

Historische Anatomieleichen der Universität Göttingen – Zur Morbidität einer Bevölkerungsgruppe des 19. Jahrhunderts

DISSERTATION

zur Erlangung des mathematisch-naturwissenschaftlichen Doktorgrades

“Doctor rerum naturalium”

der Georg-August-Universität Göttingen

im Basisprogramm Biologie

der Georg-August University School of Science (GAUSS)

vorgelegt von

Maria Feicke

aus Karl-Marx-Stadt, jetzt Chemnitz

Göttingen, 2019

Band 2

Dieser Teil der Dissertationsarbeit umfasst die Datensammlung und den Fundkatalog. Er ist außerdem auf der der Arbeit beigelegten CD enthalten.

Inhaltsverzeichnis

1. Datensammlung	1
2. Fundkatalog	6
Campus 50/10 1	6
Campus 50/10 2	7
Campus 50/10 3	9
Campus 50/10 4 (A)	11
Campus 50/10 4 (B) Anatomieleiche	13
Campus 50/10 5	14
Campus 50/10 6 Anatomieleiche	16
Campus 50/10 7 Anatomieleiche	18
Campus 50/10 8	20
Campus 50/10 9	22
Campus 50/10 10	23
Campus 50/10 12	25
Campus 50/10 13	28
Campus 50/10 15	30
Campus 50/10 17	31
Campus 50/10 18	32
Campus 50/10 19 1	34
Campus 50/10 19 2	34
Campus 50/10 20	35
Campus 50/10 22 Anatomieleiche	37
Campus 50/10 23 Anatomieleiche	39
Campus 50/10 24	41
Campus 50/10 25	42
Campus 50/10 26	43
Campus 50/10 29	45
Campus 50/10 30	47
Campus 50/10 31	49
Campus 50/10 32	50
Campus 50/10 33	52
Campus 50/10 34	54

Campus 50/10 35.....	55
Campus 50/10 36.....	56
Campus 50/10 37.....	58
Campus 50/10 38.....	59
Campus 50/10 39.....	61
Campus 50/10 40.....	63
Campus 50/10 41.....	64
Campus 50/10 43 Anatomieleiche.....	66
Campus 50/10 44.....	68
Campus 50/10 45.....	70
Campus 50/10 46.....	72
Campus 50/10 47.....	73
Campus 50/10 48.....	74
Campus 50/10 49.....	76
Campus 50/10 50 (1) Anatomieleiche.....	77
Campus 50/10 50 (2) Anatomieleiche.....	79
Campus 50/10 51.....	80
Campus 50/10 52.....	82
Campus 50/10 57.....	84
Campus 50/10 60 Anatomieleiche.....	86
Campus 50/10 61 Anatomieleiche.....	88
Campus 50/10 62 Anatomieleiche.....	90
Campus 50/10 63.....	92
Campus 50/10 64.....	94
Campus 50/10 65 Anatomieleiche.....	96
Campus 50/10 66.....	98
Campus 50/10 67 Anatomieleiche.....	100
Campus 50/10 68.....	102
Campus 50/10 70 Anatomieleiche.....	104
Campus 50/10 71.....	106
Campus 50/10 72.....	108
Campus 50/10 73.....	110
Campus 50/10 74.....	112
Campus 50/10 75.....	114
Campus 50/10 76 A Anatomieleiche.....	116
Campus 50/10 76 B Anatomieleiche.....	118
Campus 50/10 77.....	120
Campus 50/10 78 A.....	122

Campus 50/10 78 B	123
Campus 50/10 79 Anatomieleiche.....	125
Campus 50/10 80.....	127
Campus 50/10 81 Anatomieleiche.....	129
Campus 50/10 82 Anatomieleiche.....	131
Campus 50/10 83 Anatomieleiche.....	133
Campus 50/10 84.....	135
Campus 50/10 85 Anatomieleiche.....	137
Campus 50/10 86.....	139
Campus 50/10 87.....	141
Campus 50/10 88.....	143
Campus 50/10 90.....	145
Campus 50/10 91.....	147
Campus 50/10 92 A.....	149
Campus 50/10 92 B	151
Campus 50/10 92 C	153
Campus 50/10 93.....	155
Campus 50/10 94 Anatomieleiche.....	157
Campus 50/10 95.....	159
Campus 50/10 96.....	160
Campus 50/10 97 Anatomieleiche.....	162
Campus 50/10 98.....	164
Campus 50/10 100 Anatomieleiche.....	166
Campus 50/10 101 Anatomieleiche.....	168
Campus 50/10 102 Anatomieleiche.....	170
Campus 50/10 103.....	172
Campus 50/10 104 A	174
Campus 50/10 104 B (1) Anatomieleiche	175
Campus 50/10 104 B (2).....	177
Campus 50/10 104 B (3).....	178
Campus 50/10 104 B (4).....	178
Campus 50/10 105 A Anatomieleiche.....	179
Campus 50/10 105 B Anatomieleiche	180
Campus 50/10 106 A	182
Campus 50/10 106 B	183
Campus 50/10 107 A	184
Campus 50/10 107 B Anatomieleiche.....	185
Campus 50/10 108 Anatomieleiche.....	187

Campus 50/10 109	189
Campus 50/10 110	190
Campus 50/10 111	191
Campus 50/10 113	192
Campus 50/10 114	193
Campus 50/10 115	194
Campus 50/10 117	195
Campus 50/10 118	196
Campus 50/10 119	198
Campus 50/10 120	199
Campus 50/10 121	200
Campus 50/10 122 A (1) Anatomieleiche	201
Campus 50/10 122 A (2) Anatomieleiche	203
Campus 50/10 122 B	204
Campus 50/10 123 Anatomieleiche	206
Campus 50/10 126	208
Campus 50/10 128	209
Campus 50/10 Ostprofil über 128	210
Campus 50/10 129	211
Campus 50/10 130 Anatomieleiche	213
Campus 50/10 131 Anatomieleiche	215
Campus 50/10 132	217
Campus 50/10 133	218
Campus 50/10 134	219
Campus 50/10 135 A	220
Campus 50/10 135 B	221
Campus 50/10 136	222
Campus 50/10 137 A Anatomieleiche	223
Campus 50/10 137 B	224
Campus 50/10 138	226
Campus 50/10 139	228
Campus 50/10 140	230
Campus 50/10 141	232
Campus 50/10 142 A Anatomieleiche	233
Campus 50/10 142 B Anatomieleiche	234
Campus 50/10 143	235
Campus 50/10 146	236
Campus 50/10 149	238

Campus 50/10 153	239
Campus 50/10 154	240
Campus 50/10 157	241
Campus 50/10 158	243
Campus 50/10 159	244
Campus 50/10 160	246
Campus 50/10 163	248
Campus 50/10 nördl. von 156	250
Campus 50/10 Streufund 1	251
Campus 50/10 Streufund 2	252
Campus 50/10 Streufund 3	253
Campus 50/10 Streufund 4	254
Campus 50/10 Streufund 5	255
Campus 50/10 Streufund 6	256
Campus 50/10 Streufund 7	257

1. Datensammlung

Tabelle: Erhaltungszustand der Knochen, Altersdiagnose (morphologisch), Geschlechtsdiagnose (morphologisch und molekulargenetisch) und Vermerk zu Sektionsspuren. ND = nicht determinierbar, w = weiblich, m = männlich. Die Ergebnisse der molekulargenetischen Untersuchungen stammen aus Dicks (2012), Schröder (2012), Trede (2016) und Frischalowski (unveröffentlicht).

Individuum	Erhaltungszustand	Alter	Geschlecht Morphologie	Geschlecht Molekulargenetik	Sonstiges
1	schlecht	mat < (40 <)	ND		Rosenkranz, Statuette mit Kruzifix
2	sehr gut	sen (60 <)	m		Buntmetallmünze
3	mäßig	sen (60 <)	w		Rosenkranz
4 (A)	gut	fad-mad (20-30)	Tm	m	
4 (B)	gut	erwachsen	ND	m	Sektion: Unterschenkel; in Grab 4 (A)
5	sehr gut	ad (25-40)	m		
6	sehr gut	mat (40-60)	m		Sektion: Cranium
7	gut	fad-mad (23-30)	m		Sektion: Cranium; Fingerhut
8	sehr gut	fmat-mmat (40-50)	m		
9	gut	ad < (20 <)	m		Goldfüllung in 38
10	mäßig	mmat-msen (50-70)	w		
12	gut	mat < (40 <)	m		
13	mäßig-schlecht	fsen-msen (60-70)	w		
15	mäßig-schlecht	Inf I (4J±12M)	ND	m	
17	sehr schlecht	erwachsen	ND	w	Ohringe
18	schlecht	smat-fsen (60±7)	m		
19 (1)	mäßig	Inf I (4J±12M)	ND	m	
19 (2)	mäßig	erwachsen	ND	ND	In Grab 19 (1)
20	mäßig	ssen (70-80)	w		Rosenkranz, Zahnprothese
22	gut-mäßig	mat (40-60)	m		Sektion: Cranium; Rosenkranz
23	gut	mmat-smat (50-60)	m	m	Sektion: Cranium, Atlas
24	gut-mäßig	Inf I (6J±24M)	ND	w	
25	schlecht	Inf I (4J±12M)	ND		Rosenkranz
26	mäßig	sen (60 <)	m		
29	mäßig	mat (40-60)	w		Rosenkranz
30	mäßig	mat < (40 <)	w		Rosenkranz
31	mäßig	Inf I (5J±16M)	ND	ND	Rosenkranz
32	mäßig	ad (23-49)	m		Zahnprothese
33	mäßig	fad-mad (20-30)	m		Rosenkranz
34	mäßig-schlecht	erwachsen	ND		Rosenkranz
35	mäßig-schlecht	erwachsen (30-60)	ND	ND	
36	gut	sad (35-40)	w	w	Rosenkranz
37	schlecht	mad-sad (30-40)	w	w	Rosenkranz, Schreibgriffel und Schiefertafel
38	gut-mäßig	Inf II (8J±24M)	ND	Tm	Buntmetallmünze, Klappmesser

Individuum	Erhaltungszustand	Alter	Geschlecht Morphologie	Geschlecht Molekulargenetik	Sonstiges
39	mäßig-schlecht	mat-smat (50-60)	m		Rosenkranz
40	sehr schlecht	erwachsen	Tw		Rosenkranz
41	mäßig	smat-fsen (60±7)	m		Holzkreuz
43	gut	mat (40-60)	m		Sektion: Cranium, 2 Wirbel
44	gut-mäßig	mad-sad (30-40)	m	m	Rosenkranz
45	gut-mäßig	mad (25-35)	w	m	Rosenkranz
46	sehr schlecht	ad (20-40)	Tm	m	
47	schlecht	mat (40-60)	w	w	Rosenkranz, Ohrringe
48	mäßig	sen (60-80)	m		Rosenkranz, Bruchband
49	sehr schlecht	erwachsen	w	w	Schreibgriffel und Schiefertafel
50 (1)	sehr gut	fmat-mmat (40-50)	Tm	w	Sektion: Cranium, rechtes Femur
50 (2)	schlecht	mmat-ssen (50-80)	ND	m	Sektion: Cranium, rechtes Femur; in Grab 50 (1)
51	sehr gut	fmat-mmat (40-50)	w		Rosenkranz, Schüssel zur Leichenwaschung
52	sehr gut	sjuv-fad (19-21)	w		Rosenkranz
57	sehr gut	mad-sad (25-40)	w		Rosenkranz, Ehering
60	gut	mmat-msen (50-70)	m		Sektion: Cranium; Holzkreuz
61	gut	mat (40-60)	m	m	Sektion: Cranium, linke Tibia und Fibula
62	sehr gut	sjuv-fad (19-21)	m	Tm	Sektion: Cranium
63	gut-mäßig	fsen-msen (60-70)	m		
64	gut	mmat-smat (50-60)	m		
65	gut	mmat-msen (50-70)	m		Sektion: Cranium, Wirbelbögen
66	sehr gut	fad (20-24)	em	m	
67	gut-mäßig	mat (40-60)	m		Sektion: Cranium, Wirbelkörper der HWS
68	mäßig	mmat-smat (50-60)	m		
70	gut	sjuv-fad (18-20)	m		Sektion: Cranium, rechte und linke Langknochen, Wirbel
71	mäßig-schlecht	mmat-ssen (50-80)	w		
72	sehr gut	mmat-msen (50-70)	m		
73	mäßig-schlecht	mmat-msen (50-70)	Tm	m	Rosenkranz, Holzkreuz
74	gut	mmat-msen (50-70)	w		
75	mäßig	mmat-smat (50-60)	m		Buntmetallmünze
76 A	gut	fad-mad (23-27)	m		Sektion: Cranium, rechtes Femur
76 B	gut	sjuv-fad (18-20)	m		Sektion: Cranium; Doppelbestattung mit 76 A
77	mäßig	mmat-smat (50-60)	m		Buntmetallmünze, Naturschwamm
78 A	gut	neonat (Geburt-2M)	ND		

Individuum	Erhaltungszu- stand	Alter	Geschlecht Mophologie	Geschlecht Molekular- genetik	Sonstiges
78 B	mäßig	sen (60-70)	em	m	Buntmetallmünze
79	gut	sjuv (17-20)	Tm	m	Sektion: Cranium
80	gut-mäßig	mad (25-30)	m		
81	mäßig	mmat-smat (50-60)	m		Sektion: Cranium
82	sehr gut	sad-mmat (35-55)	m	m	Sektion: Cranium
83	mäßig- schlecht	fmat-mmat (40-50)	m		Sektion: Cranium
84	gut	mmat-smat (50-60)	w		Rosenkranz, Holzkreuz, Kamm
85	gut	mmat-msen (50-70)	m		Sektion: 3. Cervicalwirbel
86	sehr gut	mad-sad (30-40)	m		
87	gut-mäßig	mmat-smat (50-60)	m		
88	sehr gut	fad (22-24)	m		
90	gut-mäßig	mmat-msen (50-70)	w		Buntmetallmünze
91	gut	juv (15±36M)	Tm	Tm	Buntmetallmünze
92 A	gut	juv (15±36M)	Tm	Tm	
92 B	mäßig- schlecht	fad (20-24)	m		
92 C	mäßig- schlecht	juv (15±36M)	ND	ND	Doppelbestattung mit 92 B
93	gut	fsen-msen (60-70)	m		Holzkreuz, Buntmetallmünze
94	mäßig	sen (60-80)	m		Sektion: Cranium, linker Humerus, rechte Clavicula
95	schlecht	Inf II (9J±24M)	indifferent	ND	Porzellanpüppchen
96	mäßig	fad-mad (23-30)	w		Buntmetallmünze
97	mäßig	fsen-msen (60-70)	w		Sektion: Cranium
98	schlecht	fsen-msen (60-70)	m		
100	mäßig	mad-mmat (30-50)	m		Sektion: Cranium
101	gut	mat (40-60)	m		
101 (?)	gut	erwachsen	ND		Sektion: rechtes Femur und Tibia
102	gut	mad-mmat (30-50)	m		Sektion: Cranium; Fingerhut
103	gut	mmat-msen (50-70)	m	m	
104 A	schlecht	Inf I-II	ND		
104 B (1)	gut	mat (40-60)	m	m	Sektion: Cranium
104 B (2)	mäßig	juv	ND		In Grab 104 B (1)
104 B (3)	mäßig	erwachsen	ND	m	In Grab 104 B (1)
104 B (4)	mäßig	erwachsen	ND	m	In Grab 104 B (1)
105 A	gut	Inf I (5J±16M)	ND	m	Sektion: Cranium
105 B	gut-mäßig	mat (40-60)	m	m	Sektion: Cranium
106 A	mäßig	Neonat-Inf I	ND		Porzellanpuppe
106 B	sehr schlecht	Inf I (4J±12M)	ND		Buntmetallmünze
107 A	mäßig- schlecht	Inf I (3J±12M)	ND	ND	
107 B	mäßig- schlecht	smat-fsen (60)	w	w	Sektion: Cranium; Wirbel der HWS und BWS
108	mäßig	sen (60 <)	m		Sektion: Cranium

Individuum	Erhaltungszu- stand	Alter	Geschlecht Morphologie	Geschlecht Molekular- genetik	Sonstiges
109	sehr schlecht	Inf I (1J±4M)	ND		
110	gut-mäßig	Inf I (3-4J±12M)	ND	ND	
111	sehr schlecht	Neonat-Inf I (0-6J)	ND		
113	mäßig	erwachsen	ND	w	
114	mäßig	erwachsen	ND	m	
115	gut	smat-sen (50-80)	m		
117	mäßig- schlecht	erwachsen	m		
118	gut	mad (30-35)	m	m	
119	gut	mat (40-60)	m		
120	schlecht	erwachsen	ND	Tw	
121	mäßig- schlecht	erwachsen	ND		
122 A (1)	sehr gut	mat (40-60)	m	m	
122 A (2)	mäßig	erwachsen	ND	m	In Grab 122 A (1)
122 B	gut-mäßig	mat (40-60)	m		
123	gut-mäßig	mad-mmat (30-50)	m		Sektion: Cranium; Goldfüllung in 38, 47 und 48
126	mäßig- schlecht	Inf II-fjuv (<15)	ND	m	
128	gut-mäßig	juv (15-17)	w		
Ostprofil	mäßig	senil	ND		
129	gut	mat (40-60)	w		
130	gut	mad-sad (30-40)	m		Sektion: Cranium
131	gut-mäßig	fmat-mmat (40-50)	m	m	Sektion: Cranium
132	sehr schlecht	ND (Birgit: erwachsen (20<))	ND		Buntmetallmünze
133	sehr schlecht	Inf I (1J±4M)	ND		
134	mäßig	neonat (9M±3M)	ND		Heiligenbild: HI. Laurentius
135 A	sehr schlecht	Neonat-Inf I (18M±6M)	ND		Rosenkranz
135 B	gut	mmat-msen (50-70)	w		
136	sehr schlecht	neonat (Geburt-6M)	ND	m	
137 A	mäßig	Inf II (9J±24M)	ND	m	Sektion: Cranium; Rosenkranz
137 B	gut	mmat-msen (50-70)	m	m	
138	gut	fad (18-23)	w	w	Rosenkranz
139	gut	mmat-smat (50-60)	m		
140	gut	mmat-smat (50-60)	w		
141	schlecht	juv (15-18)	w	ND	Rosenkranz
142 A	schlecht	Inf I (4J±12M)	ND	w	Sektion: Cranium
142 B	sehr schlecht	Inf I (3J±12M)	ND		Sektion: Cranium
143	gut-mäßig	erwachsen	ND	ND	
146	gut-mäßig	sen (60<)	Tm	m	
149	mäßig	erwachsen	ND		
153	schlecht	erwachsen	ND	m	
154	gut	erwachsen	ND	m	

Individuum	Erhaltungszu- stand	Alter	Geschlecht Morphologie	Geschlecht Molekular- genetik	Sonstiges
157	gut	mat (40-60)	m		
158	gut	erwachsen (20-60)	m	m	
159	mäßig	mat (40-60[70])	m		Rosenkranz, Holzkreuz
160	gut	mmat-msen (50-70)	m		
163	gut-mäßig	mat (50-70)	w		
nördl. von 156	gut	erwachsen	Tm		
Streifund 1	gut	Inf I	ND	m	
Streifund 2	mäßig	erwachsen	ND		
Streifund 3	gut	erwachsen	ND	1 Tm; 2 ND; 3 ND	
Streifund 4	mäßig- schlecht	erwachsen	ND		
Streifund 5	mäßig	Inf I	ND		
Streifund 6	gut	erwachsen	Tm		
Streifund 7	gut-mäßig	juv (15-17J)	Tm	m	

2. Fundkatalog

Campus 50/10 1

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

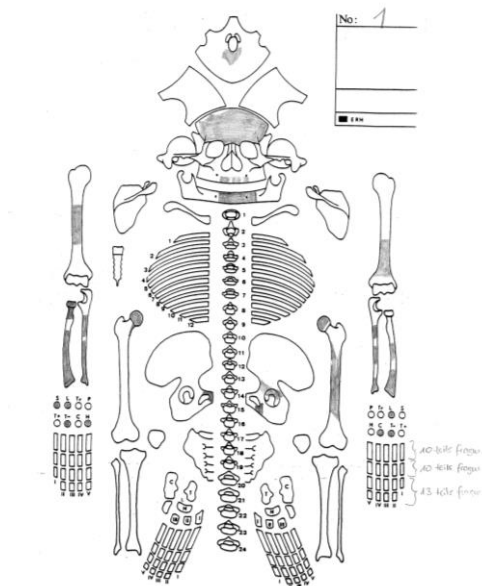
Repräsentanz: Die erhaltenen Knochen sind stark fragmentiert. Der Brustkorb, der Schultergürtel, die Humeri, das Os sacrum, die Patellae, die Fibulae und die Ossa pedis sind nicht erhalten

Oberflächen: Die erhaltenen Knochen sind durch Bodenerosion nur eingeschränkt beurteilbar, z. B. Os frontale und Facies symphysialis. Weiße Schicht auf den distalen Gelenkköpfchen der Ulna beidseits: → Brushit. Oberfläche des linken Radius rau und porös. Oberfläche des rechten Radius im Bereich der distalen Diaphyse und dem distalen Gelenk porös. Acetabulumfragment mit poröser, schwammartiger Oberfläche. Caput femoris beidseits mit poröser Oberfläche.

Alter: Matur und älter (40 < Jahre)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: Ein Schädelfragment ist infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Oberfläche des Os frontale ist stark porös.

Schädeldachinnenfläche: Die Oberfläche des Os frontale ist stark porös. Auf der linken Seite sind periostale Reaktionen, verursacht durch ein Hämatom, sichtbar.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis stark verzweigt mit reaktiven Strukturen an den Höhlenrändern: → chronische Sinusitis.

Zähne, Alveolarregionen: Abszess: im dritten Quadranten und daraus resultierender intravitale Zahnverlust von 31 bis 33. Karies an allen Zähnen und daraus entstandene Löcher. Starke Abrasion der Kauflächen.

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: Caput femoris beidseits mit leicht arthrotischer Randbildung der Fovea.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Hüftgelenk (Grad re = li II).

Campus 50/10 2

A. Personalstatus

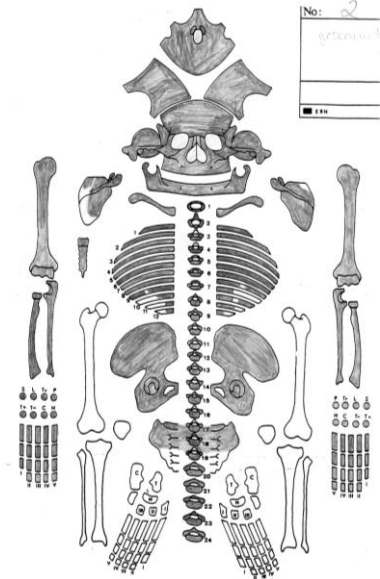
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Es fehlen die Femora, Tibiae, Fibulae, Patellae und Ossa pedis.

Oberflächen: Gut erhalten.

Alter: Senil (60 < Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Sehr viele Foveolae granularis verursacht durch Pacchionische Granulation im Os frontale sowie Os parietale. Im Bereich der Sinus frontale befinden sich tiefe Gefäßimpressionen.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus re: kaum pneumatisiert.

Nasenhöhle: Apertura piriformis: cranial am Os nasale verändert: → evtl. durch lang zurückliegendes Trauma.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beidseitig: kaum pneumatisiert.

Mittelgesichtsregion: Feinporöse Oberfläche beider Jochbeinaußenflächen und supraorbital.

Harter Gaumen: Fein- bis grobporöse Oberfläche: → Stomatitis. Auf der rechten Gaumenseite sind Spuren eines großen und eines kleinen Abszesses. Die Wurzel des Zahns 16 ragt offen in den Gaumen hinein.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: leichte Parodontitis (im kompletten Ober- und Unterkiefer); kaum Zahnstein; Abszess: Regionen 16 (Wurzel des Zahns steht teilweise frei); intravitale Verluste: 12, 17, 18, 24, 36, 41 mit Heilungsspuren. Vermutlich Wurzelrest von 41 in Alveole zurück geblieben und vom neugebildeten Knochen umschlossen. 46 weist lateral ein sehr großes durch Karies (Grad IV) verursachtes Loch auf. Alveolen sehr porös. Fissurenkaries an allen Zähnen. 38 nicht angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Die Deck- und Grundplatten der unteren Cervicalwirbel sind sehr porös. Altersbedingte Osteophytenbildung an den unteren Thorakalwirbeln. Einbruch eines SCHMORLSchen Knorpelknötchen in die Grundplatte des 8. Thorakalwirbels. Sacralwirbel nicht vollständig mit einander verwachsen.

