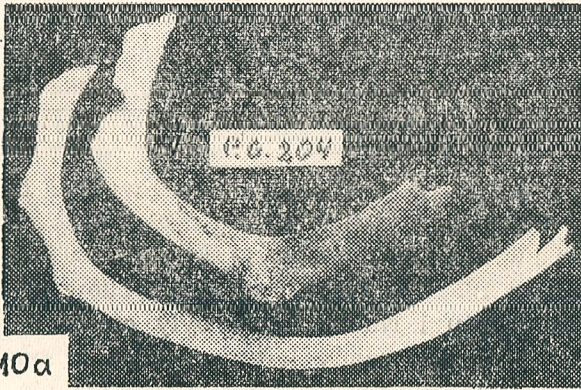
Z terenu Polski szczątki karła wydobyto z XI-XII-wiecznych fundamentów kościółka na Zamku Legnickim [Miszkiwicz 1976]. Ze szkieletu zachowały się jedynie dwie kości łokciowe i jedna kość promieniowa. Są one jednak bardzo charakterystyczne dla achondroplazji: krótkie, o zniekształconych nasadach, które są nieproporcjonalnie masywne w stosunku do trzonów. Trzony są wygięte, a rzeźba jest silnie rozwinięta (rys. 9, 9a). Wzrost karła wynosił około 120 cm. [Gładkowska-Rzeczycka 1980 c].

Znany jest jeszcze jeden szkielet karła, datowany na II-III w.n.e., znaleziony w Bagiczu niedaleko Kołobrzegu. Opisał go szczegółowo i pomierzył H. Schumann [1899]. Jest to szkielet dorosłej kobiety wzrostu około 138,5 cm (wg Humpreya). Na kościach nie ma żadnych śladów zmian chorobowych. Szkielet jest drobny, ale zbudowany proporcjonalnie. Nie jest to zatem wypadek achondroplazji. Delikatna i drobna budowa jest charakterystyczna dla karłowatości pierwotnej, w której wzrost jest również karłowaty.

#### MNOGIE WYROŚLA KOSTNE (EXOSTOSES MULTIPLICES)

Rozległe zmiany w całym układzie kostnym występują we wrodzonym schorzeniu określanym licznymi nazwami: mnogie wyrośla kostne — *exostoses multiplices* czy: *chondrodysplasia hereditaria deformans*, *dyschondroplasia*, *acclasis diaphysealis*, *ecchondrosis ossificans*, *osteomatosis multiplex* i *dysplasia exostotica*.

Schorzenie to charakteryzuje się obecnością rozmaitej wielkości wy-



Rys. 10. Wyrośla mnogie (*exostoses multiplices*)

a) żebra, b) obojczyki, c) kości przedramion, d) kość udowa, e) kości podudzia

stępów kostnych rozmieszczonych na prawie wszystkich kościach, przede wszystkim jednak na kościach długich, przy czym zmiany zlokalizowane są głównie w odcinkach przynasadowych. Występują one w postaci wyniosłości kostnych różnych rozmiarów, o zmiennym kształcie, uszypułowanych lub szeroko podstawnych, ostro lub tępo zakończonych. Jest to schorzenie o charakterze dziedzicznym i częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet (7: 3). Ujawnia się już w dzieciństwie. Duże zniekształcenia i bóle utrudniają ruchy i z czasem prowadzą do rozległego kalectwa. Człowiek cierpiący na to schorzenie zdany jest na opiekę innych [Gładyska-Rzeczicka, Urbanowicz 1970].

W dostępnej literaturze znane są dwa przypadki tego schorzenia: szkielet pochodzący z ciałopalno-szkieletowego cmentarzyska w Pruszczu Gdańskim (I w.p.n.e. — IV w.n.e.) i należący do osoby młodocianej, prawdopodobnie płci męskiej, z rozległymi zmianami (rys. 10, a, b, c, d, e) oraz szkielet z wyspy Gotland, z ruin średniowiecznego kościoła św. Klemensa w Visby, opisany przez T. Sjøvolda i I. Swedborg [1974]. Jest to szkielet kobiety 17-20-letniej, która zmarła w położu; w jej miednicy znaleziono kości dojrzałego płodu. W szkielecie kobiety stwierdzono na wszystkich prawie kościach silnie rozwinięte zmiany typowe dla omawianego schorzenia. Podkreślić należy, że również na kościach udowych płodu występowały wyraźne wyrośla kostne, co dowodzi, że choroba ta jest dziedziczna.