Brustkorb: Das Manubrium zeigt rechtsseitig eine verknöcherte Ansatzstelle. Die Rippenansatzstellen am Corpus sterni sind teilweise verknöchert. Der Processus xiphoideus ist zweistrahlig. Die Rippen weisen an der Ansatzstelle für die Wirbel leichte Randbildung auf. Eine craniale Rippe besitzt eine knöcherne Wulst, Kallusbildung nach Fraktur.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Vertiefung der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Clavicula links: acromial leicht abgeschliffen und porös: → entzündlicher Prozess. Scapulae beidseitig: Acromion an Ansatzstelle für Clavicula arthrotisch verändert, Processus coracoideus unregelmäßig wulstig.

Oberarm: Rechts: dorsal parabelartig gebogen, Diaphyse ventral obere Hälfte starke Muskelmarken mit wulstigen Knochenauflagerungen. Starke entzündliche Veränderung des linken Caput humeri: Tuberculum majus vollständig durch Entzündung (Verletzung von außen) zerstört; Osteophytenbildung bzw. Verknöcherung der Muskel- und Sehnenansatzstellen

rund um proximale Diaphyse; Muskelansatzstelle neben Sulcus nervi radialis stark ausgeprägt; Muskelansatzstelle des Deltamuskels stark ausgezogen; distales Gelenk arthrotisch verändert.

Unterarm: Beidseits sind die Tuberositas radii stark ausgezogen. Links: distal leichte arthrotische Veränderungen des Radius. Rechts: Diaphyse der Ulna im unteren Viertel osteomyelitisch verändert als Reaktion auf Fraktur. Links: proximales Gelenk stark arthrotisch verändert (möglicherweise durch Schulterverletzung induziert).

Hand: Die Fingergelenke zeigen nur in einzelnen Fällen leichte Anzeichen von Arthrose.

Beckengürtel: Die äußere Lippe der Crista iliaca ist beidseits leicht lateral ausgezogen (Muskelansatz). Linea arcuata stark scharfkantig ausgezogen beidseits (rechts mit Knochenauflagerungen). Links: zwischen Facies auriculares und Tuberositas iliaca tiefe Einkerbung.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Ein großes Inkabein (Os incae) und mehrere kleine Nahtknochen in der Sutura lambdoidea links.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.0, li 3.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), Hüftgelenk (Grad re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (C2-C4: BWZ 2.0, C4-C7: BWZ 3.5-5.0), BWS (C7-Th2: BWZ 2.0-2.5, Th2-Th5: BWZ 3.0-4.0, Th5-Th10: BWZ 3.0, Th10-Th12: BWZ 2.0-2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (C2: li Grad I, C4-C7: li BWZ 1.0, C7: re Grad I), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 1.0-1.5, Th4-Th5: BWZ re 2.5, li 1.0, Th5-Th8: BWZ re 0.5-1.5, li 1.0-2.0, Th8-Th12: BWZ re 2.5-4; li 3.0-5.0), LWS (Th12-L3: BWZ re 2.0-4.5, li 2.0-2.5, L3-S1: BWZ re = li 2.0).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Verknöcherung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Kehlkopfes. Altersbedingte Osteophytenbildung an den unteren Thorakalwirbeln.

4. Trauma: linke Schulter

Campus 50/10 3

A. Personalstatus

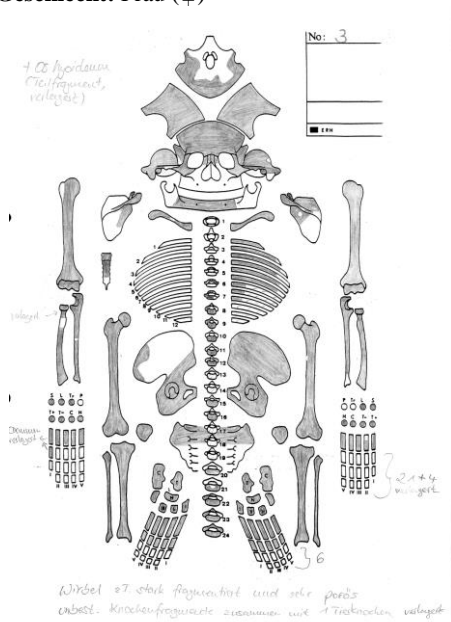
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Die Wirbelsäule ist nur stark fragmentarisch erhalten. Der Oberkiefer fehlt.

Oberflächen: durch Bodenerosion und Eihüllen während Insektenbesiedlung eingeschränkt beurteilbar. Vor allem im Bereich des Craniums lassen sich gehäuft weiß-glänzende Ablagerungen finden > evtl. Brushit.

Alter: Senil (60 < Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Kreuzungsbereich von Sutura frontalis und Sutura sagittalis sowie im mittleren Bereich der Sutura sagittalis mehrere Foveolae granularis.

Augenhöhlerdach: Links: kurze Gefäßimpressionen.

Zähne, Alveolarregionen: Intravitale Verluste: 31-38 und 41-48 (Heilungsspuren im vorderen 3. und 4. Quadranten sichtbar).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Die Wirbeldeckplatten sind sehr porös mit leichter Randleistenbildung. Die Oberflächen der thorakalen Wirbelkörper weisen vielen Eihüllen von Insekten auf. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 12. Brustwirbels, des 1. Lumbalwirbels und des 1. Sacralwirbels. Außerdem in die Grundplatte des 3. Lumbalwirbels.

Brustkorb: Manubrium zeigt seitlich leichte Osteophyten. Corpus sterni weist deutlich verknöcherte Rippenansatzstellen auf. Das Manubrium und Corpus sterni sind knöchern mit einander verwachsen. Die ersten Rippen zeigen arthrotische Veränderungen am Wirbelansatz und krankhaft veränderte sternale Enden.

Schultergürtel: Clavicula rechts: sternales Gelenk zeigt caudal leichte Entzündungsspuren. Links: sternales Gelenk weist entzündliche Veränderungen und Randleistenbildung auf. Scapula beidseits: Acromion zeigt deutlich ausgeprägte und streifige Muskelansatzstellen.

Oberarm: Humerus Beidseitig: Tubus majus und Muskelansatzstellen ventral am proximalen Diaphysenende stark ausgeprägt. Rechter Humerus im Diaphysendurchmesser größer.

Unterarm: Radius rechts: das proximale Ende im Bereich der Tuberositas radii ist arthrotisch verändert. Radius links: das Tuberculum radii ist stark arthrotisch verändert. Der Schaft des linken Radius ist deutlich schmaler als auf der rechten Seite und das distale Diaphysenende ist dorsal durch Knochenneubildung verändert (osteomyelitisch). Ulna rechts: starke Muskelansatzstellen distal vom proximalen Gelenk. Ulna links: stark erodierte Oberfläche der Diaphyse; Muskelansatzstellen distal von proximalen Gelenk stark ausgeprägt.

Beckengürtel: Am Os pubis finden sich beidseits Osteophyten. Rechts: die Coxa iliaca weist deutliche Muskelansatzstellen auf. Es lässt sich ein leichter Sulcus praeauriculares finden. Das Os sacrum zeigt ventral verknöcherte Weichteilansatzstellen; der erste Sacralwirbel weist Randleistenbildung auf.

Oberschenkel: Beidseits: Linea aspera sehr stark ausgezogen mit stark betonten und verknöcherten Weichteilansatzstellen. Die Fovea ist beidseits leicht arthrotisch verändert (Randbildung). Die Weichteilansatzstelle am Trochanter major ist beidseits verknöchert. Links: im proximalen Drittel befindet sich auf der Diaphyse ventral lateral eine runde Knochenauflagerung: → wahrscheinlich knöchern umgebautes Hämatom.

Unterschenkel: Tibia rechts: proximal und dorsal Muskelansatzstelle ausgezogen und Diaphysenoberfläche medial leicht streifig (verheilt). Links: ventral kleiner Osteophyt und poröse Stelle. Fibulae beiderseits: Diaphysen unregelmäßig durch kleine Knochenauflagerungen. Proximale Enden lateral beidseits streifig: → Periostitis (verheilt). Patellae beiderseits: leichte Osteophytenbildung lateral.

Fuß: Fersenbeine beidseitig dorsale Einkerbungen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.5, li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.25, li 2.5), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.5, li 3.0: arthrotische Veränderung des proximalen Radius), oberes Handgelenk (BWZ re 1.5, li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re 2.75, li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.5, li 1.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.875, li 1.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th2-Th3: BWZ 2.0, Th5-Th7: BWZ 3.0, Th11-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-L5: BWZ 1.5-2.5, L5-S1: BWZ 3.5); Bogengelenke: BWS (Th2: re Grad III), LWS (L3-L5: re BWZ 2.0, L5-S1: BWZ re 2.0; li 1.5).

2. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Manubrium mit Corpus sterni knöchern verwachsen.

Campus 50/10 4 (A)

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

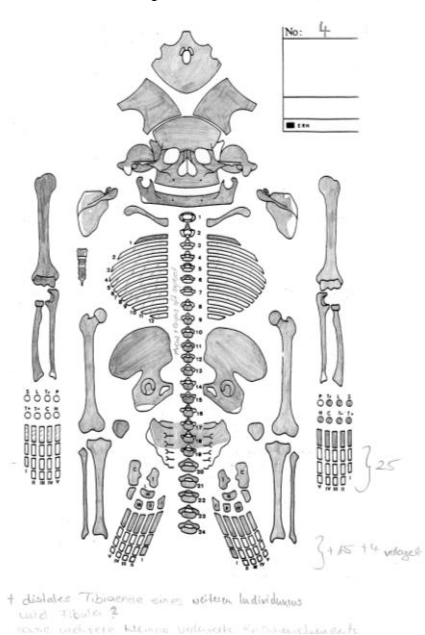
Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Durch Bodenerosion und Insektenbefall nur eingeschränkt beurteilbar. Auf den wenigen vorhandenen Wirbeln lassen sich schwarze Auflagerungen und kristalline Strukturen finden.

Alter: Früh- bis mitteladult (20-30 Jahre)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Zusätzlicher Fund **4B Anatomieleiche**. Des Weiteren lag der Kiste ein großer Tierzahn bei (wahrscheinlich Schneidezahn, Spezies unbekannt).



Übersichtsskizze Friederige Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Im Bereich beider Scheitelbeine befinden sich leichte, diffus angeordnete Spuren einer alten Kopfschwarzenentzündung.

Schädelbasisaußenfläche: Im Bereich des Os occipitale leichte, diffus angeordnete Spuren einer alten Kopfschwarzenentzündung.

Äußere Ohrregion: Der Meatus acusticus externus ist beidseits entzündlich verändert: → chronische Mittelohrentzündung.

Warzenfortsatzzellen: Beide Warzenfortsätze pneumatisiert.

Augenhöhle: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia (re=I, li=II).

Nasenhöhle: Deviation: über die Norm vergrößerte rechte mittlere Nasenmuschel bedingte eine sehr starke Verbiegung der Nasenscheidewand nach links.

Harter Gaumen: Mehrere kleine Exostosen. Fein- bis grobporöse Oberfläche: → Stomatitis im vorderen Bereich.

Zähne, Alveolarregionen: Alle 32 Zähne sind vorhanden und in einem sehr guten Zustand. Kaum Abrasion, leichte Fissurenkaries im Bereich des Unterkiefers und leichte Parodontitis im vorderen 1. und 2. Quadranten.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis.

Schultergürtel: Beide Claviculae sind acromial erodiert und sternal stark eingefurcht: → noch kein vollständiger Epiphysenschluss.

Oberarm: Beidseitig: Tuberositas majus stark erodiert. Rechts: die anteriore Ansatzstelle für die Muskulatur an der oberen Hälfte der Diaphyse wulstig ausgezogen. Links: die anteriore Ansatzstelle für die Muskulatur an der oberen Diaphysenhälfte zeigt leichte Knochenauflagerungen.

Unterarm: Ulna rechts: proximale Ränder der Gelenkflächen stark erodiert. Distaler Diaphysenteil porös und schwammartig: → evtl. Ostitis. Ulna links: Olecranon stark erodiert, distaler Gelenkkopf fehlt und es befinden sich schwarze Ablagerung am unteren Schaftstück. Radius rechts: distaler Teil der Diaphyse porös und schwammartig: → evtl. Ostitis. Radius links: distales Gelenk mit schwarzen Ablagerungen und vielen Eihüllen von Insekten.

Hand: Die einzelnen Knochen der rechten Hand (vor allem die Metacarpalia) sind stark pathologisch verändert: → Osteomyelitis (die Handwurzelknochen fehlen; die krankhaften Veränderungen nehmen in distale Richtung der Hand ab).

Beckengürtel: Die linke Facies auriculares des Os sacrum ist arthrotisch verändert: Fläche und Rand Grad II. Am rechten Tuber ischiadicum sind schwarze Stellen sichtbar und ebenso auf der Innenseite des Os pubis (auch links) und am posterioren Teil der Crista iliaca. Die Crista iliaca weist außerdem kristalline Strukturen und gehäuften Insektenbefall auf.

Oberschenkel: Beidseitig: die Fovea ist sehr tief und großflächig. Der Trochanter major ist leicht verformt und die Muskelansatzstellen sind verknöchert. Ventral zwischen Trochanter major und minor sind wulstige Muskelansatzstellen sichtbar. Der Trochanter minor ist stark ausgeprägt.

Unterschenkel: Die Eminentia intercondylaris beider Tibiae sind massiv ausgeprägt. Die Tuberositas tibiae sind deutlich abgesetzt und leicht streifig. Die Rückseiten der Condylus lateralis sind gelenkartig ausgezogen. Die Gelenkflächen beider Fibulae sind stark erodiert und die Margines anterior sind stark ausgeprägt. Die Patellae sind beidseitig an der distalen Spitze porös. Die rechte Patella ist auch an der proximalen Stelle porös.

Fuß: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen im Bereich der Sutura sagittalis und der linken Sutura lambdoidea.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia (re=I, li=II).

3. Infektionskrankheiten: Die Unterarmknochen und Handknochen der rechten Seiten weisen Spuren von Ostitis bzw. Osteomyelitis auf.

4. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.25, li 0.5), Radio-Ulnargelenk (re Grad 0, li BWZ 0.25), oberes Handgelenk (re Grad 0, li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.0, li 1.25) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.25, li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.25, li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: LWS (L1-L5: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: LWS (L1-L5: BWZ re = li 1.0). Cervical- und Thorakalwirbel fehlen bzw. sind zu stark fragmentiert für eine Befundung.

Campus 50/10 4 (B) Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Teil einer Tibia- und Fibuladiaphyse.

Oberflächen: Durch Bodenerosion nur eingeschränkt beurteilbar.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))



Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH. Knochen des Individuums 4 (B) sind rot umrandet.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia und Fibula weisen beide starke Oberflächenveränderungen auf. Bildung von neuem, schwammigen Knochen, der auf dem ursprünglichen Knochen aufliegt: → V.a. Ostitis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Infektionskrankheiten: Die Unterschenkelknochen weisen Spuren von Ostitis bzw. Osteomyelitis auf.

Campus 50/10 5

A. Personalstatus

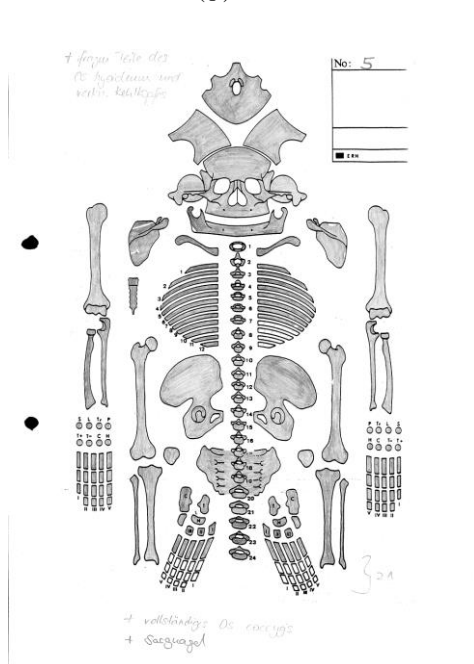
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Gut erhalten.

Alter: Adult (25-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelbasisaußenfläche: Verknöcherte Weichteilansätze im Bereich des Planum nuchale und der Protuberantia occipitalis externa.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus entzündlich verändert: → chronische Mittelohrentzündung.

Warzenfortsatzzellen Beidseitig unruhige Oberfläche evtl. durch chronische Mittelohrentzündung.

Augenhöhlerdach: Rechts: leicht feinporöse Oberfläche, kurze Gefäßimpressionen: → Cribra orbitalia (Grad I).

Nasenbein: Das Os nasale ist nach superior verlängert und nach caudal gebogen.

Nasenhöhle: Die Nasenmuscheln (Concha nasalis superior, Concha nasalis media, Concha nasalis inferior) sind sehr porös und entzündlich verändert.

Mittelgesichtsregion: Feinporöse Oberfläche beider Jochbeinaußenflächen

Harter Gaumen: Fein- bis grobporöse Oberfläche: → Stomatitis

Zähne, Alveolarregionen: Marginale Parodontitis im Frontalbereich oben. Intravitale Verluste von 37 (vollständig geschlossene Alveole), 45 und 46 (vollständig geschlossene Alveolen). Zahnstein Frontalbereich unten. Fissurenkaries in den Molaren und Prämolaren. 18, 28, 38 und 48 nicht angelegt. Abrasion des Seitenzahnbereichs sehr gering. Postmortal abgebrochene Zahnschmelzspitzen von 22, 33 und 43. Lücke zwischen 33 und 34 ohne Zahnverlust (ehemalige Alveole von 63 oder 64?).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Pathologische Verstärkung der Grund- und Deckplatten im Bereich der Thorakal- und Lumbalwirbel. Entzündliche Veränderung der superioren Oberfläche der Wirbelbögen. Thorakale Kyphose (Rundrücken).

Brustkorb: Manubrium sterni, Corpus sterni und Processus xiphoideus sind knöchern mit einander verwachsen. Der Processus xiphoideus ist zweistrahlig. Auffällige Bandmarken an der Rückseite des Brustbeinkörpers (Zerrung) und poröse Oberfläche (Entzündung).

Schultergürtel: Verbreiterung des Acromions (mit unruhiger Oberfläche) und leichte Rotation. Die Gelenkflächen zum Brustbein beider Schlüsselbeine sind trichterförmig eingezogen und weist Spuren eines degenerativen Prozesses auf (i.S. einer traumatischen Schädigung), der offenbar auch zu einer Nekrotisierung des Knochens geführt hatte. Am Boden des

Trichters (8 mm tief) befinden sich noch Reste der ursprünglichen Epiphysenplatte. Über der trichterförmigen Vertiefung beginnende Bildung einer neuen Knochendecke. Schulternahe Ende der Schlüsselbeine beidseits stark verbreitert.

Oberarm: Belastungsbedingte Veränderungen mit markantem Muskelansatz auf dem Tuberculum minus humeri beidseits. Diaphyse zeigt ebenfalls ausgeprägte Muskelmarken und Tuberositas deltoidea beidseits. Osteophyt anterior medial auf dem proximalen Drittel der Diaphyse.

Unterarm: Tuberositas ulnae beidseits mit sichtbaren Verknöcherungen der Muskelansatzstellen. Margines interossea beidseits stark ausgezogen. Olecranon links arthrotische an proximaler Stelle verändert. Tuberositas radii beidseits sehr prominent ausgebildet. Relativ stark in der Frontalebene gebogene Radii deuten auf eine insgesamt über die Norm entwickelte Unterarmmuskulatur hin.

Beckengürtel: Osteophyten an der linken Facies symphysialis. Oberfläche der Fossa acetabuli beidseits unruhig. Die Fläche der Facies auriculares rechts stark von der Tuberositas iliaca abgehoben. Gefäßimpression in der Facies lunata rechts. Im Allgemeinen sind die Muskelansatzstellen gut sichtbar, was auf eine starke Muskulatur zurück zu führen ist.

Oberschenkel: Beidseits distal des Trochanter major der lateralen Diaphysenseite Femora stark verdickt mit dorsalen unregelmäßigen Strukturen (Muskelansätze?). Linea aspera mit Osteophyt mittig. Trochanter major beidseits streifig: → Muskelansatzstellen.

Unterschenkel: Dorsal der Apex patellae beidseits poröse Oberfläche (Löcher von 0,5-3mm Größe). Beidseits große Exostose distal des Condylus medialis. Sowohl Margines als auch beide Facies beidseits sehr markant und spitz ausgezogen. Malleolus lateralis sowie links und rechts der Facies articularis malleoli beidseits porös (viele kleine Löcher > Entzündung?). Links: distales Diaphysenende streifig; dorsal proximales Viertel ungleichmäßig aufgebaut.

Fußknochen: Zwei Phalangen sind miteinander verwachsen. Generell poröse Oberfläche (kleine Löcher) der Fußknochen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Großes Inkabein (Os incae). Starke Muskelansatzstellen an den oberen und unteren Extremitäten sichtbar. Zwei Phalangen des Fußes miteinander verwachsen. Beidseits große Exostosen distal des Condylus medialis.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.75, li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.0, li 1.5), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re 1.5, li 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.8) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.5, li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.66, li 0.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.25, li 1.125).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Thorakale Kyphose. Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 1.5, li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.5-2.0), BWS (Th1-Th10: BWZ 1.5-2.5, Th10-Th12: BWZ 2.0-3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re 1.0-1.5, li 1.0-2.0), BWS (C7-Th11: BWZ re = li 1.0-1.5, Th11-Th12: BWZ re = li 2.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.5-2.5, li 1.0-2.5).

3. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Fragmente des verknöcherten Os hyoideum und verknöchertes Kehlkopf, vollständiges Os coccygis.

Campus 50/10 6 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr gut

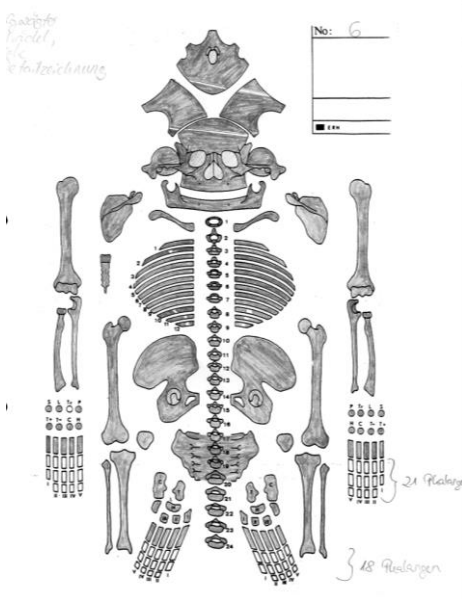
Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Gut erhalten.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel: Eher runde statt länglicher Form.

Schädeldachinnenfläche: Zwei kleine, scharf umrandete Vertiefungen im Os frontalis und drei große, flache Vertiefungen im Os parietale beidseits der Sutura sagittalis. Im Bereich der Sutura lambdoidea treffen sich Os occipitale und die Ossa parietale in unterschiedlicher Höhe: → evtl. Sturz im Kleinkindalter auf das Hinterhaupt.

Schädelbasisinnenfläche: Scharfkantige Ränder des Clivus.

Schädelbasisaußenfläche: Proc. occipitalis externa entzündlich verändert.

Paukenhöhle: Beiderseits: im Bereich des Mittelohrs befinden sich deutliche Öffnungen nach anterior außen (links größer). Vermutlich als Folge des pathologischen Prozesses im Kiefergelenken beidseitig sowie einem Abszess im linken harten Gaumen und einer Zyste im Kiefergelenk selbst.

Augenhöhledach: Beiderseits: poröse Oberfläche: Cribra orbitalia I.

Mittelgesichtregion: Feinporöse Oberfläche der linken Jochbeinaußenflächen: → entzündlicher Vorgang.

Harter Gaumen: Fein- bis grobporöse Oberfläche im vorderen Drittel: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis (Regionen gesamter Ober- und Unterkiefer); Abszesse mit intravitalem Zahnverlust: Regionen 26 bis 28; intravitale Verluste: 24 (verheilt), 46 (Heilungsspuren) und 48 (Entzündungsspuren). Kariesbefall aller Zähne; 22 und 36 Zahnkrone durch Karies nicht mehr vorhanden, nur noch die Wurzeln in den Alveolen (Grad VI). Deutliche Abrasion vor allem im Bereich der Mahlzähne rechts; Zähne im Unterkiefer nach lingual geneigt. Transversale lineare Schmelzhypoplasien an den vorderen Zähnen (Grad III). Kiefergelenkarthrose: rechts (Grad V – Diskus völlig zerstört) und li: (Grad IV). Die Person hat aufgrund der pathologischen Veränderungen im linken Kieferbereich wahrscheinlich nur noch mit den Zähnen der rechten Seite gekaut. Was wiederum zu einer höheren Abnutzung der Zähne und einem größeren Verschleiß des Kiefergelenkes geführt hat.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 7. – 12. Thorakalwirbels und des 1. – 5. Lumbalwirbels. Außerdem in die Grundplatten des 6. – 12. Thorakalwirbels und 1., 2., und 5. Lumbalwirbels (evtl. Morbus Scheuermann).

Brustkorb: Das Manubrium zeigt dorsal entzündliche Strukturen der Oberfläche. Des Weiteren befindet sich eine Exostose an der linken Incisura clavicularis und eine tiefe Mulde am Synchrondrosis sternalis. Corpus sterni ist eine alte verheilte

Fraktur auf der ventralen Seite zu erkennen. Die Rippen sind an den Wirbelansatzstellen bereits leicht durch Belastung verändert. Sternal sind die Enden der Costae allerdings noch offen.

Schultergürtel: Beidseits zeigen die Claviculae acromial caudal entzündliche, poröse Strukturen und am sternalen Gelenk eine leichte Randbildung. Am rechten Schlüsselbein befindet sich zudem eine Vertiefung im Ansatzbereich des Ligamentum costoclaviculare. Das Acromion beider Schulterblätter ist entzündlich verändert (streifig und porös).

Oberarm: Die ventralen Muskelansatzstellen an der oberen Diaphysenhälfte sind stark ausgeprägt. Das Tuberculum majus ist beidseitig löchrig und es zeigen sich löchrige, poröse Strukturen unterhalb des Caput humeri. Am linken Humerus zeigt sich medial am oberen Drittel der Diaphyse eine Einkerbung. Foramen supratrochleare beidseitig.

Unterarm: Beidseitig sind die Tuberositae ulnae stark ausgeprägt und es lässt sich an der proximalen Diaphysenhälfte lateral dorsal eine Krümmung feststellen. Beidseitig finden sich an den distalen Epiphysen der Radii dorsal poröse, löchrige Strukturen.

Hand: Starke entzündliche Reaktionen, welche mit Strukturauslöschungen einhergehen.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist an seinem caudalen Ende sehr stark nach ventral gebogen. S1 und S2 sind fast vollständig mit einander verwachsen. Am rechten Os pubis lässt sich eine Strukturauslöschung (Abszess?) proximal entdecken. Die Struktur der Fossa acetabuli ist beidseitig sehr unruhig.

Oberschenkel: Beidseitig: die Fovea ist sehr tief, der Trochanter major stark ausgeprägt und auf der lateralen und dorsalen Seite der proximalen Diaphysenhälfte finden sich streifige Strukturen, ebenso an der Facies poplitea mit einhergehenden Entzündungsreaktionen. Links: anterior distalen vom Caput femoris zeichnen sich entzündliche Strukturen ab.

Unterschenkel: Beide Tibiae zeigen lateral auf der kompletten Diaphyse stark streifige Strukturen: → aktive Periostose (Skorbut). An der rechten Tibia sieht man zu dem distal medial zusätzliche periostale Reaktionen. Die Fibulae zeigen beidseitig entzündliche Veränderungen am Malleolus lateralis und entzündliche Strukturauslöschungen an der Fossa malleoli lateralis. An der rechten Fibula zeigen sich zu dem periostale Reaktionen am Foramen nutricum. Die Patellae zeigen beidseitig entzündliche Veränderungen und starke Erosion am Apex patellae.

Fuß: Entzündliche Reaktionen an den Knochen der Füße beidseits sichtbar, die mit gelegentlichen Strukturauslöschungen einhergehen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Sutura frontalis (metopica). Foramen supratrochleare beidseitig.

2. Mangelerkrankungen: evtl. Anämie (Cribrata orbitalia) und Skorbut. Die periostalen Reaktionen weisen darauf hin, dass die Person in den letzten 2 Monaten ihres Lebens unter Skorbut gelitten hat. Differentialdiagnostisch sind Herz-Lungen-Krankheiten in Betracht zu ziehen. Diese würden allerdings periostale Reaktionen im medialen Diaphysenbereich herbeiführen.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.75, li 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.25, li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.125, li 1.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 0.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.5-3.0, C5-C7: BWZ 2.0), BWS (C7-Th6: BWZ 2.0-2.5, Th6-Th12: BWZ 3.0-4.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.5-3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ re = li 0.5-1.0, C4-C7: BWZ re 1.0-2.0, li 1.0-1.5), BWS (C7-Th1: BWZ re 1.0, li 1.5, Th1-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0, li 1.0-1.5).

4. Hinweis auf altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und Teile des Steißbeins (Os coccygis).

Campus 50/10 7 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

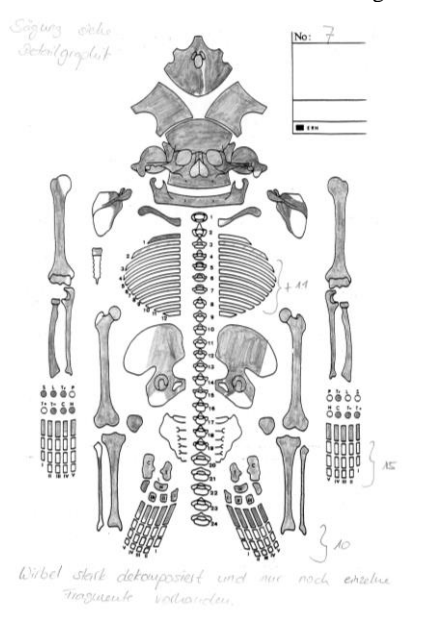
Repräsentanz: Vollständig, außer Corpus sterni fehlt. Der rechten Fibula fehlt das proximale. Das Os sacrum ist nicht vorhanden. Die Teile der Ossa coxae sind stark fragmentiert.

Oberflächen: Viele Eihüllen von Insekten im Cranium zu finden. Manubrium ist dorsal stark erodiert. Das distale Ende der rechten Fibula ist stark erodiert. Das proximale Ende/Gelenk der rechte Ulna ist stark erodiert. Der Trochanter major und minor fehlen am rechten Femur durch starke Erosion.

Alter: Früh- bis mitteladult (23-30 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19 Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Mehrere kleine Gefäßforamina entlang der Suturen. Auf dem rechten Os parietale im posterioren Bereich befinden sich drei parallel verlaufende längliche Schnittverletzungen, die allerdings verheilt sind.

Schädeldachinnenfläche: Der Sinus sag. sup. hat eine tiefe Furche im Bereich der Sutura sagittalis hinterlassen. Mehrere Foveolae granularis entlang der Sutura sagittalis. Auf der linken Seite des Os frontale befinden sich eine sehr tiefe und eine weniger tiefe Strukturauslöschung.

Venöse Hirnblutleiter: Impressionen des Sinus sagittalis superior.

Warzenfortsatzzellen: Rechter Warzenfortsatz unzureichend pneumatisiert.

Harter Gaumen: Feinporöse Oberfläche im vorderen Bereich: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Mundbereich. Zahnstein generalisiert vor allem an den Molaren (Grade I). Fissurenkaries und Zerstörung der Zahnkrone durch Karies Zahn 38 (Grad VI). Transversale lineare Schmelzhypoplasien an den Vorderzähnen (Grad III).

II. Postcraniales Skelett

Brustkorb: Die Rippen sind sternal oft noch nicht verschlossen.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Facies articularis sternalis noch nicht verwachsen. Außerdem caudal etwas rechts von der Facies articularis sternalis entzündliche Struktur. Links: schwärzliche Verfärbungen an postmortalen Bruchkanten wo sternales Ende fehlt. Acromial caudal ist die Muskelansatzstelle sichtbar aufgeraut. Scapulae beiderseits: starke Erosion, Margo lateralis stark und breit ausgeprägt. Links: Acromion sehr breit.

Oberarm: Beidseitig: Tuberositas deltoidea, Tuberculum majus und minor sind stark ausgeprägt und rau. Die Humeri sind sehr schwer, robust und groß im Durchmesser. Rechts: medial und anterior lassen sich an dem proximalen Diaphysendrittel Einkerbungen finden.

Unterarm: Ulnae beiderseits: die Tuberositas ulnae sind rau und stark ausgezogen ebenso wie die Margines interossea. Die Durchmesser der Ulnae sind relativ große. Radii beiderseits: Tuberositas radii sehr stark ausgezogen, Tuberositas pronatoria stark ausgeprägt und die Durchmesser der Diaphysen sind relativ groß.

Beckengürtel: Die Acetabuli sind sehr groß und tief (evtl. **Coxa profunda**). Die beiden Facies auriculares sind hügelig und mit einem stark abgesetzten Rand abgegrenzt.

Oberschenkel: Rechts: am anterior mittigen Diaphysenschaft lässt sich ein knöchern umgebautes Hämatom sehen. Dorsal proximal der Diaphyse zeigt sich ein unklarer Prozess (Erosion oder Pathologie). Beidseitig: relativ großer Diaphysendurchmesser und entzündliche Veränderungen proximal des Facies patellaris und an der Facies poplitea. Links: die ganze Diaphyse ist leicht streifig und dorsal an der proximalen Diaphysenhälfte ist der Knochen rau.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Tuberositas tibiae ist streifig mit entzündlichen Veränderungen. Rechts: proximal der Tuberositas tibiae hat ein Umbau durch entzündliche Prozesse stattgefunden. Der Condylus medialis ist ebenfalls entzündlich verändert. Der Malleolus lateralis der linken Fibula ist entzündlich verändert. Die rechte Patella ist anterior medial leicht porös. Die linke Patella zeigt anterior medial entzündl. Strukturen und lateral eine verheilte Fissur.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad I, li BWZ 0.5), Ellenbogengelenk (re Grad 0, li BWZ 0.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Handgelenk (re Grad 0-I, li BWZ 0.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.0, li 0.6) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.5, li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.5, li 0.7), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: zwei Wirbelkörper der Brustwirbel mit Grad II.

Campus 50/10 8

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr gut

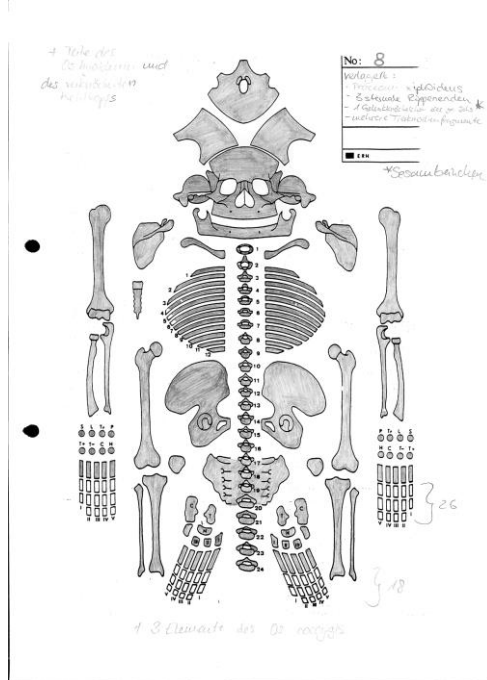
Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Gut erhalten.

Alter: Früh- bis mittelmatur (40-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Im Karton liegt eine kleine Tüte mit zusätzlichen Knochenfragmenten (Tierknochen).



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: zeigt stark entzündliche Spuren mit Knochenneubildungen im Inneren.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: wenige kleine Löcher.

Tränennasengang: Rechts: kleiner Osteophyt.

Nasenhöhle: Deviation: über die Norm vergrößerte rechte obere Nasenmuschel bedingte eine sehr starke Verbiegung der Nasenscheidewand nach links.

Äußere Ohrregion: Beiderseits: Knochenneubildung → Mittelohrentzündung (Otitis media).

Harter Gaumen: Grob-porös, kleine Exostosen: → Entzündung. Fein- bis grobporöse Oberfläche: → starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: leichte Parodontose in den hinteren Regionen; leichte Parodontitis in den vorderen Regionen; intravitale Verluste bereits verheilt: 16, 36 und 47. Leichter Zahnstein generalisiert. Fissurenkaries generalisiert, Löcher durch Karies Zahn 38 und 48. Kaum Abrasion außer bei Zahn 43. Transversale lineare Schmelzhypoplasien an den Schneide- und Eckzähnen der oberen Quadranten (Grad III), sowie an den Eckzähnen der unteren Quadranten.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Anzeichen für leichte Spondylosis. Leichte Abdrücke von Einbrüchen SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Grundplatten des 4. – 10. Thorakalwirbels (evtl. Morbus Scheuermann).

Brustkorb: Manubrium und Corpus sterni zeigen erste leichte Spuren von Randbildungen an den Rippenansatzstellen. Die Rippen sind sternal noch nicht verknöchert. Beidseitig: ein oberes Rippenpaar zeigt leichte Einkerbungen posterior von der Tuberositas musculus serrati anterioris.

Schultergürtel: An beiden Claviculae finden sich Vertiefungen im Ansatzbereich des Ligamentum costoclaviculare. Spuren ausgeprägter Ligamentopathie (Zerrung des Ligamentum costoclaviculare). Die Scapulae sind beidseitig überdurchschnittlich groß und die Anguli superior sind weit nach cranial ausgezogen.

Oberarm: Beiderseits: entzündlicher Veränderung lateral distal von Caput humeri. Rechts: Tuberositas deltoidea leicht überdurchschnittlich ausgeprägt.

Unterarm: Ulnae beiderseits: leicht S-förmig. Rechts: posterior am distalen Diaphysenende entzündliche Veränderungen. Links: distales Gelenkköpfchen fehlt. Radii beiderseits: im distalen Diaphysenbereich leicht nach lateral gebogen.

Beckengürtel: S1 hat median eine Wirbelbogenspalte. Os coxa rechts: ein kleiner Osteophyt wächst vom Os pubis ins Foramen obturatum. Links: Osteophyten an der Facies auriculares und auf der Tuberositas iliaca. Beidseitig: massive Spina ischiadica, teilweise leicht poröser Acetabulumrand und leichte knöcherne Erhebungen am anterioren Teil der Ala ossis ilii.

Oberschenkel: Beidseitig: verkleinerter Oberschenkelhalswinkel (Coxa vara), massiver Trochanter minor, medial entzündlich veränderte Facies poplitea und eine stark ausgezogene Linea aspera im mittleren Diaphysenteil. Rechts: streifige Oberfläche des lateralen Diaphysenbereichs. Links: streifige Oberfläche der gesamten Diaphyse.

Unterschenkel: Die Tibiae beiderseits: sehr spitz ausgezogener Margines anterior, entzündlich veränderte distale Gelenkflächen die auf die Fibulae treffen und zweistrahlig Malleolus medialis. Fibulae beiderseits: beide Margines sehr spitz ausgezogen, distale Gelenkflächen die auf die Tibiae treffen entzündlich verändert und die Wadenbeide sind nach außen (posterior-lateral) gebogen. Links: proximales Diaphysenende mit Knochenauflagerungen. Die Patellae sind beide am Apex patellae posterior löchrig, porös.

Fuß: Die Gelenkränder sind leicht arthrotisch verändert (Grad I), allerdings sind die Knochen porös und leicht löchrig.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nasenseptumdeviation nach links durch übermäßig große obere Nasenmuschel rechts.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.0, li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.5, li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.5, li 0.25), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.0, li 0.8) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.0, li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.125, li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (C7-Th12: BWZ 1.0-2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 1.0-1.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 1.0), BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-L2: BWZ re = li 1.0, L2-S1: BWZ re = li 0.5-1.0).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 9

A. Personalstatus

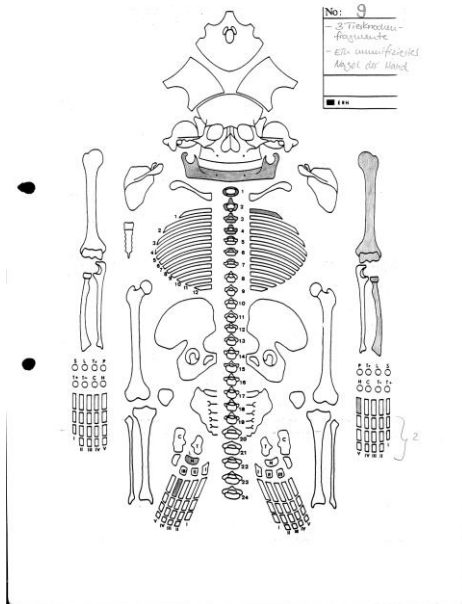
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind nur wenige Knochen erhalten. Vom Schädel ist nur der Unterkiefer erhalten. Nur vier Cervicalwirbel und links die erste Rippe vorhanden. Von der rechten Hand gibt es ein Ossa metacarpalia und zwei Phalangen mit Resten von Weichgewebeanhaftungen. Vom rechten Fuß gibt es das Os naviculare und ein Ossa metatarsalia mit Weichgewebeanhaftungen.

Oberflächen: Stark degradiert. Linker Humerus mit Auflagerungen von Weichgewebsresten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose (Regionen 33-38 und 43-48); Parodontitis (Regionen 31-32 und 41-42) und allgemein Entzündung der Zahnzwischenräume; intravitale Verluste: 36 (bereits verheilt). Fissurenkaries und Loch durch Karies Zahn 46 und 47 (Grad II-III). Goldglänzende Auflagerung auf der Kaufläche von 38.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis.

Brustkorb: Links: sternales Rippenende verbreitert mit großem Hohlraum in der verknöcherte Übergangsstelle zum Manubrium.

Oberarm: Links: Distal medial des Caput femoris entzündliche Reaktion mit poröser Oberfläche. Relativ großer Diaphysenradius, Tuberositas deltoidea stark ausgeprägt.

Unterarm: Massiv ausgeprägte und lange Tuberositas radii. Relativ großer Diaphysenradius. Processus styloideus weit ausgezogen.

Fuß: Rechts: Der Os naviculare ist medial porös und entzündlich verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (li Grad 0), Ellenbogengelenk ([li Grad I]), Radio-Ulnargelenk ([li Grad I]), oberes Handgelenk ([li Grad 0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (Grad re = li I), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 0.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.0); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 3.0, C5: Grad II-III); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 1.0, li 1.5, C5: Grad re = li I-II).

Campus 50/10 10

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

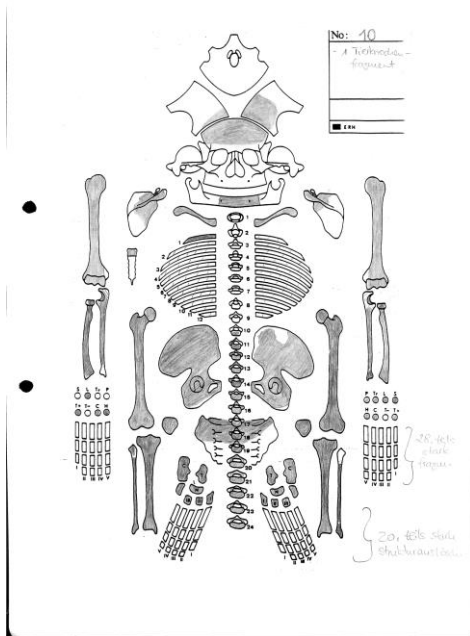
Repräsentanz: Vom Os frontale, Os parietale und der Mandibula sind jeweils nur ein Fragment vorhanden. Der Corpus sterni fehlt.

Oberflächen: Gut erhalten.

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Extrafundtüte mit Tierknochen und eine Tüte mit stark arthrotisch/entzündlich veränderten Rippenfragmenten.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädel: **Schädelkinnfläche:** Stark erodiert, einige Foveolae granularis im Os frontale und Os parietale.

Zähne, Alveolarregionen: Intravitaler Zahnverlust aller Zähne im Unterkiefer. Heilungsspuren noch zu erkennen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 7. -11. Thorakalwirbel und in die Grundplatten des 3. - 11. Thorakalwirbel, sowie in den 2. -5. Lumbalwirbel (evtl. Morbus Scheuermann).

Brustkorb: Manubrium: Ansatzstellen für die ersten Rippen verknöchert (posterior mit großen Hohlräumen in den Übergangsstellen) und arthrotisch verändert. Die erste rechte Rippe zeigt sternal arthrotische Veränderungen

Schultergürtel: Beidseitig: massive arthrotische Veränderungen anterior, caudal und posterior am acromialen Ende der Claviculae. Tuberculum conoideum stachelig ausgezogen. Der Ansatz des Ligamentum costoclaviculare an den Schlüsselbeinen zeigen arthrotische Veränderungen, ebenso wie Extremitas sternalis. Die rechte Scapulae ist arthrotisch verändert am anterioren Teil des Acromions. Des Weiteren ist der Margo lateralis sehr kantig in ihrer Form und der caudale Bereiche der Cavitas glenoidalis ist arthrotisch verändert. Links: der anteriore Teil des Acromions ist arthrotisch verändert, ebenso wie der Processus coracoideus.

Oberarm: Beiderseits: die Humeri sind relativ kurz und schmal, zeigen aber deutlich ausgeprägte und raue Tuberositas deltoidea. Das gleiche gilt für die Tubercula minus. Distal der Tubercula minus und medial davon zeigen sich arthrotische Veränderungen.

Unterarm: Die Tuberositae ulnae sind beide arthrotisch verändert. Rechts: das distale Gelenk fehlt, das proximale Gelenk ist stark erodiert. Die Radii sind beide relativ kurz und schmal, aber die Tuberositae radii sind massiv ausgezogen.

Hand: Die Ossa manus zeigen leichte arthrotische Veränderungen und die Handwurzelknochen zeigen Strukturauslöschungen.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist beidseitig mit den Ossa coxae verwachsen (postmortal links abgebrochen). Ossa coxae beiderseits: Knochenauszüge an der lateralen Seite der Crista iliaca, die Fossa acetabuli haben eine unruhig Struktur. An den Spinae iliaca anterior inferior finden sich Knochenauszüge.

Oberschenkel: Beidseitig: Caput femoris distal anterior entzündlich verändert. Trochanter majus weist knöcherne Auszüge auf. Die Facies poplitea ist beidseitig entzündlich verändert.

Unterschenkel: Beide Tibiae haben eine streifige Diaphyse. Außerdem sind sie seitlich des Malleolus medialis entzündlich verändert und die Linea musculi solei sind massiv ausgezogen. Rechts: Lochdefekt medial des Randes der Facies articularis superior. Die Fibulae sind beidseitig sehr scharfkantig im Bereich der Margines. Rechts: proximal der Facies articularis malleoli sind entzündliche Veränderungen sichtbar. Die rechte Patella ist an der lateralen Facies articularis grobporös entzündlich verändert. Die linke Patella ist medial der Facies art. grobporös entzündlich verändert.

Fuß: Die Ossa pedis zeigen im Bereich der Ossa metatarsalia der großen Zehen starke arthrotische Veränderungen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Krankheiten: Verdacht auf Morbus Scheuermann.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.5, li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re 0.5, li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.4, li 0.6) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.83, li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.16, li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th3-Th6: BWZ 2.5, Th6-Th11: BWZ 3.0-3.5, Th11-Th12: BWZ 2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.5-3.5); Bogengelenke: BWS (Th4-Th6: re Grad I, li BWZ li 1.0, Th6-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0-2.5, li 1.0-2.0).