#### ZAKOŃCZENIE

Stan materiału, zarówno jego ilość oraz jakość powoduje, że badania paleopatologiczne dawnych populacji, dotyczące również chorób wrodzonych z terenu Polski, są stale jeszcze w stadium gromadzenia obserwacji.

Dotąd paleopatologom udało się jedynie stwierdzić, że bardzo różne schorzenia wrodzone trafiły również najdawniejszych mieszkańców ziem Polski, podobnie jak to stwierdzono na innym obszarze Europy i pozostałych kontynentów. Zastanawiający jest jednak fakt, że w tak liczonym materiale, bo liczącym zaledwie około 1000 szkieletów i to w większości przypadków niekompletnych, natrafiono na tak interesujące i rzadko opisywane schorzenia wrodzone.

Za mało jednak zbadano jeszcze serie z poszczególnych okresów oraz terenów zróżnicowanych pod względem środowiskowym, aby wysunąć pewny wniosek o istocie zależności między zaistniałymi faktami. Na razie pozostajemy przy stwierdzeniu, że niewątpliwie istnieją zależności między niektórymi schorzeniami wrodzonymi, a specyfiką środowiska w jakim obciążona nimi grupa ludzka żyje.

Badania schorzeń wrodzonych, mimo wielu jeszcze niejasności, wydają się być szczególnie interesujące, gdyż dotyczą również ciekawego i dotąd mało zbadanego problemu, jakim jest niewątpliwie paleogenetyka.

## PIŚMIENNICTWO

- Antoniewicz W., 1906, *Obrzymy i karty*. Wszechświat, 25, nr 32, 504 - 508.
- Baudouin M., 1909, *Luxation congénitale de la hanche*. L'Homme Préhistorique, 7, 5, 129 - 139.
- Bennett K. A., 1972, *Lumbo-sacral malformations and spina bifida occulta in a group of proto-historic Modoc Indians*. Am. J. Phys. Anthrop., 36, 435 - 439.
- Berndorfer A., 1965, *The 500 year old skull with cleft lip*. Brit. J. Plastic Surg., 15, 123 - 128.
- Brooks S. T., W. D. Hohenthal, 1963, *Archaeological defective palate crania from California*. Am. J. Phys. Anthrop., 21, 25 - 32.
- Brothwell D., 1961, *The paleopathology of early British man: an essay on the problems of diagnosis and analysis*, J. Roy. Anthropol. Inst. Great Brit. a. Ireland, 91, 2, 318 - 344.
- Brothwell D., 1967, *Major congenital anomalies of the skeleton: evidence from earlier populations* [w:] *Diseases in Antiquity*, (red. D. Brothwell, A. T. Sandison), Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, s. 423 - 443.
- Brothwell D. R., R. Powers, 1969, *Congenital malformations of the skeleton in earlier man* [w:] *Skelet. Biol. of Early Hum. Popul.*, (red. D. R. Brothwell) Oxford, Pergamon Press, s. 173 - 203.
- Clabeaux M. S., 1977, *Congenital dislocation of the hip in the prehistoric North-east*. Bull. N. Y. Acad. Med., 53, (4) 338 - 346.
- Ery K. K., 1974, *Frequency of spondylolisthesis in a 6th century population from Jugoslavia*, Anthrop. Közl. 18, 49 - 54.
- Fanconi G., A. Wallgren, 1971, *Pediatrics*, PZWL, Warszawa.
- Farkas Gy., A. Marcsik, L. Vékony, 1976, *Vertebral deformation in the Avar skeletal material*, Anthropologie, XIV/3, 231 - 233.
- Ferembach D., 1963, *Frequency of spina bifida occulta in prehistoric human skeletons*, Nature, 199, 100 - 101.
- Fischer E., 1956, *Angeborene oder traumatische Hüftgelenkluxation*, Archiv f. orthoped. u. Unfall-Chir., 48, 352 - 366.
- Gładkowska-Rzeczycka J., M. Urbanowicz, 1970, *Mnogie wyrośla kostne szkieletu z przedhistorycznego cmentarzyska dawnej ludności Pruszcza Gdańskiego*. Folia Morph. (Warsz.) 29, 3, 317 - 329.
- Gładkowska-Rzeczycka J., 1980a, *Zwichnięcie wrodzone stawu biodrowego? (luxatio coxae congenita) u kobiety z średniowiecznego cmentarzyska północnej Polski*, Folia Morph. (Warszawa), 39, 2.
- Gładkowska-Rzeczycka J., 1980b, *Some cases of diseases from prehistoric and medieval cemeteries in Poland*, Anthropologia Contemporanea, 3, 145.
- Gładkowska-Rzeczycka J., 1980c, *Szczątki karla (achondroplastycznego) z XI - XII wiecznej Legnicy* — w druku.
- Jones E. W. A. H., 1931/32, *Studies in achondroplasia*, J. Anat. 66, 565 - 577.