Campus 50/10 12

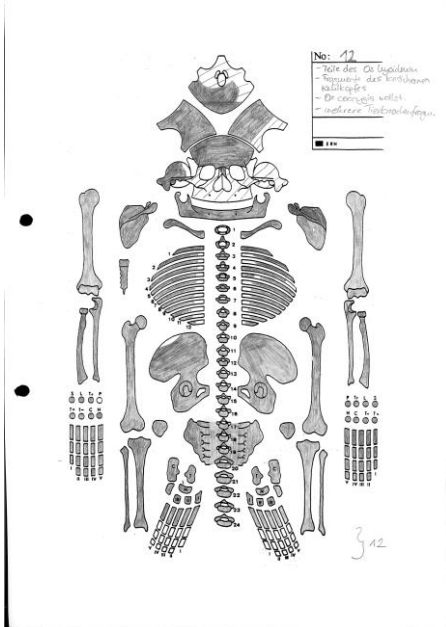
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Matur - senil (40 < Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelninnenfläche: Im Bereich der verwachsenen Sutura frontalis beidseits außergewöhnlich starke Gefäßimpressionen. Foveolae granularis verursacht durch Pacchionische Granulationen auf der linken Seite im Bereich des vorderen Astes der Arteria meningea media. Im Bereich des Os frontale befinden sich kleine muldenförmige Einkerbungen: → meningealer Reaktion. Altersbedingte Rarefizierung der Diploë.

Schädelbasisinnenfläche: Weiß-schwarze Auflagerung im Bereich der Fossa cranii med. et post; superior davon Osteophyt auf der rechten Seite.

Schädelbasisaußenfläche: Weichteilreste am Planum nuchale.

Äußere Ohrregion: Die Wand des Meatus acusticus externus zeigt beidseits Spuren entzündlicher Reaktionen: → chronische Otitis media.

Warzenfortsatzzellen: Rechter Warzenfortsatz unzureichend pneumatisiert, nachträglich mit Spongiosa gefüllt: → V.a. entstanden durch Otitis media.

Mittelgesichtregion: Feinporöse Oberfläche beider Jochbeinaußenflächen.

Harter Gaumen: Kleine Exostosen. Fein- bis grobporöse Oberfläche: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Intravitale Verluste aller Zähne. Alveolarregionen der Zähne 13,23 und 33 weisen Zeichen einer Entzündung (Parodontitis) auf, im Bereich der Molare unruhige Struktur wahrscheinlich durch Heilungsprozess, im Bereich der Incisivi postmortal erodiert.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Grundplatten des 4., 8., 9. und 11. Thorakalwirbels und 1. Lumbalwirbels, außerdem in die Deckplatten des 10. und 11. Thorakalwirbels.

Halswirbelsäule:

An älteren Wirbelkörpern befinden sich ventral proliferative Spondylophyten. Die Wirbelkörper sind zu dem ventral erniedrigt, was durch die Bandscheiben kompensiert wird. Deutlich wird dies durch die Randleistenbildung und die Impressionen in den Wirbelkörper. Die Spongiosa ist regelrecht, aber teilweise im ventralen Bereich der Wirbelkörper rarefiziert. Spondylosis der WK-Gelenke.

Brustwirbelsäule:

Sklerosierte Grund- und Deckplattenlatten. Erniedrigung der Bandscheiben und mineralisierter Umbau. Ankylose der Wirbel im ventralen Bereich. Leichte Einengung auf der linken Seite zwischen Wirbelkörper und Wirbelbogengelenk im Bereich

Th2-Th3 und Th4-Th5. Rechtsseitig kerzenwachartige Brückenbildung von dem 5. und 7. Thorakalwirbel: →V.a. diffuse idiopathische Skeletthyperostose (DISH).

Lendenwirbelsäule:

An älteren Wirbelkörpern befinden sich ventral proliferative Spondylophyten. Diese lassen eine nur eingeschränkte Beugebewegung zu. Die konkave Oberfläche der Grund- und Deckplatten weisen deutlich auf eine Kompensation der Bandscheiben durch Quellen hin. Ventral sind Bandscheibenvorfälle erkennbar. L1 zeigt Zeichen von Sklerosierung an der Grundplatte. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Person immer noch mobil war. Leichte Einengung zwischen Wirbelkörper und Wirbelbogengelenk im Bereich L4-L5 auf der linken Seite.

Brustkorb: Auffällige starke Muskelmarken und Verknöcherung am Manubrium. Ansatzstelle der Clavicula entzündlich verändert mit zapfenartigen Strukturen. Knorpel der Rippenansatzstellen am Corpus sterni verknöchert. Processus xiphoideus zweistrahlig. Dorsal streifige Knochenneubildungen auf Corpus sterni. Knorpelansatzstellen der Wirbel an den Rippen arthrotisch verändert mit Randbildung. Erstes Rippenpaar zeigt massive entzündliche Veränderungen superior (Knochen „aufgebläht“).

1. Rippenpaar beiderseits: Synchronrose. Die Corticalis ist dünn und der ganze Knochen ist rarefiziert (altersbedingt). Die Rippenknorpel sind mineralisiert.

Des Weiteren gibt es eine Gabelrippe die wahrscheinlich die 6±1 Rippe auf der linken Seite ist.

Processus xyphoideus: Synostose (altersbedingt).

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Einziehungen an den Ansatzstellen des Ligamenta costoclaviculare; sternal verknöcherte Weichteilansätze; acromial arthrotische Veränderungen (Grad III-IV) mit Randleistenbildung und eburnisierter Gelenkfläche. Die Markhöhle ist mit Spongiosa gefüllt. Sowohl das sternale als auch das acromiale Ende weisen in der Spongiosa eine Rarefizierung (durch Inaktivität - Alter) auf (rechts stärker als links). Dies und die stärker gebogene, aber kürzere Länge des Knochens weisen auf Linkshändigkeit hin. Ein weiteres Indiz ist die Sklerosierung der Fossa des Ansatzes des Ligamentum costoclaviculare. Beide Claviculae zeigen an den medialen sowie lateralen Gelenkflächen arthrotische Veränderungen auf. Die Größe und Form der Claviculae lässt vermuten, dass dieses Individuum keinen leptosomen Körperbau hatte.

Scapula beidseits: starke Muskelansatzstellen am Acromion mit verknöcherten Weichgewebsteilen. Scapula rechts zeigt unebenen Margo medialis. Die linke Scapula weist zapfenartige Auszüge am Processus coracoideus auf.

Oberarm: Muskelansatzstellen mit Weichgewebeverknöcherung am Tuberculum majus humeri beidseits. Proximale Hälften der beiden Diaphysenschäfte mit Knochenauflagerungen versehen und starke Muskelansatzstellen.

Hand: Randbildung an den Gelenken der Handwurzelknochen.

Beckengürtel: Os sacrum stark nach anterior gebogen (Hyperkyphosierung). Facies auriculares des Os sacrum stark durch Arthrose degeneriert; dorsal verknöcherte Weichteilansätze sichtbar. Weit über die Norm ausgebildete Bauchdeckenmuskulatur (Crista iliaca äußere Lippe erheblich vergrößert). Assimilierter Steißwirbel. Leichte Skoliose nach links. Ossa coxae beidseits: reaktive Neubildungen. Die Symphyse zeigt Anzeichen für einen Umbau mit Neubildungen. Rarefizierung im ganzen Becken (altersbedingt). Acetabulum arthrotisch verändert. Tuber ischiadicum stark ausgeprägt mit deutlichen knöchernen Neubildungen. Weichteil- und Muskelansätze verknöchern an Tuber ischiadicum und Os pubis.

Oberschenkel: Beidseits: es sind proliferative osteophytäre Neubildungen am Trochanter major und minor durch Muskelzug zu erkennen. An der Linea aspera hat sich ebenfalls proliferativ Knochen neugebildet. Eine Rarefizierung der proximalen Spongiosa durch eine proximale Ausdehnung des Fettmarks (typisches Altersmerkmal) entsteht. Die Compacta ist in Schafthöhe sehr dick. Sehr deutlich ist zu erkennen, dass das Individuum unter einer Coxa valga (vermutlich angeboren, da beidseits) gelitten hat. Der Centrum-Collum-Diaphysen-Winkel ist deutlich über 124 ° und die Pfeilerformation (Zugbündel) der Trabekel Richtung lateraler Compacta im Femurcollum ist überdeutlich ausgeprägt (Gegenüber dem Bogen – Druckbündel). Ausbildung einer „Reiterfacette“ (degenerativ verändert) an beiden Oberschenkelhälsen Grad II. Trochanter minor arthrotisch verändert Grad I-II. Fovea capitis deutlich verändert und vertieft. Stark ausgebildete Ansatzstelle für den M. gastrocnemius.

Unterschenkel: Zapfenartige Neubildungen (aufgelagert) proximal der Patellae beidseits. Tibiae beidseits: distal sind bis zu 7 Harris-Linien angedeutet. Leichte Rarefizierung: Osteoporose bis in die Metaphyse. Dorsale Muskelmarken der Tibiae beidseits stark ausgeprägt, proximal lateral verknöcherte Muskelansätze. Rechte Tibia mit massiven Knochenauflagerungen am Margo. Rechte Fibula zeigt proximale stark ausgezogene Spitze. Die Diaphysen beidseits haben leichte wulstige ungleichmäßige Auflagerungen und die Muskelansatzstellen sind verknöchert. Die linke Fibula zeigt am proximalen Gelenk arthrotische Randleistenbildung.

Fuß: Tuber calcanei des Calcanei mit oberem Fersensporn. Mittelfußknochen mit wulstigen Knochenauflagerungen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Ausbildung einer „Reiterfacette“ an beiden Oberschenkelhälsen. Ursprungsmarke des innenseitlichen Kopfes des Zwillingswadenmuskels vergrößert und pathologisch verändert. Muskelansatz des großen Oberschenkeladduktors kräftig profiliert. All diese Zeichen lassen darauf hindeuten, dass das Individuum ein Reiter war.

Assimilierter Steißwirbel. Leichte Skoliose nach links.

2. Infektionskrankheiten: Meningeale Reaktion (durch Staphylokokken der Otitis media).

3. Krankheiten: Die kerzenwachartige Brückenbildung im Bereich der Brustwirbel deutet auf DISH (Diffuse idiopathische Skeletthyperostose) bzw. Morbus Forestier hin. Spondylophyten und Ankylose behindern die Bewegungsfreiheit.

4. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Handgelenk (BWZ re 1.5, li 0.75), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.2) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.5, li 1.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.3, li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.375, li 1.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Spondylosis: oberes Kopfgelenk (Grad re = li I), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.0-3.5, C5-C7: BWZ 5.0), BWS (C7-Th5: BWZ 2.5-4.0, Th5-Th7: verknöcherte Ligamenta flava, Th7-Th11: BWZ 4.0-5.0, Th11-Th12: BWZ 2.5), LWS (Th12-L5: BWZ 1.5-2.5). Spondylarthrosis: Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ re 1.5-2.0, li 5.0-6.0, C4-C7: BWZ re 1.0-2.5, li 2.0-2.5), BWS (C7-Th5: BWZ re 1.5-3.5, li 2.0-4.0, Th5-Th7: verknöcherte Ligamenta flava, Th7-Th12: BWZ re 1.0-3.5, li 1.0-4.0), LWS (Th12-L4: BWZ re 0.5-2.0, li 1.0-3.0, L4-S1: BWZ re 3.5-4.5, li 3.0-3.5).

Campus 50/10 13

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

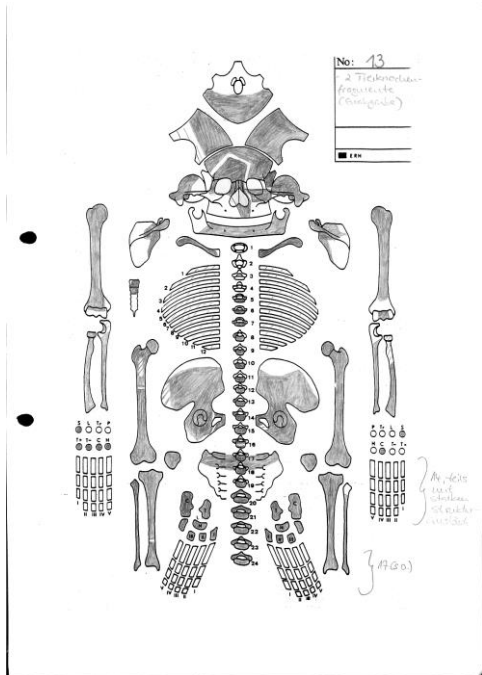
Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Fraßspuren auf der gesamten Lamina externa. Brushit-Auflagerungen im Cranium.

Alter: Früh- bis mittelsenil (60 – 70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Extraduntüte mit Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachinnenfläche: Muldenförmige Impressionen (Foveolae granularis) im rechten Os parietale im Bereich der Sutura sagittalis.

Schädelbasisinnenfläche: Weißliche Auflagerungen: → Brushit.

Venöse Hirnblutleiter: Impressionen des Sinus sagittalis superior und des rechten Sinus transversus.

Schädelbasisaußenfläche: Weißliche Auflagerungen: → Brushit.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Oberkiefer; intravitale Verlust aller Zähne im Unterkiefer. Zahnstein wenig generalisiert.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis. Vermehrte Osteophytenbildung und Wirbelkörperhöhenminderung des 3. – 5. Cervicalwirbels und des 4. – 7. Thorakalwirbels.

Brustkorb: Altersbedingte Randbildung am Manubrium an den Gelenken zu den ersten Rippenpaaren, Clavicula und Corpus sterni. Erste linke Rippe am sternalen Ende aufgebläht mit Hohlraum.

Schultergürtel: An den beiden Sternoclaviculargelenken kleiner Vertiefungen. An den acromialen Enden der beiden Claviculae sind die Oberflächen cranial und caudal rau. Die Ränder beider Scapulae im Bereich der Facies glenoidalis sind arthrotisch verändert. Die Facies costalis der linken Scapula ist im cranial Teil sehr tief eingekerbt.

Oberarm: Beidseitig: die Tuberositae deltoidea stark ausgeprägt. Ansätze der Deltamuskeln stark ausgeprägt. Tuberculum majus und minor stark ausgeprägt.

Unterarm: Ulnae beidseitig: stark ausgezogene Margines interossea. Rechts: im Bereich der M. interossea im mittleren Diaphysenschaft eine Gefäßimpression. Radius beidseitig: massive, übermäßige dicke Tuberositas radii.

Hand: Altersbedingte Randbildung an den Gelenken.

Beckengürtel: Arthrotische Veränderungen im Bereich der Symphyse, der Acetabuli und der Facies auriculares. Unruhige Struktur der sehr tief liegenden Fossa acetabuli. Raue Knochenneubildungen am posterioren Ramus superior ossis pubis und anterior der Incisura ischiadica.

Oberschenkel: Beidseitig: Trochanter major mit verknöcherten Muskelansätzen und geschlossene Fovea. Links: streifiges Periost im distalen anterioren Diaphysenbereich.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Eminentia intercondylaris. Zur Facies lateralis hin tiefe Grube. Feinporöse Oberfläche am anterioren distalen Gelenk. Fibula rechts: Verdickung und Aufrauung proximal des Malleolus lateralis. Patellae beiderseits: Osteophyt proximal auf der anterioren Seite.

Fuß: Dem Alter entsprechende leichte Randbildung an den Gelenken.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk ([re Grad 0, li I]), Radio-Ulnargelenk (li Grad I), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.5), Hüftgelenk (BWZ re 2.75, li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C3-C7: BWZ 3.0-4.0), BWS (C7-Th4: BWZ 3.0, Th4-Th9: BWZ 3.5-4.0, Th9-Th12: BWZ 3.0), LWS (L2-L4: BWZ 3.0, S1: Grad II); Bogengelenke: HWS (C3-C4: re BWZ 1.0, li Grad I, C5: Grad re = li I, C6: li Grad I), BWS (Th4: li Grad I, Th5: Grad re = li I, Th6-Th11: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0, Th11-Th12: BWZ li 1.0), LWS (L2-L4: BWZ re 2.0-2.5, re 1.5, S1: BWZ re = li 1.0).

2. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 15

A. Personalstatus

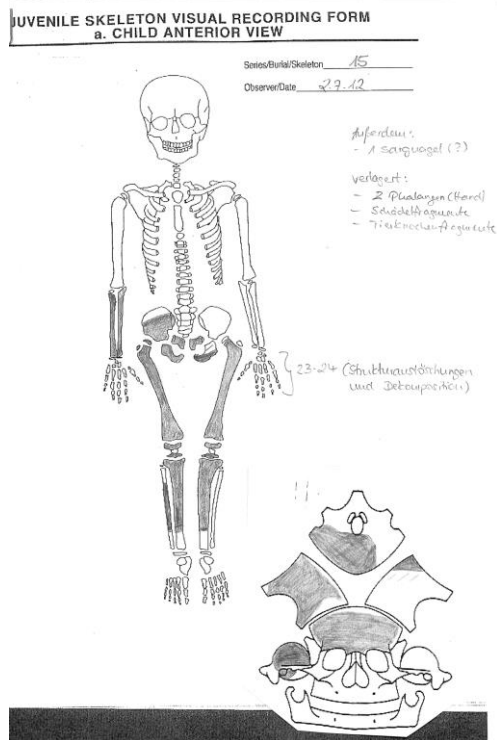
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es sind nur Fragmente des Neurocraniums, der rechten Unterarmknochen, einige Metacarpi und Ossa digitorum manus, das rechte Os ilium und beide Os pubis und ischii, so wie beide Femora, Tibiae und eine Fibuladiaphyse erhalten. Die Epiphysen sind nirgends angeschlossen.

Oberflächen: Stark degradierte Lamina externa mit Brushit.

Alter: Infans I (4 Jahre ± 12 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen: Es sind Milchzähne und die Kronen der Dauerzähne im Bereich der Incisivi vorhanden.

II. Postcraniales Skelet

Beckengürtel: Rechtes Os ilium: nahe der Verschmelzungsstelle für die Hüftteile ist auf der Innenseite eine leicht poröse Stelle erkennbar. Das gleiche gilt für die Fossa acetabuli des rechten Os ischium außen.

Oberschenkel: Beiderseits: unruhige Oberfläche der Tuberositas glutaea und die Oberfläche des Collums auf der medialen Seite.

Unterschenkel: Tibia links: poröse Diaphysenoberfläche medial (evtl. degradiert).

Campus 50/10 17

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

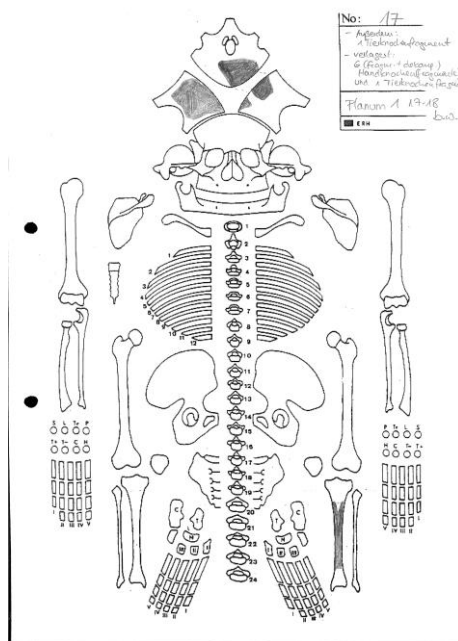
Repräsentanz: Nur wenige Knochen sind erhalten, allerdings sind diese stark fragmentarisch. (Wirbelsäule, Brustkorb, Schultergürtel und obere Extremitäten nicht erhalten.) Nur zwei Fragmente der Calotte erhalten. Fragmente beider Femurschäfte und des rechten Tibiaschafts erhalten.

Oberflächen: Schädeldachaußenfläche durch starke Bodenerosion nicht beurteilbar. Beide Femurschäfte und der rechten Tibiaschaft durch starke Bodenerosion nicht beurteilbar.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Extrafundtüte mit Tierknochen und kleinem Tierschädel (evtl. Nagetier).



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: In einem Fragment der Calotte befinden sich in der Lamina interna 7 kleine Impressionen von ca. 1-2 mm Größe.

Zähne, Alveolarregionen: Einige Zähne eines Erwachsenengebisses erhalten. Zähne zumeist mit starker weißer Auflagerung (evtl. Zahnstein) im Wurzelbereich. Relativ wenig Abrasion und Karies.

Campus 50/10 18

A. Personalstatus

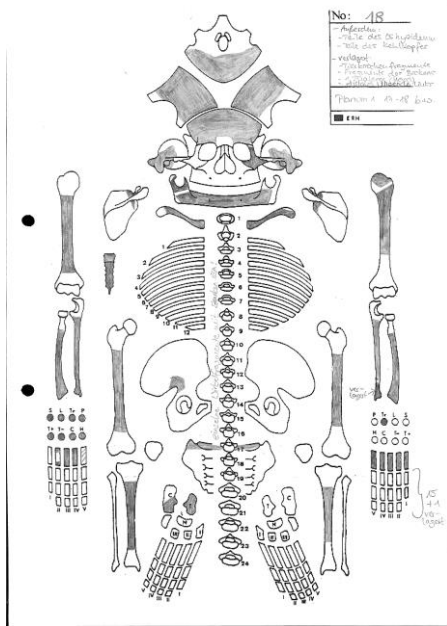
Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Der Harte Gaumen ist nicht vorhanden. Wirbelsäule stark fragmentarisch. Der Beckengürtel ist nicht erhalten. Die meisten Knochen sind fragmentiert. Der rechte Talus fehlt.

Oberflächen: Wirbelsäule durch Bodenerosion nicht beurteilbar. Beide Femur- und Tibiaschäfte durch starke Bodenerosion nicht beurteilbar. Der linke Talus ist stark erodiert.

Alter: Spät matur bis frühsenil (60 ± 7 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Das Os occipitale ist stufenartig vom restlichen Schädel abgesetzt.

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis durch Pacchionische Granulation

Schädelbasisaußenfläche: Im Bereich der Protuberantia occipitale externa entzündliche Reaktion.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beidseitig entzündlich verändert mit Osteophytenbildung rechts.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beidseitig: entzündlich verändert und relativ groß: → Sinusitis.

Mittelgesichtregion: Entzündlich veränderte Oberfläche der linken Jochbeinaußenflächen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Im Unterkiefer bis auf einen Zahn (nicht in Archivkiste) intravitale Zahnverlust aller Zähne. Starker Knochenabbau des Unterkiefers wahrscheinlich Hinweis auf massiven

Entzündungsprozess.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylarthrosis.

Brustkorb: Ansätze der Rippen und der Claviculae am Manubrium arthrotisch verändert.

Schultergürtel: Nur kleine Fragmente der Scapulae vorhanden, ohne pathologischen Befund. Die Claviculae sind stark gebogen. Das Sternoclaviculargelenk ist beidseitig arthrotisch verändert und relativ breit. Der Ansatz des Ligamentum costoclaviculare ist verknöchert. Links: das acromiale Gelenk der Clavicula ist ebenfalls arthrotisch verändert und z.T. porös.

Oberarm: Beidseitig: proximales und distales Gelenke fehlen. Großer Diaphysendurchmesser. Stark ausgeprägte Tuberositas deltoidea.

Unterarm: Ulnae beidseitig: stark ausgezogener Margines interossea. Großer Diaphysendurchmesser und Durchmesser des distalen Gelenks. Tibiae beiderseits: proximaler Gelenkkopf fehlt. Großer Diaphysendurchmesser und großer Durchmesser des distalen Gelenks (rechts stärker ausgeprägt). Der Massivität der Radii nach evtl. rechtshändiges Individuum.

Hand: Erster Phalangen des Mittelfingers am distalen Gelenk stark arthrotisch verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

Morphologische Varietäten des Skelettes:

Foramen im distalen Corpus sterni.
Teile einer Sutura metopica sichtbar.

Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad 2), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.5, [li Grad I]), oberes Handgelenk ([BWZ re 1.5, li 2.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Bogengelenke: LWS (L3-L4: BWZ re 4.5, li 4.0; L4-L5: li BWZ 3.5, S1: li Grad IV).

Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 20

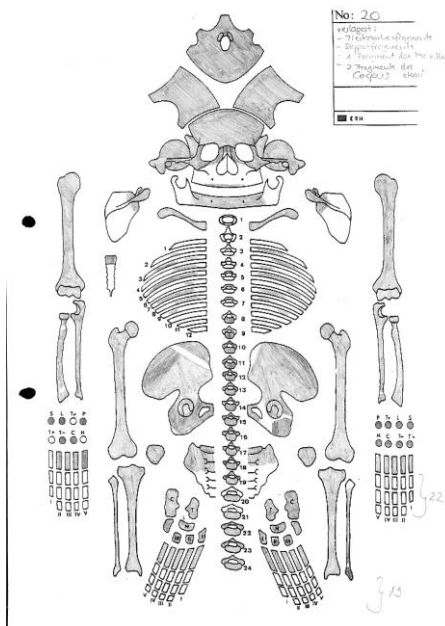
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Spätsenil (70-80 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Bereich des Os frontale sind zwei Wölbungen nach innen in den Schädel sichtbar.

Venöse Hirnblutleiter: Links tiefe Abdrücke des Sulci arteriosi.

Augenhöhle: Beidseitig: leicht poröse Oberfläche.

Augenhöhlenboden: Links: leicht poröse Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris: leicht poröse Oberfläche.

Harter Gaumen: Chronische Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Intravitaler Verlust aller Zähne.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Gelenke der Rippen im Bereich der BWS entzündlich verändert.

Brustkorb: Manubrium mit arthrotischen Veränderungen an den Ansatzstellen des Corpus sterni und den Incisura clavicularis. Nur wenige Rippenfragmente vorhanden. Ohne pathologischen Befund.

Schultergürtel: Claviculae beidseitig: am acromialen und sternalen Ende porös und entzündlich verändert. Tuberculum conoideum stark ausgeprägt. Scapula beidseitig: Gelenk zur Clavicula entzündlich verändert. Links: caudal der Cavitas glenoidalis tiefe Einkerbungen. Rechts: caudal der Cavitas glenoidalis raue Oberfläche.

Oberarm: Beidseitig: Tuberositas deltoidea und Sulcus nervi radialis stark ausgeprägt. Rechts: raue Oberfläche am Rand des Caput humeri. Arthrotische Veränderungen lateral des Capitulum humeri.

Unterarm: Ulnae beidseitig: Incisura trochlearis mit Knochenneubildung mittig des Gelenks und stark ausgezogener Margo interossea. Radius links: distale Epiphyse leicht porös und unregelmäßige Oberfläche.

Hand: Handwurzel beider Seiten und Daumen stark arthrotisch verändert.

Beckengürtel: Wirbelbogengelenk des L1 rechts arthrotisch verändert. Ossa coxae beidseitig: Knochenneubildungen (Osteophyten) cranial an der Facies auricularis und dem Os pubis. Rechts: Osteophyten am Ramus inferior. Raue Oberfläche im Acetabulum: → V.a. knöchern umgebautes Hämatome. Links: Facies symphysialis entzündlich verändert. Fossa acetabuli relativ groß und auf gleicher Ebene wie Fossa lunata.

Oberschenkel: Ossa femora beidseitig: tiefe und breite Fovea (mit starken Rändern) und stark ausgeprägte Linea aspera. Rechts: Trochanter minor, Linea intertrochanterica und Tuberositas glutea massiv ausgeprägt. Ränder des Caput femoris wölben sich pilzartig. Auf der Oberfläche des Caput femoris finden sich Knochenneubildungen. Der Collum femoris ist sehr breit.

Unterschenkel: Tibien beidseitig: Eminentia intercondylaris relativ breit. Patellae beidseitig: arthrotischer Rand um Facies articularis. Links: Apex patellae leicht porös.. Fibulae beidseitig: Margo anterior stark ausgezogen.
Fuß: Beidseitig: erste Ossa metatarsale am distalen Gelenk mit arthrotischer Randleistenbildung, rechts stärker als links.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Teile der Sutura metopica erkennbar. Mehrere Nahtknochen Knochen im Bereich der Sutura lambdoidea erkennbar.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.75, li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 2.75, li 2.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.6) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.75, li 1.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.16, li Grad 0.6), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.75, li 0.85).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th1-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-L5: BWZ 2.0, L5-S1: BWZ 2.5); Bogengelenke: BWS (Th3-Th12: BWZ re = li 1.0-2.0), LWS (L3-S1: BWZ re 3.0, li 1.5-3.0).

Campus 50/10 22 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

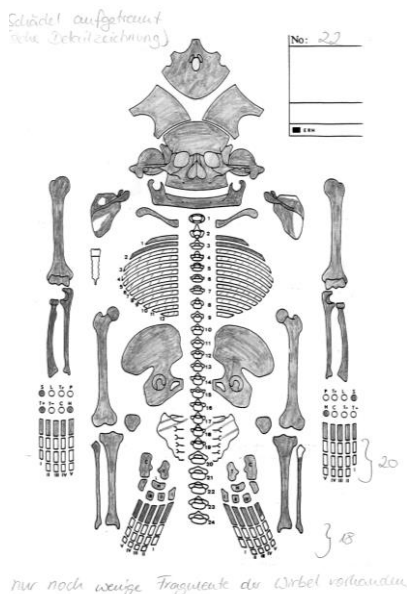
Repräsentanz: Die erhaltenen Wirbel sind stark fragmentiert. Beidseitig sind nur wenige Handwurzelknochen erhalten.

Oberflächen: Die Fußknochen sind beiderseits durch Bodenerosion nur eingeschränkt beurteilbar.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friederige Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel: Der Schädel hat eine schmale und langgestreckte Form. Das Os occipitale ist stufenartig von restlichen Schädel abgesetzt (evtl. Sturz im Kleinkindalter auf das Hinterhaupt, dabei Verschieben der Schädelknochen gegeneinander und erneutes Verwachsen).

Schädeldachinnenfläche: Im Bereich des Os frontale befinden sich viele 1-2 mm große, tiefe Impressionen. Im hinteren Bereich der Sutura sagittale ist die Oberfläche porös.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med.: postmortaler Bruch im Bereich der Sella. Der Clivus ist verbreitert, bzw. in das Hinterhauptloch verlängert.

Venöse Hirnblutleiter: Der Sulcus des linken Sinus transversus ist nicht erkennbar.

Schädelbasisaußenfläche: Leichtporöse Oberfläche im Bereich der Protuberantia occipitale externa.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beidseitig: entzündlich verändert mit kleinen Knochenneubildungen. M. a. internus ist ebenfalls beidseitig entzündlich verändert: → chronische Mittelohrentzündung.

Augenhöhlerdach: Beidseitig: poröse Oberfläche: Cribra orbitalia (Grad I).

Nasenhöhle: Apertura piriformis beidseitig oben relativ breit. Das Septum ist nach rechts gebogen.

Mittelgesichtsregion: Jochbeinaußenflächen re leichtporös und links stark porös.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kiefer; Abszess: unter 33 und 34; intravitale Verluste: 15, 18, 21-24, 26, 36-38, 46, 48. Zahnstein generalisiert. Karies Zahn 41 und 42. Sehr starke Abrasion des kompletten Zahnapparates. Zähne allgemein stark gegeneinander verschoben.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Massive Veränderungen an den erhaltenen Dornfortsätzen.

Schultergürtel: Beidseitig: das acromiale Ende der Claviculae zeigt arthrotische Spuren. Rechts: das sternale Ende der Clavicula zeigt entzündliche Veränderungen. Vertiefung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die Scapulae sind beide sehr groß und weisen stark ausgeprägte Muskelansatzstellen auf (vor allem caudal der Cavitas glenoidalis). Links: das Acromion ist evtl. entzündlich verändert (stark durch Bodenerosion verändert).

Oberarm: Beidseitig: Sulcus n. radialis ist sehr stark ausgeprägt. Die distale Epiphyse ist sehr breit und das Tuberculum majus ist stark ausgeprägt.

Unterarm: Ulna beidseitig: sehr breiter Corpus und Muskelansatzstelle im distalen Drittel des Diaphysenschaftes stark ausgeprägt. Rechts: Knochenleiste in Incisura trochlearis. Incisura radialis nach dorsal stark abgegrenzt. Radius beidseitig: sehr breiter Corpus. Stark ausgeprägte Tuberositas radii. Raue Oberfläche im Bereich der Tuberositas pronatoria.

Hand: Die Phalanx distales eines Daumens weist einen Osteophyten auf.

Beckengürtel: Beidseitig: der caudale Teil der Facies auriculares zeigt entzündliche Veränderungen. Lateral an der Crista iliaca leichte Osteophytenbildung. Osteophyten am Ramus superior ossis pubis. Die Facies auriculares am Os sacrum sind beidseitig stark entzündlich verändert. Das Os sacrum ist stark fragmentiert.

Oberschenkel: Beidseitig: Trochanter major stark ausgezogen. Rechts: stark ausgeprägte Linea aspera und Tuberositas glutea. Der Winkel des Oberschenkelkopfes ist relativ klein und bildet beinahe eine **Coxa valga**. Links: die oberen 2/3 des Diaphysenschaftes sind stark verändert, verdickt und unregelmäßige Form: → Osteomyelitis mit Periostitis (verheilt). Der Winkel des Oberschenkelkopfes ist relativ klein und bildet eine **Coxa valga**.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Die Tuberositas tibiae ist leicht nach lateral ausgezogen. Die rechte Tibia weist entzündliche Reaktionen (mit leichter Verdickung) distale der proximalen Epiphyse dorsal und lateral und dorsal an der distalen Epiphyse. Die Margines posterior der rechten Fibula ist stark ausgezogen. Das proximale Gelenk des linken Wadenbeins fehlt und die Oberfläche ist stark von Bodenerosion betroffen. Der Apex patellae ist bei beiden Patellae leicht porös.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen im dorsalen Bereich der Sutura sagittale.

Massiv verbreiterte Dornfortsätze.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.75, li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.5, li 0.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 2.0, li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re Grad I, li BWZ 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0).

Campus 50/10 23 Anatomieleiche

A. Personalstatus

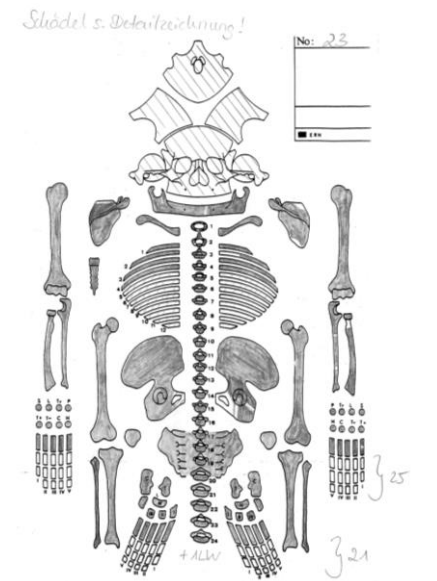
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie Spaltung des Atlas durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Es liegt ein überzähliger (farblich unterscheidet er sich von den restlichen Wirbeln leicht) postmortal frakturierter unterer Thorakalwirbel vor.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Oberfläche der Lamina externa ist teilweise porös.

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis im Os frontale und im Bereich der Sutura sagittalis. Eine Foveola granularis mit knöcherner, aufgeworfener Umrandung.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med.: links drei und rechts zwei kleine Exostose. Fossa cranii ant. rechts: sehr tiefe runde Impression.

Venöse Hirnblutleiter: Der linke Sulcus des Sinus transversus hat eine leicht von der Norm abweichenden Verlauf.

Schädelbasisaußenfläche: Raue Oberfläche oberhalb der Protuberantia occipitale externa.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus beidseitig: leicht unregelmäßiges Äußeres.

Augenhöhle: Beidseitig: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia II.

Nasenhöhle: Sehr kleine Apertura piriformis.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beidseitig: stark verzweigt. Sinus maxillaris rechts: knöchernen Auflagerungen. Links: stark poröse Oberfläche: → Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Poröse Oberfläche beider Jochbeinaußenflächen.

Harter Gaumen: Diskrete Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis generalisiert; intravitale Verluste: 18, 36, 38 und 48. Zahnstein generalisiert. Karies Zahn 24 und 37. Starke Abrasion des gesamten Kauapparates. Zahn 14 und 24 sind ca. 90° nach distal gedreht. Die Wurzel des Zahns 26 ist durch die Schädelöffnung im Rahmen der Sektion angesägt wurden.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis.

Schultergürtel: Claviculae beidseitig: die Extremitas sternalis ist arthrotisch verändert. Rechts: die Facies articularis acromialis ist eburnisiert. Links: Vertiefung im Bereich der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die Margo lateralis beider Scapulae sind stark ausgeprägt.

Oberarm: Beidseitig ist die Tuberositas deltoidea stark ausgeprägt und es findet sich eine Vertiefung an der Fossa coronoidea. Rechts: Tuberculum minus spitz ausgezogen.

Unterarm: Ulna rechts: die Circumferentia articularis ist pilzförmig ausgezogen. Der Diaphysendurchmesser ist vergleichsweise zur linken Ulna sehr groß. Radius rechts: die Incisura ulnaris ist sehr tief und der Diaphysendurchmesser ist

vergleichsweise zum linken Radius relativ groß. Die Durchmessergröße der rechten Unterarmknochen im Vergleich zu den linken Unterarmknochen deutet eher auf ein rechtshändiges Individuum hin.

Hand: Beidseitig: leichte Randleistenbildung.

Beckengürtel: Unvollständige Verschmelzung der Wirbelbögen des 5. Sakralwirbels. Ossa coxae beidseitig: poröse Oberfläche der cranialen Facies lunata (morphologisch ähnlich einer Cribra orbitalia).

Oberschenkel: Beidseitig: die mittige Diaphysenoberfläche ist ventral porös. Links: die Oberfläche des proximalen Diaphysenendes ist ventral porös.

Unterschenkel: Tibia beidseitig: die mediale und laterale Diaphysenoberfläche ist stark streifig: → Periostitis wahrscheinlich durch Überlastung (verheilt). Die Wadenbeine (Fibulae) besitzen beidseitig sehr breite Gelenkflächen und einen verbreiterten Malleolus lateralis. Die Kniescheiben (Patellae) besitzen beidseitig einen porösen Apex patellae.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia II.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 0.5, li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 0.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.0, li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.3, li 0.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.125, li Grad 0.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (Th1-Th9: BWZ 2.0-2.5, Th9-Th13: BWZ 2.5-3.0), LWS (Th13-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re 1.0-1.5, li 1.0), BWS (C7-Th8: BWZ re 1.0, li 1.0-2.0, Th10-Th11: re Grad I, li BWZ 1.0), LWS (Th13-L3: BWZ re 1.0, li 1.0-1.5, L3-L4: re BWZ 1.0, S1: re Grad I).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Steißbeins (Os coccygis).

Campus 50/10 24

A. Personalstatus

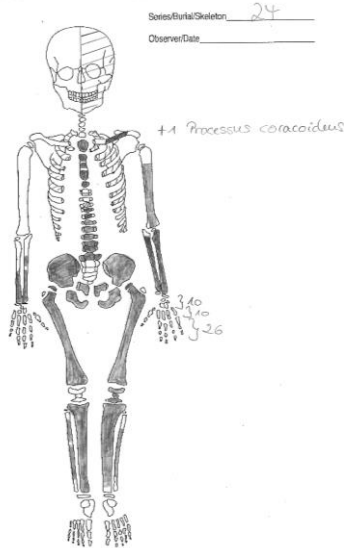
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es fehlen das Viscerocranium, eine Clavicula (nur ein unbestimmte Diaphyse), die Scapulae (nur ein Proc. coracoideus), Teile des Corpus sterni, Hals- und Brustwirbel, der rechte Humerus, Teile des Os sacrum, die Patellae und die Ossa pedis.

Alter: Infans I (6 Jahre ± 24 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Frau (♀))

JUVENILE SKELETON VISUAL RECORDING FORM
a. CHILD ANTERIOR VIEW



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis im Os frontale.

Augenhöhlenboden: Links: leicht porös.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris links: poröse Oberfläche mit knöchernen Auflagerungen: → Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Maxilla links: poröse Außenoberfläche.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Abszesse: Regionen 61 (Grad IV). Karies Zahn 75 (Grad IV). Transversale lineare Schmelzhypoplasien an den neuen Dauerincisivi (Grad III). Die Dauerincisivi tragen schon teile der Wurzeln, der 2. Prämolare steht in Okklusion und die Krone des 1 Molars ist bereits im Kiefer erkennbar.

II. Postcraniales Skelet

Wirbelsäule: Die Wirbelkörper der Lendenwirbel haben eine leicht poröse Oberfläche ringsherum.

Brustkorb: Raue und unruhige Oberfläche bei den meisten Rippen im sternalen Bereich auf der Außenseite.

Oberarm: Links: raue und unregelmäßige Oberfläche der Tuberositas deltoidea.

Unterarm: Ulna links: leicht geschwungene Diaphyse: → Rachitis. Leichte Ausziehung auf der Lateralseite im distalen Diaphysendrittel. Radius links: sehr stark mittig nach lateral gebogen: → Rachitis. Einkerbung (Enthesiopathie?) an der lateralen Seite mittig.

Beckengürtel: Ossa Ilii: raue Stelle medial an der Verschmelzungsstelle für die Hüftteile.

Oberschenkel: Beiderseits: stark nach anterior und lateral gebogene Diaphysenmitte: → Rachitis. Tuberositas glutaea stark unruhig und mit leicht ausgezogener Oberfläche. Der Collum ist rings herum mit einer porösen Oberfläche versehen.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Diaphysenmitte ist nach anterior und medial gebogen: → Rachitis. Fibulae beiderseits: die Diaphysenmitten sind gebogen: → Rachitis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Gebogene Langknochen durch Vitamin D-Mangel: → Rachitis.

Campus 50/10 25

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

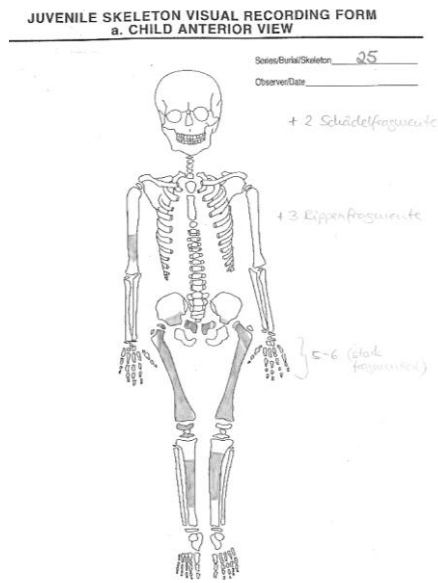
Repräsentanz: Es sind lediglich Teile des inneren Gehörgangs, kleine Fragmente des Neurocraniums, ein Teil einer Clavicula, 3 Rippenfragmente, 4 Phalangenfragmente, beide Os pubis, beide Diaphysen der Femora und Tibiae erhalten.

Oberflächen: Die Oberflächen sind stark degradiert.

Alter: Infans I (4 Jahre ± 12 Monate)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: Im Bereich des Schädels sind die Gehörgänge sehr stark mit Brushit bedeckt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne: Die Kronen der Dauerschneide- und Eckzähne sind angelegt. Die Milchprämolaren haben vollständige Wurzeln.

II. Postcraniales Skelet

Oberschenkel: Links: am oberen Diaphysendrittel auf der medialen Seite ist die Oberfläche porös: → V.a. Hämatom.

Campus 50/10 26

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

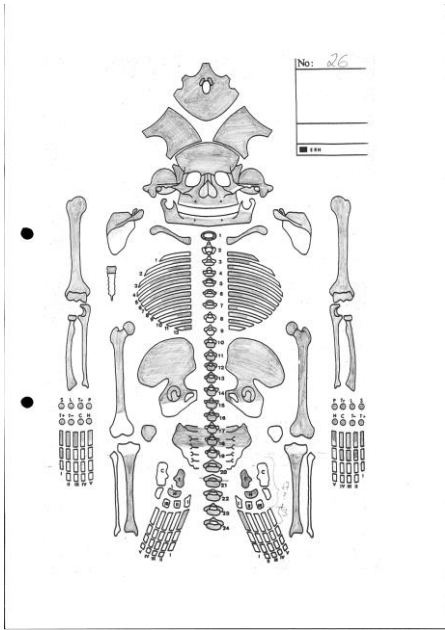
Repräsentanz: Beide Fibulae und die linke Patella fehlen. Einige Wirbel vor allem im Halsbereich fehlen. Restliche Wirbel schwarz verfärbt und teilweise fragmentiert. Im Fußbereich beiderseits liegen nur Talus, Os naviculare, Os metatarsale I und ein paar nicht zuordbare Fragmente vor.

Oberflächen: Stark durch Bodenerosion und Brushitbildung beschädigt. Daher nur eingeschränkt beurteilbar. Die Rippen sind im Bereich der Wirbelansatzstellen schwarz verfärbt. Tibiae beiderseits: stark erodiert. Rechte Patella stark erodiert.

Alter: Senil < (60 < Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Eine Extradfundtüte mit einem Keramik- und einem Glasfragment lagen der Archivkiste bei.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachaußenfläche: Leichte Eindellung der Lamina externa im hinteren Bereich der Sutura sagittalis (Traumageschehen?).

Schäeldachinnenfläche: Ungewöhnlich stark ausgeprägte und vollzählige Impressionen der Sulci arteriosi und der Äste der Arteria meningea media.

Schädelbasisaußenfläche: Links: Pars basilaris entzündlich, porös verändert. Ebenso wie linkes Felsenbein.

Augenhöhle: Das rechte Orbitadach ist porös (Cribra orbitalis I).

Nasenhöhle: Das Septum ist leicht nach rechts gebogen (evtl. postmortal geschehen).

Mittelgesichtsregion: Die rechte Jochbeinaußenfläche ist leicht porös.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: starke Parodontitis im gesamten Kiefer (nur die untersten Teile der Wurzelspitzen befinden sich noch im Kiefer); Abszesse: Regionen 22-23 und 43-44; intravitale Verluste: 12, 14-18, 22-28, 31-32, 34-38, 41-42, 44, 46-47. Karies Zahn 43 und 45 (VI). Kiefergelenkarthrose: re Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis.

Brustkorb: Eine obere rechte Rippe zeigt eine postmortale Schnittspur (evtl. bei Ausgrabung passiert). Das Manubrium zeigt links im Bereich der knorpeligen Verbindung zwischen 1. Rippe und Incisura costalis prima eine Verknöcherung (hohl, aufgebläht und zur Rippe hin arthritisch verändert) auf.

Schultergürtel: Clavicula beiderseits: Vertiefung an Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare, links tiefer als rechts. Facies articularis acromialis und Tuberculum conoideum arthritisch verändert. Deutlich ausgeprägte Ansatzstelle für Lig. trapezoideum. Scapula rechts: großräumige papyrusartige Auflagerung am Tuberculum supraglenoidale. Scapula links: Incisura scapulae zu Foramen suprascapularis umgebildet. Arthritische Randbildung an der Cavitas glenoidalis (mit zusätzlicher Bildung von Osteophyten caudal).

Oberarm: Beiderseits: Tuberositas deltoidea, Tuberculum majus und minus stark ausgeprägt. An der Crista tuberculi minoris zeigt sich eine entzündliche Reaktion an der Ansatzstelle des M. teres major, rechts stärker als links. Der linke Humerus ist 4 mm kürzer als der rechte.

Unterarm: Radii beiderseits: nach lateral gebogen, rechts stärker als links. Ulnae beiderseits: Tuberositas ulnae ausgezogen, rechts stärker als links.

Hand: Beiderseits: Ossa manus unvollständig vorhanden. Nur leichte Randbildung. Rechts: die Handwurzelknochen, vor allem Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Kopf- und Hakenbein, sehr groß im Vergleich zu links.

Beckengürtel: Os sacrum beidseitig: nur erster Sakralwirbel vorhanden. Facies auriculares leicht porös (entzündlich). Ossa coxae beiderseits: stark ausgeprägte Muskelansatzstellen. Facies lunata porös. Osteophytenartige Knochenneubildungen an der Tuberositas iliaca, links stärker als rechts.

Oberschenkel: Beiderseits: leichter Ansatz zur „Reiterfacette“. Relativ große Fovea. Trochanter major mit verknöcherten Weichgewebeansatzstellen. Allgemein starke Ausprägung der Muskelmarken. Streifige Oberfläche der Diaphysenmitte ventral, links stärker als rechts. Tiefe Einkerbung an der Muskelansatzstelle caudal des Trochanter major und ventral schräg über Trochanter minor (Ansatzstelle für Ligamentum iliofemorale).

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: relativ lange Knochen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Scapula links: Foramen suprascapularis.

Nasenseptumdeviation nach rechts (evtl. postmortal).

2. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthritis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0). Arthrosis: Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.2), Kniegelenk: Retropatellargelenk (re Grad I), unteres Sprunggelenk (re BWZ 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 1.5, li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re = li Grad I); Körpergelenke: BWS (Th1-Th5: BWZ 2.5, Th5-Th8: BWZ 2.0, Th8-Th12: BWZ 1.0-2.0), LWS (L3-S1: BWZ 1.5-2.0); Bogengelenke: BWS (Th1-Th12: BWZ re 1.0-2.0, li 0.5-1.0), LWS (L3-L5: BWZ re = li 1.0, L5-S1: re Grad I, li BWZ 1.0).

4. Traumata: Leichte Eindellung der Lamina externa im hinteren Bereich der Sutura sagittalis (Traumageschehen?).

Campus 50/10 29

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

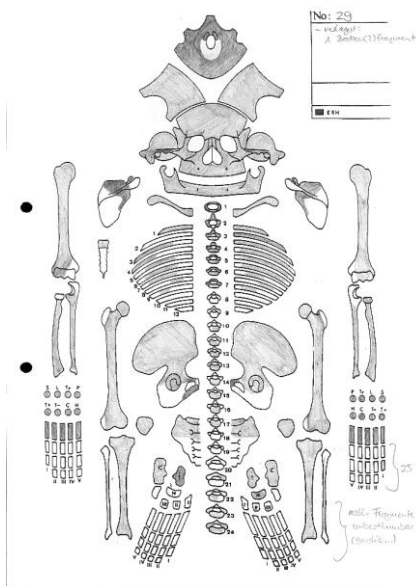
Repräsentanz: Die Wirbel sind nicht alle erhalten und fragmentiert. Im Bereich des Brustkorbes sind nur das Manubrium und einige wenige Rippen erhalten. Im Fußbereich sind nur wenige Fragmente erhalten.

Oberflächen: Die Oberflächen und Gelenke sind stark durch Bodenerosion verändert. Zusätzlich findet sich viel Brushit und Insektenhüllen. Ulnae sind beiderseits im Bereich der Oberflächen und der Gelenke stark erodiert. Beide Fibulae sind stark erodiert und nicht beurteilbar.

Alter: Matur (40 - 60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Einige der Mittelhandknochen und Phalangen sind infolge einer Metallimpregnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelaußenfläche: Lamina externa im Bereich der Ossa parietalia unregelmäßig. Allerdings ist durch die starke Bodenerosion keine Beurteilung möglich. Die supraorbitale Fläche ist beiderseits porös.

Schädelinnenfläche: Im linken Os parietale sind sehr viele Gefäßimpressionen sichtbar (evtl. durch ein epidurales Hämatom im hinteren Bereich des Os parietale). Mehrere große flache Impressionen im vorderen Bereich der Sutura sagittalis: → Foveolae granularis. Im Os frontale sind leichte Abdrücke des Sinus sagittalis sup. zu sehen.

Äußere Ohrregion: Der Rand des Meatus acusticus externus ist beiderseits entzündlich verändert.

Augenhöhle: Beiderseits: leicht porös: → Cribralia I.

Nasenhöhle: Die Nasenmuscheln sind beiderseits porös (entzündlich verändert).

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis im vorderen Bereich.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; Abszesse: Regionen 18 (Grad IV); intravitale Verluste: 16, 26, 34, 36, 44 und 46. Zahnstein kaum vorhanden. Karies Zahn 15, 17, 23-25, 37 und 48. Kiefergelenkarthrose: li Grad III. Zahn 13 ist noch vollständig im Kiefer. Er konnte durch seine Schiefstellung nicht durchbrechen. Die Krone des Zahns 38 befindet sich noch im Kiefer. Die Kronen der Zähne 35, 45 und 47 sind abgebrochen (wahrscheinlich postmortal).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis. Entzündliche Reaktion im Bereich der HWS auf der dorsalen Seite der Wirbelkörper.

Schultergürtel: Scapula rechts: Einbruch in die Cavitas glenoidalis (postmortal?). Links: tiefe ventrale Scapulafläche. Claviculae beiderseits: die sternale Endplatte ist teilweise entzündlich zerstört. Außerdem ist das Tuberculum conoideum sowie der dorsale und ventrale Rand des sternalen Gelenkes entzündlich verändert.

Oberarm: Beiderseits: leicht nach ventral gebogen. Rechts: Fossa olecrani porös (postmortal?). Knöchernen Auflagerung im Bereich der Tuberositas deltoidea. Links Foramen supratrochleare.

Unterarm: Radii beiderseits: leicht nach lateral gebogen. Rechts: leicht entzündliche Reaktion dorsal des distalen Gelenkes.

Beckengürtel: Os sacrum: S1 und S2 sind nicht vollständig mit einander verwachsen im Bereich der Wirbelkörper. Unvollständige Crista sacralis mediana. Ossa coxae beiderseits: sehr unruhige und tiefliegende Fossa acetabuli. Leicht poröse Oberfläche an cranialen Acetabulumrand. Links: Symphyse entzündlich verändert.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Oberfläche des Diaphysenschafes lateral und medial. Entzündliche Reaktion proximal der Facies patellaris und im Bereich der Facies poplitea. Links: Strukturauslöschung lateral der Facies patellaris.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Oberfläche des Diaphysenschafes lateral und medial, links stark ausgeprägt medial des proximalen Diaphysenende. Sehr unruhige Tuberositas tibiae. Links ca. 1 cm große Strukturauslöschung ventral des Condylus med. tibiae. Patellae beiderseits: stark erodierte Oberfläche. Links: ventrale Seite mit stark streifiger Oberfläche (postmortal?). Die Oberfläche des Apex patellae ist sehr porös.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Unvollständige Crista sacralis mediana. Humerus links Foramen supratrochleare.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad I, li BWZ 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad I), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 0.5], li Grad 0-I), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 0.8), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad I, li I-II) und Retropatellargelenk (re Grad I, li BWZ 2.5), oberes Sprunggelenk ([re BWZ 0.5, li Grad 0]), unteres Sprunggelenk (re Grad I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad I), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C3-C7: BWZ 2.0-2.5), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0, Th4-Th8: BWZ 2.5), LWS (L3-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (C2-C7: re Grad I, li BWZ 1.0-1.5), BWS (C7-Th1: re Grad I, li BWZ 1.0), LWS (L3: li Grad I; L5-S1: BWZ re 2.0, li 1.0).

4. Hinweis auf altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 30

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

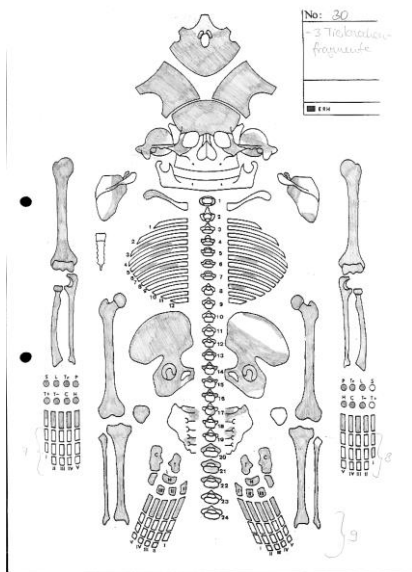
Repräsentanz: Weder Ober- noch Unterkiefer sind erhalten. Nur einzelne Zähne.

Oberflächen: Starke Bodenerosion und viel Brushitbildung. Durch starke Bodenerosion ist die Lamina externa nicht beurteilbar. Nur wenige stark fragmentierte Wirbel und kleine Rippenfragmente vorhanden. Weder Sternum noch Manubrium vorhanden. Nur acromiale Hälfte der rechten Clavicula vorhanden. Es ist nur ein kleines stark erodiertes Fragment des Os sacrum erhalten. Nur die rechte Patella ist erhalten.

Alter: Matur - senil (40 < Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Links: Stoffreste am Ramus inferior ossis pubis.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Über die Norm tiefe Gefäßimpressionen der Sulci arteriosi und der Äste der Arteria meningea media. Drei große flache Impressionen: → wahrscheinlich Foveolae granularis.

Schädelbasisaußenfläche: Durch starke Bodenerosion nur eingeschränkt beurteilbar. Sehr reliefreiches Planum nuchale: → stark ausgeprägte Muskulatur.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits relativ verzweigt.

Zähne: Wenig Zahnstein generalisiert. Eine Transversale lineare Schmelzhypoplasie (Grad II) an den Zähnen 11 und 21. Fissurenkaries und Loch durch Karies (III) in einem der oberen Schneidezähne

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Scapula beiderseits: sehr reliefreiche Oberfläche des Acromions. Rechts: tiefe Einkerbung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Humerus beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas deltoidea und Tuberculum minus, rechts deutlicher ausgeprägt als links.

Unterarm: Radii beiderseits: leicht nach lateral gebogen. Ulna rechts: streifige Oberfläche und leichte Osteophytenbildung am Olecranon. Großer Processus styloideus.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: sehr tiefe und mit Einkerbungen versehene Fossa acetabuli. Rechts: tiefe Impression in der cranialen Facies lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: tiefe Einkerbung an der Muskelansatzstelle caudal des Trochanter major und ventral schräg über Trochanter minor (Ansatzstelle für Ligamentum iliofemorale), rechts stärker als links. Rechts: streifige Knochenauflagerung auf der Ventralseite der unteren Diaphysenhälfte: → knöchern umgebaut subperiostales Hämatom. Caput femoris auf der Dorsalseite ausgezogen (ähnlich einer „Reiterfacette“). Links: untere Diaphysenhälfte ventral streifig.

Unterschenkel: Tibia beiderseits: Ränder der Incisura fibularis arthritisch ausgezogen. Proximale Ansatzstelle für Fibulae arthritisch verändert. Streifige Oberfläche auf der medialen Diaphysenseite. Der rechte Apex patellae ist porös und die ventrale Oberfläche weist streifige Osteophyten auf. Fibula rechts: Fossa malleoli lateralis mit arthritisch entstandenen Osteophyten. Das gesamte distale Gelenk zeigt mehrere kleine arthritisch entstandene Osteophyten. Die proximale

Ansatzstelle für die Tibia ist arthritisch verändert. Links: das distale Gelenk zeigt leichte entzündliche Oberflächenveränderungen.

Fuß: Leichte Randbildung an den Fußknochen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk ([re BWZ 1.0]), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.75, [li 0.5]), oberes Handgelenk (re BWZ 1.0, [li 1.0]), Hüftgelenk (BWZ re 2.5, li 1.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.0) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.0, li Grad I), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.1).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (zwei aufeinander folgende Thorakalwirbel: BWZ 2.0); Bogengelenke: BWS (zwei aufeinander folgende Thorakalwirbel: BWZ re = li 1.0), LWS (S1: re = li Grad I).

Campus 50/10 31

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

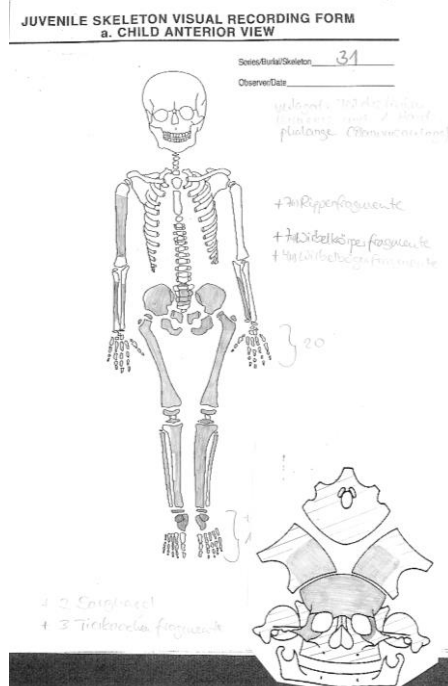
Repräsentanz: Es fehlen die Claviculae, Scapulae, Manubrium, Corpus sterni, eine Ulna, Cervical- und Thorakalwirbel, einen Großteil der Lumbal- und Sakralwirbel, beide Patellae und viele Hand- und Fußknochen. Es sind nur wenige Rippen erhalten. Die Epiphysen sind nicht angeschlossen.

Oberflächen: Die Diaphysenoberflächen sind meist stark degradiert. Die Rippen sind stark degradiert.

Alter: Infans I (5 Jahre ± 16 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)

Besonderheiten: Extrafundtüte mit stark degradierten Knochenfragmenten und einem verrosteten Nagel.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Tiefe Foveolae granularis im Os frontale. Die Lamina interna des Os frontale und der Ossa parietalia im Bereich der Sutura sagittalis ist sehr unregelmäßig und mit großflächigen Mulden versehen: → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: leicht poröse Oberfläche.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: leichte Parodontitis. Die Milchzähne sind erhalten und die Dauerincisivi tragen bereits minimale Wurzelansätze.

II. Postcraniales Skelet

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche medial. Fibulae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche.

Campus 50/10 32

A. Personalstatus

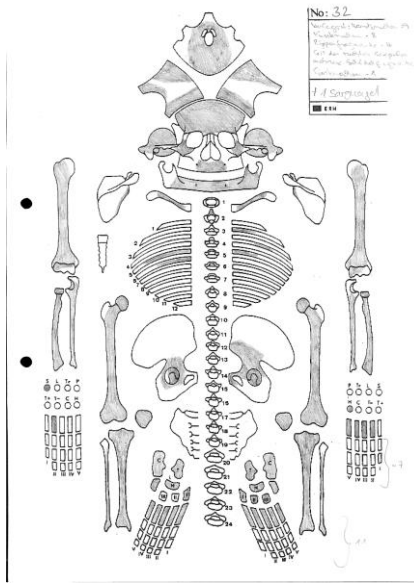
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es sind weder Wirbel, Scapulae, Manubrium oder Corpus sterni erhalten. Nur wenige Rippenfragmente sind erhalten. Nur einige wenige Handwurzel- und Handkochen vorhanden.

Oberflächen: Starke Bodenerosion und Fragmentation lassen nur beschränkte Beurteilung zu. Die proximalen Gelenke beider Humeri sind sehr stark erodiert. Die Ulnae sind beiderseits stark erodiert. Die Ossa coxae sind stark durch Bodenerosion beeinflusst.

Alter: Adult (23-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Impressionen (Foveolae granularis) durch Pacchionische Granulationen. Beidseitig in den Ossa parietalia kurze, tiefe Gefäßimpressionen der Äste der A. meningea media.

Schädelbasisaußenfläche: Die Lamina externa ist stark erodiert, lässt aber ein deutlich ausgeprägtes Relief im Bereich des Planum nuchale erahnen.

Warzenfortsatzzellen: Der Processus mastoideus ist beiderseits abgebrochen, zeigt aber große Hohlräume (Pneumatisation).

Augenhöhlerdach: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

Nasenbenhöhlen: Der rechte Sinus frontalis ist groß. Der linke Sinus maxillaris zeigt Gefäßimpressionen, zusätzliche Vertiefungen und knöcherne Auflagerungen: → Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Jochbeinaußenfläche beiderseits: poröse, entzündliche Oberfläche.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose hintere Regionen; Parodontitis vordere Regionen; intravitale Verluste. Zahnstein leicht generalisiert. Starke Karies an allen Zähnen außer 31-33 und 41-43. Starke Entzündung des Oberkieferknochens im Bereich 24-26.

II. Postcraniales Skelett

Brustkorb: Entzündlich veränderte ventrale Oberfläche am sternalen Ende.

Schultergürtel: Clavicula links: dem Tuberculum conoideum auf der Ventralseite gegenüberliegend ist der Knochen ausgezogen wie bei einer beanspruchten Muskelmarke.

Oberarm: Beiderseits: knöcherne Auflagerungen auf der Crista tuberculi minoris. Entzündliche Spuren an der Tuberositas deltoidea. Foramen supratrochleare beiderseits.

Unterarm: Radii beiderseits: entzündliche Oberflächenveränderungen der Tuberositas radii und cranial der Incisura ulnaris.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: keinen Höhenunterschied zwischen Facies lunata und Fossa acetabuli.

Oberschenkel: Beiderseits: entzündliche Vertiefung an der ventralen Seite, direkt caudal des Caput femoris. Entzündliche Veränderung der Linea intertrochanterica, rechts stärker als links, mit Ausziehung am cranialen Ende, nur rechts. Streifige Diaphysenoberfläche ventral. Rechts: entzündliche Veränderung der Facies poplitea.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: entzündliche Oberflächenveränderungen an Tuberositas tibiae, an der medialen Seite des Malleolus medialis, den Rändern der Incisura fibularis und der Area intercondylaris anterior, links stärker als rechts. Patellae

beiderseits: poröser Apex patellae. Fibulae beiderseits: Diaphysenmitte sehr stark nach dorsal gebogen. Überall an beiden distalen Gelenken finden sich entzündliche Oberflächenveränderungen. Rechts: das distale Gelenk zur Tibia ist breiter als das linke.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen zwischen Sutura sagittalis und Sutura lambdoidea.

Foramen supratrochleare beiderseits.

2. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia II.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re Grad 0-I, [li BWZ 0.5]), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 1.0]), oberes Handgelenk (BWZ re 0.5, li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re = li Grad 0]) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.0, li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.75, li 0.9).

Campus 50/10 33

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

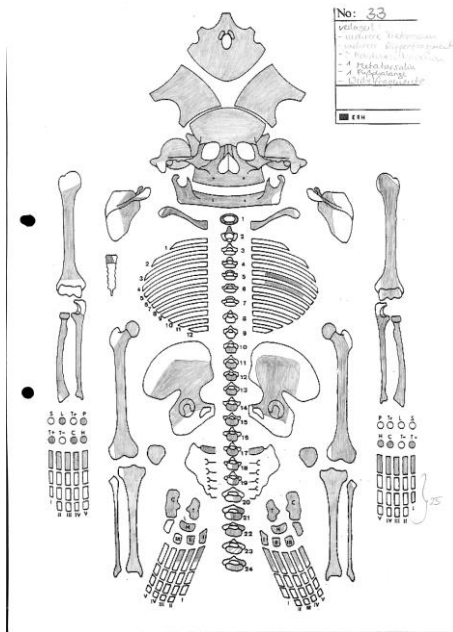
Repräsentanz: Das Os sacrum und der Corpus sterni sind nicht erhalten. Das Manubrium und die Rippen liegen nur in kleinen Fragmenten vor.

Oberflächen: Starke Bodenerosion und Brushitbildung. Starke Erosion der Lamina externa im hinteren Bereich der Ossa parietalia und des Os occipitale. Die Schädelbasisaußenfläche ist stark erodiert.

Alter: Früh- bis mitteladult (20-30 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Einige der Mittelhandknochen und Phalangen sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrmalige poröse Oberflächen im Bereich des Os frontale und des Sulcus sinus sagittalis mit von der Norm abweichenden Gefäßimpressionen: → epidurale Hämatome (Zeichen des beginnenden Abbaus).

Schädelbasisaußenfläche: Zapfenartig ausgezogene Protuberantia occipitale externa.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus ist entzündlich verändert.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis im vorderen Gaumenbereich.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose im gesamten Unterkiefer; Parodontitis im gesamten Oberkiefer; intravitale Verluste: 16. Leichter Zahnstein generalisiert. Durch Karies Zahnkrone völlig zerstört bei Zahn 17, 26, 36 und 37 (Grad VI). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Es ist noch ein deutlicher Spalt zwischen Grund- bzw. Deckplatten und Wirbelkörpern angedeutet. Im oberen Thorakalbereich ist eine leichte Rechtskrümmung sichtbar: → leichte Skoliose. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 5., 6., 8., 9. und 12. Thorakalwirbels und in die Grundplatten des 4.-8. Thorakalwirbels. Keilform des 4. Thorakalwirbels: → V.a. Morbus Scheuermann.

Schultergürtel: Clavicula rechts: die Deckplatte der Facies articularis sternalis ist noch nicht vollständig verwachsen. Links: Die Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare ist arthrotisch verändert.

Oberarm: Beiderseits: die venteromediale Ansatzstelle der Gelenkkapseln sind durch Entzündungsspuren gekennzeichnet.

Unterarm: Ulnae beiderseits: großer Processus styloideus. Spalt am distalen Gelenk (ehemalige Epiphysenfuge) rund herum noch deutlich sichtbar. Radii beiderseits: Ehemalige Epiphysenfuge noch deutlich ventral und medial am distalen Gelenk sichtbar. Links: caudal der Trochanter minor ist deutlich ein ehemaliger Spalt sichtbar (Trauma?).

Beckengürtel: Beiderseits: stark erodiert. Große Acetabuli mit porösen Stellen in den Facies lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche rund herum und tiefe Fovea. Links: entzündliche Reaktion des Knochenmaterials caudal des Caput femoris (venteromedial) – deutliche trabekuläre Anordnung sichtbar.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche, vor allem lateral. Streifige Tuberositas tibiae und kleiner Osteophyt an der Facies articularis fibularis. Patellae beiderseits: Facies articularis med. kleiner und weiter caudal als Facies articularis lat. Poröse Stellen auf der Ventralseite. Fibulae beiderseits: erodierte Diaphysenoberfläche. Randbildung cranial der Facies articularis malleoli.

Fuß: Links: craniale Oberfläche des Os naviculare ist porös (entzündlich verändert).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Die ehemaligen Epiphysenfugen sind an einigen Gelenken noch deutlich sichtbar obwohl ein Großteil der Sutura sagittalis bereits verknöchert ist.

Verdacht auf Morbus Scheuermann.

2. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([re Grad I], li BWZ 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad I, [li BWZ 0.5]), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re 0.0, li 0.5]), oberes Handgelenk (re Grad I, li BWZ 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.75, li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad 0-I, [li BWZ 1.0]) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (li Grad I), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: BWS (Th2-Th12: BWZ 2.0-3.0), LWS (L2-L4: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: LWS (L2: li Grad I; L4-L4: li BWZ 1.0).

Campus 50/10 34

A. Personalstatus

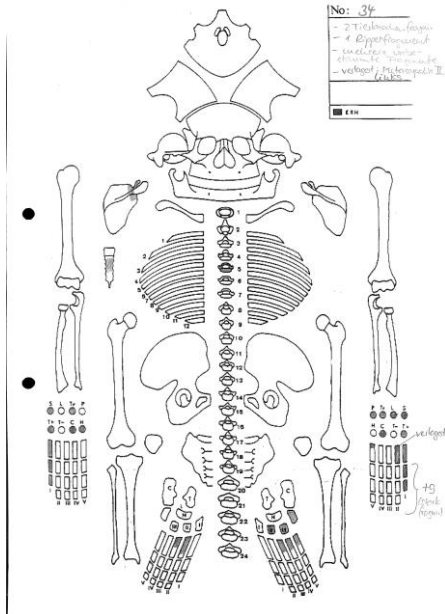
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es ist ein Fragment der rechten Scapula, einige Rippenfragmente, das Corpus sterni, 1 Halswirbel, etliche Hand- und Fußknochen vorhanden. Außerdem sind viele kleine Knochenfragmente mit unklarer Zuordnung vorhanden.

Oberflächen: Die Knochenfragmente sind degradiert.

Alter: Erwachsener

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelet

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis.

Brustkorb: Die Knorpel am Corpus sterni zu den Rippen haben begonnen knöchern umgebaut zu werden.

Schultergürtel: Die rechte Cavitas glenoidalis ist arthrotisch verändert und auf der Processus coracoideus sind deutliche Muskelansatzstellen sichtbar.

Hand: Deutliche Randbildung an den Gelenken.

Fuß: Deutliche Randbildung an den Gelenken.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Schultergelenk (re Grad III), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrose: Körpergelenke: HWS (C7: Grad IV); Bogengelenke: HWS (C7: re Grad III, li III-IV).