- Johnston E. F., 1963, *Achondroplastic dwarfs through history.*, Clin. Pediatric, 2, 703 - 708.
- Keith A., jr., 1913, *Abnormal crania-achondroplastic and acrocephalic.* J. Anat. Physiol., 47, 189 - 206.
- Kosowicz J., 1978, *Atlas of endocrine diseases*, Charles Press Publishers, Maryland.
- Lester Ch. W., H. L. Shapiro, 1968, *Vertebral arch defects in the lumbar vertebrae of pre-historic American Eskimos.* Am. J. Phys. Anthrop., 28, 43 - 47.
- Marcsik A., 1976, *The anthropological description of the skeleton from the period of the Hungarian Conquest found at Izsák-Balázspusztá.* Cumania, IV. Archeol., 185 - 188.
- Miszkiewicz B., 1976, *Analiza antropologiczna wczesnośredniowiecznych szczątków kostnych ludzkich z badań ratowniczych na terenie Zamku Legnickiego.* Szkice Legnickie, 9, 183 - 200.
- Sandison A. T., C. Wells, 1967, *Endocrine disease, [w:] Diseases in Antiquity*, (red. D. Brothwell, A. T. Sandison), Charles C. Thomas, Springfield, Illinois 1967, s. 521 - 531.
- Schumann H., 1899, *Baumsarg-Grab mit Zwerg-Skelett von Bodenhagen bei Colberg (Pommern).* Nachr. deutsch. Alterthumsfunde, 10, 1, 1 - 9.
- Schmidt T., 1974, *Nachuntersuchung der angeblichen Gebeine Henrichs des Löwen.* Anthr. Anz., 34, 3/4, 250 - 259.
- Sjovold T., I. Swedborg, L. Dinner, 1974, *A pregnant woman from the middle ages with exostoses multiplex.*, Ossa, 1, 3 - 23.
- Szumrło J., Gładkowska-Rzeczycka, W. Szwaykowski, 1973, *Znaczenie badań radiologicznych w paleopatologii.* Przegl. Antrop., t. 44, z. 2, 177 - 185.
- Stloukal M., M. Stloukalova, 1963, *Asymetrie des Kopfes bei muskulären Schiefhals.* Anthropologie (Brno), 2, 65 - 68.
- Stloukal M., L. Vyhnánek, 1972, *Angeborene Skelettanomalien und ihre Bedeutung für die prähistorische Anthropologie.* Anthropol. Anz., 33, 3/4, 252 - 257.
- Talko-Hryncewicz J., 1921, *O olbrzymach i kartach.* Prace i Mat. Antrop. Kom. Antrop. PAU, 2, 65 - 79.
- Thurzo M., 1969, *Antropologický rozbor kostroveho pohrebiska Lupka v Nitre.*, Acta Ren. nat. Mus. Nat. slov., 18, 93 - 157.
- Ullrich H., 1972, *Das Aunjetitzer Gräberfeld von Grossbrembach.*, Herman Böhlau, Weimar.
- Vyhnánek L., H. Hanáková, M. Stloukal, J. Kolař, 1965, *Angeborene Synostosen im altslawischen Knochenmaterial.* Zentralblatt f. Chirurgie, 90/42, 2188 - 2191.
- Vyhnánek L., 1972, *Die Blockwirbel in archäologisch geborgenem Skelettmaterial.* Anthropol. Anz., 33, 3/4, 258 - 266.
- Wells C., 1963, *Hip diseases in ancient man.* J. Bone and Joint Surg., 45, 790 - 791.
- Wells C., 1964, *Bones, bodies and diseases*, ed. Glyn. Daniel, London.
- Zgliszczyński S. L., 1970 (red.), *Radiologia*, PZWL.
- Żuk T., A. Dziak, A. Gusta, 1977., *Podstawy ortopedii i traumatologii*, PWL, Warszawa.

---

INBORN PATHOLOGIES OBSERVABLE IN THE SKELETAL MATERIAL FROM  
EARLIER POLISH CEMETERIES

by JUDYTA GŁADYKOWSKA-RZECZYCKA

Inborn abnormalities observed in material from earlier Polish cemeteries are most frequent in the vertebral column. Furthermore there were found cases of cleft palate (*palatoschisis*), *torticolis myogenes*, inborn hip displacement (*luxatio coxae congenita*), achondroplasia and multiple exostoses.