Campus 50/10 35

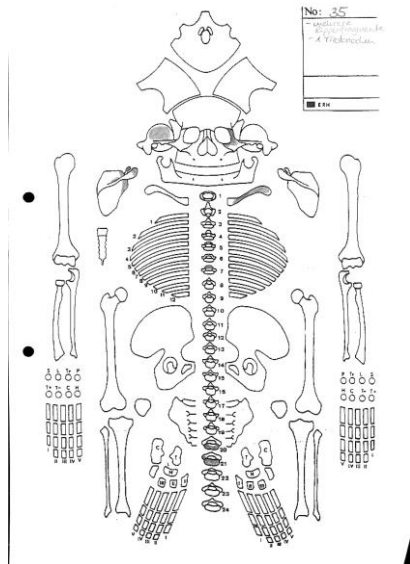
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es sind vom Schädel nur ein Teil des Os temporale und das linke Os zygomaticum erhalten. Von der linken Clavicula ist die Diaphyse erhalten und von den Scapulae der linke Processus coracoideus und die rechte Cavitas glenoidalis. Von den Rippen sind nur wenige Fragmente erhalten und zwei Brustwirbelkörper. Außerdem sind noch einige kleine, unbestimmte, stark degradierte Knochenfragmente vorhanden.

Alter: Erwachsen (30-60 Jahre)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Auf der Lamina interna des Os temporale ist eine Gefäßimpression zu erkennen.

II. Postcraniales Skelet

Wirbelsäule: Randbildung an den beiden Brustwirbeln.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Schultergelenk (re Grad II-III).

Campus 50/10 36

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

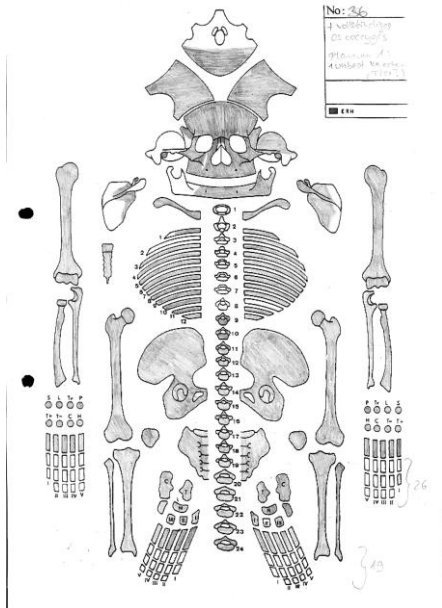
Repräsentanz: Vollständig

Oberflächen: Nur leichte Erosionsspuren am postcraniales Skelett. Allerdings starke Erosion an Teilen der Lamina externa und interna. Starke Erosion der Lamina externa der hinteren Ossa parietalia und des Os occipitale. Starke Erosion der Lamina interna der hinteren Ossa parietalia und des Os occipitale mit massiver Brushitbildung.

Alter: Spätadult (35-40 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Extrafundtüte mit einem Knochenfragment. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäfeldachinnenfläche: Mehrere kleine von der Norm abweichende Gefäßimpressionen vor allem im Os frontale. Außerdem lassen sich zwei Foveolae granularis im linken Os parietale und zwei große flache Impressionen im rechten Os parietale finden.

Augenhöhle: Beiderseits: die Knochenoberfläche leicht porös, Cribra orbitalia I.

Augenhöhlenboden: Der linke Orbitaboden ist porös, wahrscheinlich Erosion.

Nasenbenhöhle: Der rechte Sinus maxillaris zeigt eine leicht poröse Oberfläche, allerdings unklar ob durch Entzündung oder Erosion.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis im ganzen Kieferraum, aber vor allem im Oberkiefer; intravitale Verluste: 17-18, 28, 36-37. Der Knochen im Bereich des Zahns 28 ist abnormal gewuchert. Karies Zähne 14, 26-27 (Grad V) und Zähne 23, 38 (Grad VI).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Einbruch eines SCHMORLschen Knorpelknötchens in die Grundplatte des 4. Thorakalwirbels.

Brustkorb: Das Manubrium der Corpus sterni sind relativ breit für ein weibliches Individuum. Der Corpus sterni ist zudem sehr kurz und zeigt einen Teil des verknöcherten und angeschlossenen Processus xiphoideus. Die Rippen weisen am sternalen Ende noch eine offene Gelenkfläche auf.

Schultergürtel: Die linke Scapula zeigt auf der caudalen Fläche des Acromions entzündliche Spuren auf.

Oberarm: Beiderseits: leicht entzündliche Spuren an der Ansatzstelle der proximalen Gelenkkapsel caudal des Caput humeri und des Tuberculum minus.

Unterarm: Ulna beiderseits: caudal der Incisura radialis finden sich entzündliche Spuren. Rechts: entzündlich verändertes Olecranon. Die Incisura radialis ist kaum ausgeprägt. Radii beiderseits: proximale des Processus styloideus leicht entzündliche Veränderung.

Hand: Das linke Kahnbein zeigt entzündliche Spuren neben der Gelenkfläche des proximalen Handgelenkes.

Beckengürtel: Os sacrum: vollständige Spina bifida. Ossa Coxa beiderseits: auf der Ventralseite des Ramus inferior in Höhe der Symphyse deutliche entzündliche Spuren mit Strukturauflösung. Tuberositas iliaca und Facies auriculares weisen eine

mehr als unruhige Oberfläche mit Knochenauszügen auf. Die Spina ischiadica ist entzündlich porös. Rechts: längliche Impression in der Facies lunata parallel zum caudalen Acetabulumrand. Links: kreisförmige Impression in der Facies lunata im cranialen Bereich.

Oberschenkel: Beiderseits: leicht streifige Diaphysenoberfläche rundherum. Leichte entzündliche Veränderung cranial der Facies patellaris. Entzündliche Veränderung im Bereich der Facies poplitea mit kirschgroßer flacher Knochenneubildung. Direkt caudal des Caput femoris zeigen sich auf der Ventralseite leichte Entzündungsspuren.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: entzündliche Stellen lateral der Tuberositas tibiae. Patellae beiderseits: poröser Apex patellae. Fibulae beiderseits: sehr kleines (gestaucht wirkendes) proximales Gelenk.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes: Spina bifida.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 0.0, li 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad I, [li BWZ 0.5]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 0.4, li 0.8) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.7, li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.6, li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th2-Th8: BWZ 1.5, Th8-Th12: BWZ 2.0-2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 1.0-2.0); Bogengelenke: BWS (Th2-Th10: BWZ re = li 1.0, Th10-Th12: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0, li 1.0-1.5).

4. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Steißbeins (Os coccygis).

Campus 50/10 37

A. Personalstatus

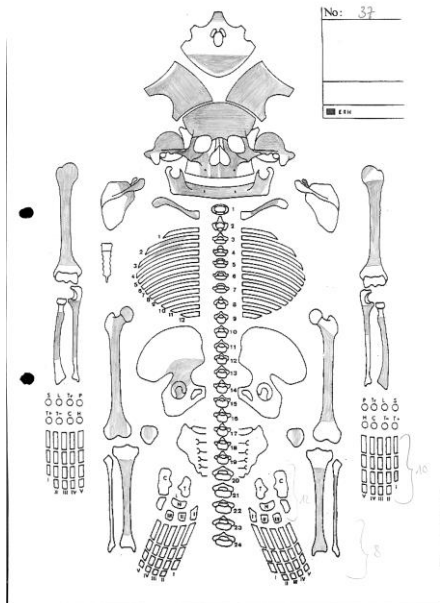
Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Es sind keine Wirbel erhalten. Es sind nur zwei Rippenfragmente erhalten. Weder das Manubrium noch der Corpus sterni ist erhalten. Die Handwurzelknochen fehlen. Von den restlichen Handknochen sind nur wenige erhalten. Nur ein kleines Fragment des Acetabulum der rechten Os coxa ist erhalten. Das Os sacrum ist nicht erhalten. Patellae beiderseits fehlen. Nur ein Fibulafragment ist erhalten: Seitenzugehörigkeit unklar. Nur wenige Fußknochen sind erhalten.

Oberflächen: Sehr starke Bodenerosion am ganzen Skelett. Die Femora zeigen beide Brushitbildung.

Alter: Mittel- bis spätadult (30-40 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachinnenfläche: Zwei tiefe Foveolae granularis im linken Os parietale und mehrere kleine Impressionen in der Lamina interna. Im linken Bereich des Os frontale finden sich zwei Stellen an denen die Lamina interna prä-mortale zerstört wurde und die trabekuläre Anordnung der Diploe deutlich sichtbar ist.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis (Regionen 11-13, 21-23, 31-33 und 41-43); Parodontose (im Bereich der Prämolaren und Molaren in allen vier Quadranten); Leicht Zahnstein generalisiert. Karies Zahn 16, 17 und 26 (Grad III).

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Clavicula rechts: die Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare ist deutlich erkennbar (allerdings ohne Einkerbung). Scapula rechts: unregelmäßige Fläche der Cavitas glenoidalis im ventralen Bereich (könnte auch durch Bodenerosion entstanden sein).

Oberarm: Beiderseits: in der Diaphysenmitte stark nach ventral gebogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([re BWZ 1.5]), Hüftgelenk ([re Grad I]), oberes Sprunggelenk ([re Grad I]).

Campus 50/10 38

A. Personalstatus

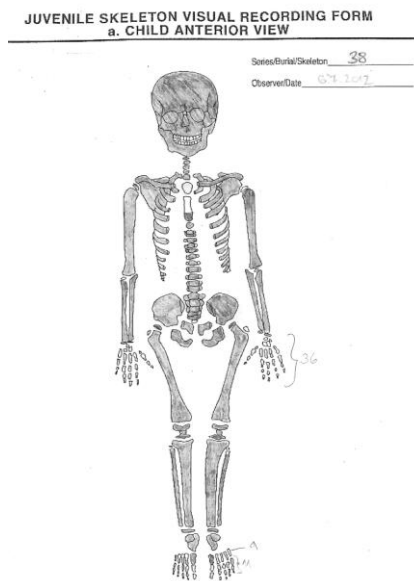
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Die Epiphysen sind nicht angeschlossen und fehlen meist. Das Manubrium sowie ein Großteil der Corpus sterni und beide Patellae fehlen.

Alter: Infans II (8 Jahre ± 24 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Tendenz Mann (♂>♀))

Besonderheiten: Der Schädel ist gebrochen, es liegen aber alle Teile vor. Der Schädel ist durch die Lagerung seitlich etwas gedrückt, allerdings kann das nicht alle Deformationen am Schädel erklären (. Mehrere Knochenelemente (Extremitas acromialis rechts, im Gelenksbereich der rechten Scapula, prox. Diaphysenende der linken Ulna und des linken Radius anterior, beiderseits untere Rippen, rechte Femurdiaphysenmitte ant.) sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis im Os frontale und Impressionen der Arteria meningea media beiderseits in den Ossa parietalia.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. links: Impressiones digitatae (rechts nur minimal): → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: Knöcherne Neubildungen: → Chronische Entzündung. Die Oberfläche des Bereich des Suprameatal triangle ist porös gestaltet.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus beiderseits: nicht pneumatisiert.

Äußere Ohrregion: Mittelohrentzündung (Otitis media) – Knochenneubildung.

Augenhöhlerdach: Rechts: minimal porös.

Augenhöhlenboden: Beiderseits: minimal porös

Nasenhöhle: Die Oberfläche der Nasenmuscheln ist stark porös.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris links: poröse Oberfläche und knöcherne Auflagerung: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Der Gaumen ist unsymmetrisch geformt. Die rechte Hälfte ist auffällig kleiner und schmaler als die linke. Dadurch entsteht eine Deformation den ganzen Viscerocraniums. Stomatitis und Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich. Karies Zahn 46 (Grad V). Sehr starke (transversale) lineare Schmelzhypoplasien an allen Zähnen (Grad V) - Amelogenesis imperfecta.

Kiefergelenkarthrose: re = li (Grad II). Der Unterkiefer ist unnatürlich schmal, kleiner Winkel. Die rechte Seite des Oberkiefer und damit in Verbindung stehend die ganze rechte Gesichtshälfte ist wesentlich schmaler ausgebildet als die linke.

II. Postcraniales Skelet

Wirbelsäule: Der Dens axis ist teilweise gespalten. Die Wirbelkörperaußenflächen im Bereich der unteren Brustwirbelsäule sind porös.

Brustkorb: Nahe Art. costovertebralis finden sich Weichgewebeereste und Brushit an vielen Rippen. Zweite Rippe rechts hat sternal am Ansatz des Mm. intercostales externi eine sehr raue Oberfläche.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: poröse Oberfläche innen der Extremitas sternalis. Rechts: leichte Vertiefung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die rechte Scapula ist etwas schmaler und länger als die linke.

Oberarm: Beiderseits: kleinere Einkerbung medial der Crista tuberculi majoris (Enthesiopathie). Poröse Oberfläche des Collum anatomicum rings herum.

Unterarm: Ulna links: die Oberfläche rings um das distale Diaphysenende ist porös. Radii beiderseits: die Oberfläche rings um das distale Diaphysenende ist porös.

Beckengürtel: Die Sakralwirbel sind nicht mit einander verwachsen und die Wirbelbögen sind im Bereich der Crista sacralis mediana noch offen. Die Oberfläche dorsal der Facies auriculares ist beiderseits porös gestaltet.

Oberschenkel: Beiderseits: unruhige Oberfläche der Tuberositas glutea (rechts fast vollständig durch Degradierung verdeckt). Die Oberfläche des Collum ist porös.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Oberfläche caudal des Condylus medialis ist auf der Medialseite porös gestaltet. Fibulae beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist ringsherum porös gestaltet.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten / Entwicklungsstörungen des Skelettes:

Amelogenesis imperfecta (starke Schmelzhypoplasien an allen Zähnen).

Die rechte Gesichtshälfte ist wesentlich schmaler als die linke ausgebildet: → das Gesicht ist deformiert durch die stark von der Symmetrie abweichenden Gesichtshälften.

2. Mangelkrankungen: Die porösen Stellen an den Diaphysenenden und im Bereich der Maxilla deuten auf Skorbut hin.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Hüftgelenk (BWZ re = li 0.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad 0) und Retropatellargelenk ([re = li Grad 0]), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.0), unteres Sprunggelenk (re Grad 0, [li BWZ 0.5]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrose: oberes Kopfgelenk (BWZ re 0.0, li Grad I), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 0.0), BWS (C7-Th12: BWZ 0.0), LWS (Th12-S1: BWZ 0.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 1.0, li 3.0; C3-C5: BWZ re 0.5-1.0, li 0.0-0.5; C5-C7: BWZ re = li 0.0), BWS (C7-Th1: BWZ re = li 0.0; Th1-Th11: BWZ re = li 0.0; Th11-Th12: BWZ re 0.0, li 0.5), LWS (Th12-L2: BWZ re = li 0.0; L2-S2: BWZ re = li 0.0-0.5).

Campus 50/10 39

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

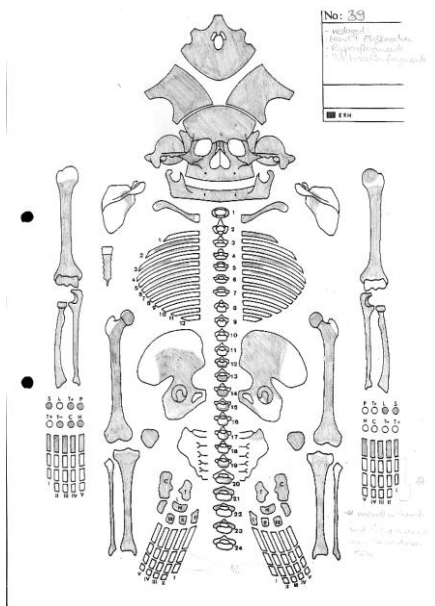
Repräsentanz: Nur wenige und stark fragmentierte Wirbel sind erhalten. Nur fragmentierte Rippen sind erhalten. Das Manubrium fehlt. Der Corpus sterni ist mit dem verwachsenen zweistrahligen Processus xiphoideus erhalten. Von den Scapulae sind nur Teilfragmente erhalten. Nicht alle Handknochen sind erhalten. Nur ein kleines Fragment der linken Facies auriculares des Os sacrum ist erhalten.

Oberflächen: Starke Bodenerosion am ganzen Skelett. Hintere Ossa parietalia und Os occipitale der Lamina externa stark erodiert. Die Oberfläche der Schädelbasisaußenfläche ist stark erodiert. Die Armknochen weisen zusätzlich Brushitbildung auf, welche keine Beurteilung (vor allem der Gelenke) zulässt.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte mit Rippenfragmenten enthält auch einen Tierknochen. Die Knochen haben alle einen sehr großen Durchmesser.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Tiefe Impressionen in der Lamina interna durch Foveolae granularis und Gefäßimpressionen. Im Bereich der hinteren Sutura sagittalis ist die Oberfläche rau und narbig.

Schädelbasisaußenfläche: Der Processus occipitale externa ist deutlich ausgezogen.

Nasenhöhle: Das Septum ist nach rechts gebogen, wahrscheinlich postmortal.

Harter Gaumen: Massive Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose im hinteren Kieferbereich; Parodontitis im vorderen Kieferbereich; Abszesse: Regionen 44 (Grad III); intravitale Verluste: 14-16, 24-28, 35-37, 44-47. Leichter Zahnstein generalisiert. 22 fehlt und 23 ist abgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Clavicula beiderseits: von der Norm abweichend breiter Durchmesser. Rechts: Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare erkennbar. Links: nur Diaphysenmitte erhalten.

Oberarm: Beiderseits: stark ausgebildete Tuberositas deltoidea.

Unterarm: Ungewöhnlich breite Unterarmknochen. Radius rechts: entzündliche Strukturauslöschung dorsal direkt distal des Caput radii.

Hand: Sehr große Handwurzelknochen.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: die Facies lunata ist porös. Knochenneubildungen am dorsalen Ende der Linea arcuata.

Oberschenkel: Beiderseits: ausgeprägte Linea intertrochanterica und streifige ventrale Diaphysenmitte. Rechts: der Winkel des Femurkopfes erscheint relativ gering.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: stark ausgezogene Tuberositas tibiae. Fibulae beiderseits: sehr breite Knochen. Patella rechts: an der Facies patellae med. leichte Randbildung. Osteophytenbildung medial am Apex patellae. Links: entzündliche Oberfläche und Randveränderung an der Facies patellae med. Der Apex patellae ist entzündlich verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Die Knochen haben alle einen sehr großen Durchmesser.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Handgelenk ([li Grad I]), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.75), Kniegelenk: Retropatellargelenk (re = li Grad I-II), oberes Sprunggelenk ([BWZ re 0.75, li 1.0]), unteres Sprunggelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th9-Th10: BWZ 2.0); Bogengelenke: LWS (L2-L4: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0).

Campus 50/10 40

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

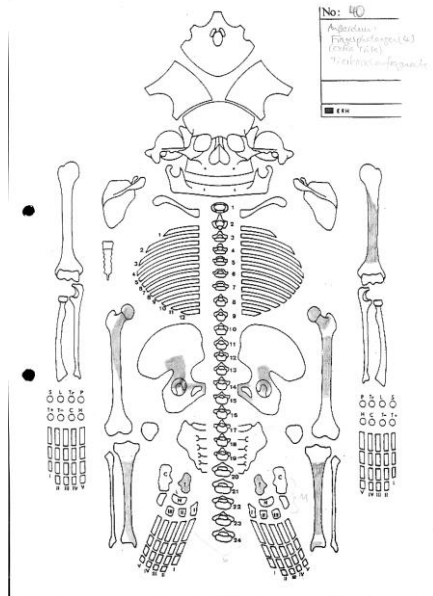
Repräsentanz: Das Cranium, die Wirbelsäule, der Schultergürtel, das Os sacrum, die Fibulae und der Brustkorb sind nicht erhalten. Nur Diaphysenmitte des linken Humeri erhalten. Nur wenige Phalangenfragmente erhalten. Es sind Fragmente beider Acetabuli und Symphysen erhalten. Neben den beiden Tali nur wenige Fußknochen erhalten.

Oberflächen: Die restlichen Knochen des postcranialen Skelettes sind sehr stark erodiert.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Tendenz weiblich

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte mit „unbestimmten“ Knochen erhält wahrscheinlich Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Beckengürtel: Die rechte Facies lunata zeigt arthritische Oberflächenveränderungen.

Oberschenkel: Beiderseits: Reste der erhaltenen Oberflächen zeigen Entzündungsreaktionen. Rechts: massiver Knochenaufbau an der proximalen Diaphyse sichtbar: → Osteitis, Osteomyelitis nach Fraktur.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Diaphysen und distale Gelenk erhalten. Rechts: mediale Seite des Malleolus medialis entzündlich verändert. Links: medial der distale Diaphyse entzündlich verändert. Patellae beiderseits: Facies patellae lat. entzündlich verändert, rechts stärker als links mit zusätzlich eburnisierten Stellen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Infektionskrankheiten: Femur rechts: massiver Knochenaufbau an der proximalen Diaphyse sichtbar: → Osteitis, Osteomyelitis.

Campus 50/10 41

A. Personalstatus

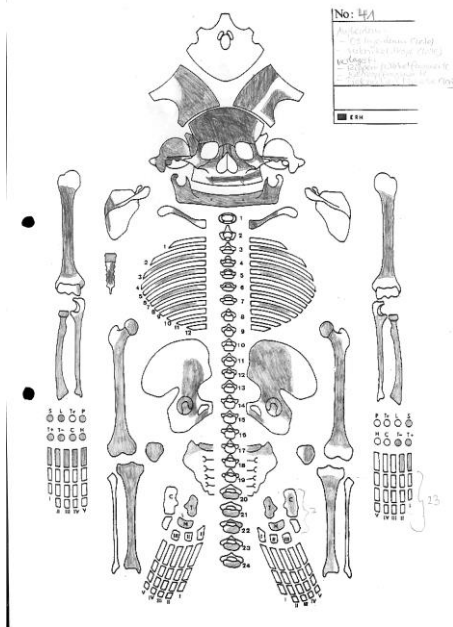
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur wenige Wirbelfragmente erhalten. Es ist ein Fragment des Manubriums und des Corpus sterni mit Processus xiphoideus erhalten. Nur wenige Rippenfragmente erhalten. Es fehlen einige Handwurzel- und Handknochen. Es fehlen alle Ossa metatarsalia und Phalangen.

Oberflächen: Die Oberflächen und Gelenke sind durch Bodenerosion betroffen. Die Oberflächen beider Ulnae und des rechten Radius sind stark erodiert. Die Oberfläche der linken Patella ist stark erodiert.

Alter: Spät matur bis früh senil (60±7 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Poröse, wie „weggefressene“ Stellen an den großen Keilbeinflügeln. Der Schädel ist groß und rund, statt langgestreckt.

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale befinden sich viele, tiefe entzündliche Vertiefungen: → Foveolae granularis mit entzündlichen Oberflächenveränderungen bereits vernarbt. Außerdem sind in den Ossa parietalia Spuren von epiduralen Hämatomen und viele Gefäßimpressionen sichtbar.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. links: dorsal, lateral poröse Oberfläche. Fossa cranii med. links: ventral, lateral poröse Oberfläche.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus links: entzündliche Ränder.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Mittelgesichtsregion: Jochbeinaußenflächen beiderseits entzündliche bzw. narbige Oberfläche.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; Abszesse: Regionen 43 (Grad III); intravitale Verluste: 11-18, 31-38, 41 und 42 (erst kurz vor dem Tod); entzündlicher Prozess Region 34-35. Leichter Zahnstein generalisiert. Karies Zahn 27 (Grad II) sowie 23, 28 und 43 (VI). Kiefergelenkarthrose: re Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis.

Brustkorb: Die Übergänge zwischen Manubrium und ersten Rippenpaar ist verknöchert (Struktur aufgebläht und hohl).

Schultergürtel: Clavicula rechts: entzündlich veränderte Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare. Facies sternalis zeigt pfefferkorngroße Impression (Abszess). Links: ausgeprägte Ansatzstelle für Ligamentum costoclaviculare. Von der rechten Scapula ist nur ein Fragment erhalten.

Oberarm: Beiderseits: stark erodierte Oberfläche. Gelenke fehlen.

Unterarm: Ulnae rechts: im distalen Diaphysendrittel Verdickung des Schaftes.

Beckengürtel: Nur S1 vom Os sacrum erhalten. Facies auriculares beiderseits entzündlich verändert. Ossa coxae beiderseits: große Acetabuli. Poröse Stelle in der Facies lunata. Links: Knochenauszüge (Muskelansatzstellen) an der Crista iliaca. Entzündliche Knochenauszüge (klein und rau) caudal der Crista iliaca anterior superior an der lateralen Seite.
Oberschenkel: Beiderseits: auffallend große Gelenke. Massive Linea aspera mit verknöcherten Muskelansatzstellen. Unruhige Facies poplitea. Ansatzstelle für Ligamentum iliofemorale sehr rau. Links: raue, streifige Oberfläche des oberen Diaphysendrittel ventral caudal des Caput femoris.
Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Stellen an der Diaphysenmitte lateral und medial. Distales Gelenk entzündlich verändert. Patellae beiderseits: sehr groß. Rechts: streifige Osteophytenbildung an der Ventralseite. Poröser Apex patellae. Links: Facies patellae lateral wie „zerfressen“: → wahrscheinlich postmortale Erosion.
Fuß: Beiderseits: Os naviculare ungewöhnlich weit nach caudal ausgezogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia I.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk ([li Grad I]), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 1.0]), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, [BWZ li 1.0]), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re Grad I] und Retropatellargelenk (BWZ re 0.75), oberes Sprunggelenk (re Grad I; [li Grad I]), unteres Sprunggelenk ([re Grad I, BWZ li 1.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th10-Th12: BWZ 2.0-2.5), LWS (Th12-L3: BWZ 2.0-2.5, L3-S1: BWZ 3.0-4.0).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 43 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

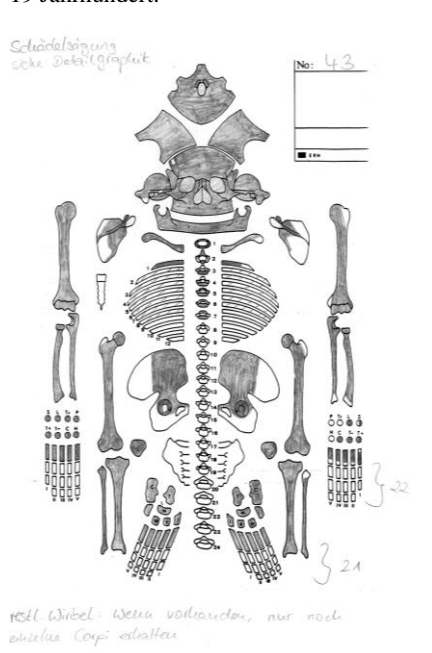
Repräsentanz: Os sacrum, das Manubrium und der Corpus sterni sind nicht erhalten. Nur einige wenige Rippenfragmente sind erhalten.

Oberflächen: Leichte Bodenerosion am ganzen Skelett. Ossa coxae beiderseits stark erodiert. Starke Oberflächenerosion beider Fibulae.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie zweier erhaltener Wirbel durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Lamina externa zeigt poröse Stellen im hinteren Bereich beider Ossa parietalia und im Bereich des Os occipitale (evtl. postmortale Erosion).

Schädeldachinnenfläche: Mehrere tiefe Impressionen (Foveolae granularis) im Bereich beider Ossa parietalia und des Os frontale. Einige große, flache Mulden im linken Os parietale. Mehrere Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media.

Schädelbasisinnenfläche: Es sind beidseitig einige Sulci von Blutgefäßen in der Fossa cranii med. erkennbar.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich, poröser Rand.

Augenhöhle: Beiderseits: zarte Impressionen von Blutgefäßen.

Tränenkanal: Der rechte Duct. nasolacrimalis ist entzündlich verändert mit poröser Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Der rechte Sinus frontalis ist sehr großräumig und verzweigt.

Harter Gaumen: Im vorderen Zahnbereich findet sich Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose im hinteren Kieferbereich; Parodontitis im vorderen Kieferbereich. Fissurenkaries Zahn 16, 26, 46 und 47. In keinem der Quadranten sind Weisheitszähne angelegt. Kiefergelenkarthrose: re Grad II und li Grad I. Zahn 35 ist ca. 90° nach mesial in den Gaumen gedreht.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Der 7. Cervicalwirbel und der 2. Thorakalwirbel zeigen Sägespuren zwischen Wirbelkörper und Wirbelbogen.

Schultergürtel: Scapulae beiderseits: sehr prominent ausgebildeter Margo lateralis. Clavicula rechts: sehr tiefe, erbsengroße Vertiefung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare mit entzündlicher Oberfläche. Links: entzündliche Komponente an der Vertiefung für die Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare.

Oberarm: Rechts: sehr tiefe Einkerbung medial der Crista tuberculi minoris (Ansatzstelle für M. teres major – Hauptaufgabe ist die Retroversion des Oberarms nach medial). Links: zwei tiefe Einkerbungen, parallel zu einander, medial der Crista tuberculi minoris. Foramen supratrochleare.

Unterarm: Ulnae beiderseits: sehr breit und raue Oberfläche der Tuberositas ulnae. Radii beiderseits: sehr breit.

Beckengürtel: Os coxa rechts: Knochenauflagerung am dorsalen Ende der Linea arcuata. Poröse Oberfläche der Facies lunata mit lochartiger Impression cranial → epigenetisches Merkmal. Links: Poröse Oberfläche der Facies lunata mit länglich, abgewinkelter Impression cranial (epigenetisches Merkmal).

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche (medial, dorsal, lateral). Entzündliche Struktur direkt caudal von Caput femoris ventral. Raue Oberfläche der Facies poplitea.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: entzündlich veränderte Oberfläche direkt caudal der Knodyle auf der Dorsalseite. Rechts: Tuberositas tibiae mit streifiger Osteophytenbildung (Verletzung an der Muskelansatzstelle?). Patellae beiderseits: sehr große. Links: Apex patellae dorsal mit entzündungsverursachter Knochenauflagerung. Fibula: Entzündlich veränderte Oberfläche cranial der Facies articularis malleoli.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Zahn 34 ist ca. 45 ° und Zahn 35 ist ca. 90 ° nach mesial gedreht.

Linker Humerus: Foramen supratrochleare.

Impressionen auf beiden Facies lunata sind epigenetische Merkmale.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 1.0, li Grad I), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.5, [li 0.5]), oberes Handgelenk (re BWZ 0.5, [li 0.0]), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad 0) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.25, li 0.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.5, li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.5-2.0), BWS (Th2-Th11: Grad II).

Campus 50/10 44

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

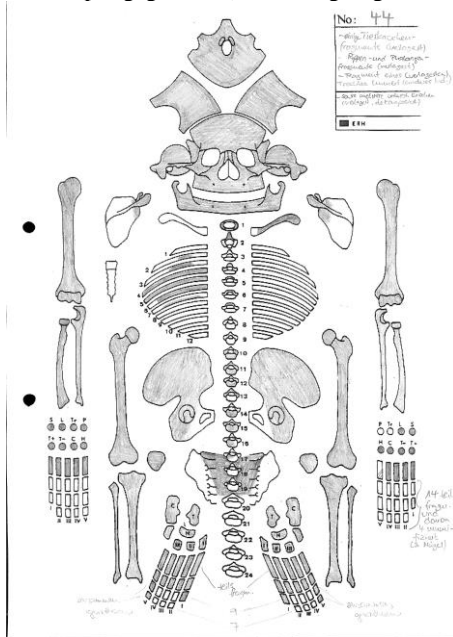
Repräsentanz: Die Wirbel und Rippen sind nur noch stark fragmentiert erhalten. Weder Manubrium noch Corpus sterni erhalten. Von der linken Clavicula ist nur die Diaphyse und das acromiale Ende erhalten. Scapula beiderseits: nur Fragment mit der Cavitas glenoidalis erhalten. Das Os sacrum ist nur stark fragmentiert erhalten.

Oberflächen: Teilweise sind die Knochenoberflächen und Gelenke erodiert. An der Schädelbasisaußenfläche befindet sich Brushit. Die linken Unterarmknochen sind stärker erodiert als die rechten. Die linke Femuroberflächen ist stärker erodiert als rechts.

Alter: Mittel- bis spätadult (30-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Mehrere Fingerglieder (Phalangen) sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachaußenfläche: Poröse, löchrige Lamina externa im supraorbitalen Bereich.

Schäeldachinnenfläche: Deutliche Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media. Mehrere Impressionen (Foveolae granularis) durch Pacchionische Granulation. Mehrere Sulcus-ähnliche, tiefe Impressionen im Os frontale und im vorderen Bereich beider Ossa parietalia.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlicher, poröser Rand.

Augenhöhlenboden: Beiderseits: sehr große Fissura orbitalis inferior.

Nasenhöhle: Die untere rechte Nasenmuschel besitzt eine sehr unruhige Oberfläche.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis im vorderen Bereich. Kleine, spitze Exostosen im gesamten Gaumen.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose; Parodontitis (Regionen 13-23). Leichter Zahnstein generalisiert. Fissurenkaries der Molaren.

II. Postcraniales Skelett

Oberarm: Recht: zwei deutliche Einkerbungen auf der Crista tuberculi majoris sichtbar (Ansatzstelle M. deltoideus). Links: leichte Vertiefung auf der Crista tuberculi majoris (Ansatzstelle M. deltoideus).

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: die Oberfläche der Facies lunata ist cranial porös, links stärker als rechts.

Oberschenkel: Beiderseits: Die Oberfläche der Diaphysenmitte ist medial und lateral streifig. Direkt caudal der Caput femoris auf der Ventralseite befindet sich eine entzündliche Strukturauslöschung. Streifiges unteres Diaphysendrittel auf der Ventralseite.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Tuberositas tibiae. Rechts: streifige Diaphysenoberfläche in der unteren Hälfte auf der Lateralseite. Knöchern, poröse Auflagerung cranial der Incisura fibularis: → knöchern umgebautes Hämatom. Links:

streifige, poröse Diaphysenoberfläche in der unteren medialen Hälfte: → hämorrh. Prozess. Fibula rechts: raue, poröse Oberfläche cranial des Malleolus lateralis medial: Links: unruhige Oberfläche cranial des Malleolus lateralis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 1.0, li Grad I), Ellenbogengelenk (re BWZ 0.5, li Grad I), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.0, li Grad 0), oberes Handgelenk (re BWZ 0.75, li Grad I), Hüftgelenk (BWZ re 1.5, li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.0, li 0.4) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.5, li 0.125).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re = li Grad I), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.0); Körpergelenke: HWS (C6-C7: BWZ 1.0), LWS (S1: Grad I); Bogengelenke: LWS (S1: re = li Grad I).

Campus 50/10 45

A. Personalstatus

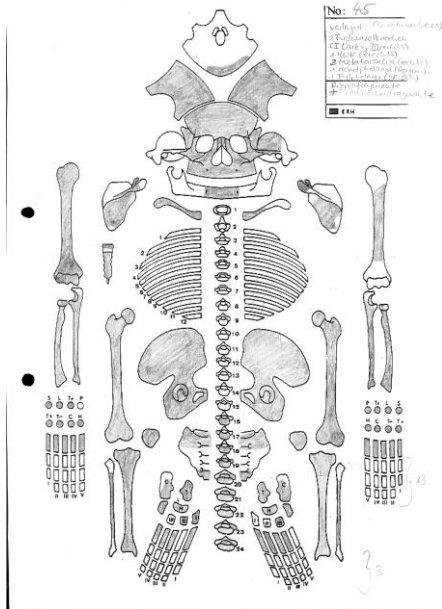
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Keine HWS und nur wenige Brustwirbel vorhanden. Nur einige wenige Rippenfragmente erhalten. Vom Os sacrum ist nur S1 erhalten.

Oberflächen: Bodenerosion vor allem im Bereich der Gelenke.

Alter: Mitteladulthood (25-35 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die supraorbitale Fläche ist porös.

Schädeldachinnenfläche: Mehrere flache, muldenförmige Impressionen in den Ossa parietalia. Eine sulcusartige, tiefe Impression (evtl. durch Gefäße) die in mehreren runden, tiefen Impressionen mündet. Einige Foveolae granularis sowie mehrere kleine Impressionen im Os frontale.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: raue, aufgeworfene Oberfläche.

Harter Gaumen: Mehrere kleiner Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose; intravitale Verluste: evtl. 1 Molar aus dem Unterkiefer. Zahnstein generalisiert an den Kronen (Grad I). Karies Zahn 26 (Grad II), 27 (III), 16 (Grad VI) sowie 38 und 48 (V). Transversale lineare Schmelzhyoplasien an Zähnen 11 und 21 (Grad III).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Der Wirbelkörper des 4. Lumbalwirbels ist schief (rechtsseitig etwas flacher).

Schultergürtel: Clavicula beiderseits: die Anschlussstellen der Facies sternalis sind noch erkennbar. Links: kleine, tiefe Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare.

Oberarm: Beiderseits: die Oberfläche der Crista tuberculi majoris ist rau und unruhig.

Unterarm: Ulnae beiderseits: weit ausgezogener Margo interosseus. Radius rechts: breite Tuberositas radii.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: leicht poröse Stellen auf der Facies lunata cranial am Acetabulumrand. Es ist beiderseits ein großes Tuberculum pubicum vorhanden. Außerdem lässt sich eine Einkerbung zwischen dem Ramus superior und dem Os ischii erkennen.

Oberschenkel: Beiderseits: ausgeprägte Linea intertrochanterica, rechts stärker als links. Kleine Exostose auf der cranialen Seite des Condylus medialis. Rechts: streifige Oberfläche der unteren Diaphysenhälfte venterolateral.

Fuß: Beiderseits: leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad II), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.5, [li BWZ 0.5]), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.75), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.25),

Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([BWZ re = li 0.5]) und Retropatellargelenk (re BWZ 0.5, [li 0.5]), oberes Sprunggelenk ([BWZ re = li 0.1]), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th7: Grad II, Th10-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: H LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0, li 1.0-1.5).

Campus 50/10 46

A. Personalstatus

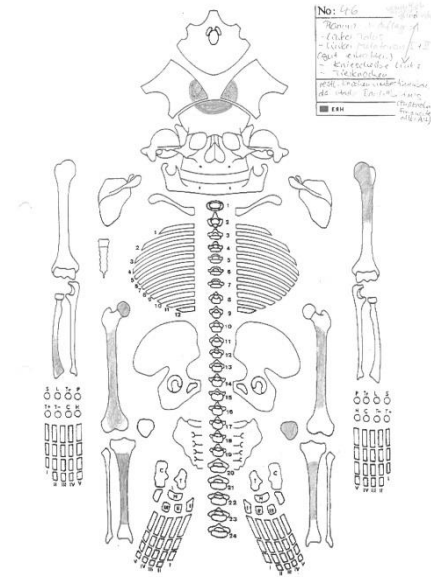
Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Im Bereich des Schädels ist nur ein Fragment mit Processus mastoideus und Processus zygomaticum, und ein Calottenfragment, bestehend aus Os frontale und kleinen Teilbereiche der Ossa parietalia, vorhanden. Im Bereich des postcranialen Skelettes sind nur Diaphysen des linken Humerus, des rechten Radius, beider Femora und beider Tibiae erhalten. Beide Patellae sind erhalten sowie der linke Talus und zwei Metatarsalia.

Oberflächen: Starke Bodenerosion und Brushitbildung.

Alter: Adult (20-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne: Karies an zwei Molaren (Grad IV-V).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([li Grad 0]), oberes Handgelenk ([re Grad I]), Hüftgelenk (li Grad I-III), Kniegelenk: Retropatellargelenk ([re Grad 0], li Grad I), oberes Sprunggelenk (li Grad 0-II), unteres Sprunggelenk (li Grad I-II).

Campus 50/10 47

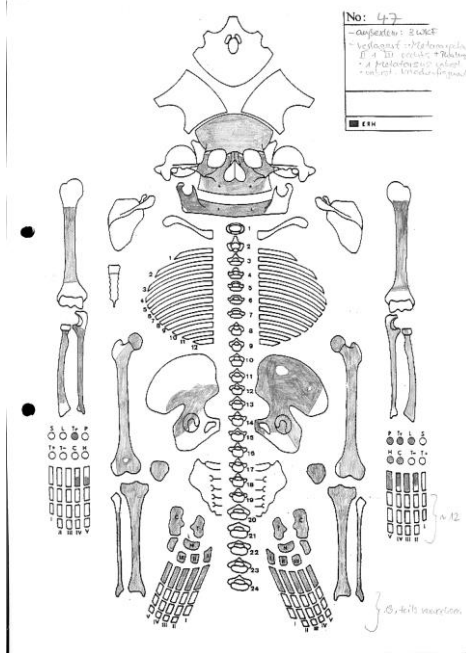
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Die Knochen sind stark fragmentiert. Claviculae, Scapulae, Manubrium und Corpus sterni, sowie Rippen und Os sacrum sind nicht erhalten. Im Bereich der Wirbel sind nur 3 Fragmente des äußeren Wirbelkörpermantels erhalten. Von beiden Humeri, der rechten Ulna und dem rechten Radius sind nur Diaphysen erhalten. Es sind nur wenige Ossa manus erhalten.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Impressionen der Lamina interna im Os frontale.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: überwiegend Parodontose; intravitale Verluste: 14,16, 18, 26-28, 35 und 46. Leichter Zahnstein generalisiert (Grad I). Karies Zahn 22 (Grad IV), 25 (VI). 38 und 48 nicht angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Beckengürtel: Links: entzündliche Strukturauslöschung caudal des Tuberculum pubicum. Löchrige Fossa acetabuli.

Oberschenkel: Beiderseits: annähernd Coxa vara (Winkel unter 120 °). Streifige Diaphysenoberfläche an der ventralen distalen Hälfte.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist medial und lateral leicht streifig: → Periostitis (verheilt). Patellae beiderseits: große, streifige Osteophyten auf der Ventralseite. Lateral Rand der Facies patellae lat. deutlich ausgezogen. Fibulae beiderseits: Fossa malleoli lateralis entzündlich verändert (Ränder durch arthritischen Prozess) und cranial des Malleolus lateralis ist die Oberfläche arthritisch verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (li Grad II), Radio-Ulnargelenk ([li BWZ 1.0]), oberes Handgelenk ([li BWZ 1.0]), Hüftgelenk (re Grad II, li BWZ 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad I) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.1, li 0.9).

Campus 50/10 48

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

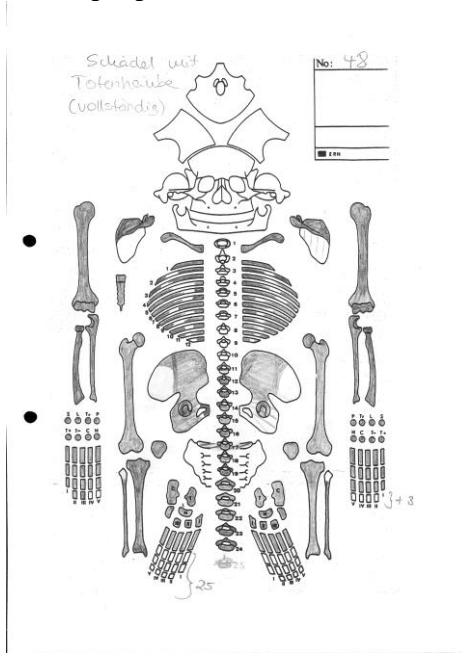
Repräsentanz: Das Os sacrum fehlt.

Oberflächen: Bodenerosion am ganzen Skelett.

Alter: Senil (60-80 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Es gibt mehrere Extrafundtüten mit Resten von menschlichem Gewebe (z. B. auf dem Manubrium, Metacarpalia und Phalangen), infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt sind. Eine andere Tüte enthält wahrscheinlich Tierknochen. Totenhaube, Kreuzifix und Bruchband.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Nasenhöhle: Beiderseits: entzündliche Auflagerungen.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose im ganzen Kieferbereich; intravitale Verluste: alle bis auf 26. Zahnstein generalisiert.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis. Degenerative Höhenminderung bzw. Keilbildung des 4.-7. Thorakalwirbels und des 5. Lumbalwirbels.

Brustkorb: Extrem langer Corpus sterni mit verwachsenem Processus xiphoideus. Verknöcherte Knorpelteile an sternalen Rippenenden.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Vertiefung der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Rechts: massiv aufgeblähte, poröse Facies articularis acromialis: → chron. Prozess. Scapulae beiderseits: die Oberfläche des Processus coracoideus unruhig und unregelmäßig. Rechts: stark nach dorsal ausgezogene Margo lateralis. Distal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einkerbung.

Oberarm: Beiderseits: leicht entzündliche Oberflächenveränderung am ventralen Kapselansatz. Sehr breite und tiefe Fossa olecrani. Leichter Knochenauszug an der Tuberositas deltoidea, links an allen Ansatzstellen der Deltamuskeln. Massiver Tuberculum minus.

Unterarm: Ulnae beiderseits: distaler Teil der Incisura trochlearis sehr weit ausgezogen, rechts stärker als links. Rechts: Olecranon mit kleinem Osteophyt. Links: kleiner Osteophyt an proximalen Rand der Incisura trochlearis. Radii beiderseits: spitz ausgezogener Rand der Tuberositas radii.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenken.

Beckengürtel: Rechts: Fossa acetabuli, Facies lunata und Acetabulumrand massiv durch Arthrose (Grad VI) verändert. Entzündliche (arthritische) Osteophytenbildung rund um Acetabulum. Auf der Innenseite der Coxa, bzw. auf der Rückseite

des Acetabulums, nach innen verlagert und umgebauter Knochen: → Resultat einer Fraktur im Acetabulum. Links: leicht arthrotischer Rand.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche im unteren Drittel auf der Ventralseite. Annähernd Coxa vara (Winkel unter 120°). Rechts: Caput femoris völlig durch Arthrose (Grad VI) verformt (pilzförmige Ränder, verlängerter Kopf, Eburnisation): → Resultat einer Fraktur im Bereich des Caput femoris. Linea intertrochanterica entzündlich verändert.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Condylus medialis ist ventral sehr weit nach venteromedial ausgezogen. Streifige Oberfläche des Malleolus medialis. Entzündliche Incisura fibularis. Rechts: Osteophyt proximal der Incisura fibularis.

Fibulae beiderseits: entzündliche Oberflächenveränderung proximal der Facies articularis malleoli lateralis.

Fuß: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen. Rechts: verheilte Fraktur des dorsalen Talusbereichs.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (re BWZ 1.25, li Grad I), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.5, li 0.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 6.0, li 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re BWZ 1.0, li Grad I) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.2, li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th4-Th7: BWZ 1.0-1.5, Th7-Th9: BWZ 2.0, Th9-Th12: BWZ 1.0-1.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: BWS (Th3-Th8: BWZ re 1.0, li 1.0-2.0, Th8-Th12: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0), LWS (Th12-L3: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0; L4-S1: re BWZ 2.0, li Grad I).

Campus 50/10 49

A. Personalstatus

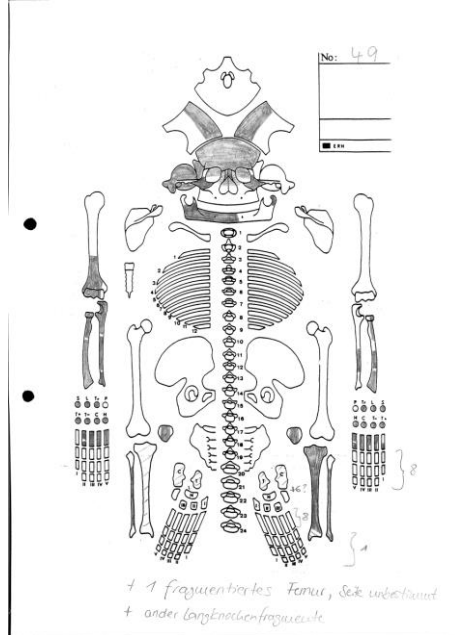
Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Fragmente des Periosts aller Langknochen erhalten. Es waren keine Fragmente der Claviculae, Scapulae, des Manubriums oder Corpus sterni, Os sacrum, Ossa coxae, Costae oder Wirbel erhalten.

Oberflächen: Starke Bodenerosion am ganzen Skelett. Alle Knochen sind sehr leicht, hohl und erodiert (daher keine Gelenkbefundung möglich).

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Es finden sich in der Lamina interna des Os frontale mehrere Gefäßimpressionen und einige Foveolae granularis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Abszesse: Regionen 32-33 (Grad III). Karies Grad II-VI. Kiefergelenkarthrose: li Grad II.

II. Postcraniales Skelett

Unterarm: Rechts: proximales Gelenk mit wulstiger, unruhiger Tuberositas ulnae.

Unterschenkel: Tibia links: Knochenauszüge an der Linea musculi solei.

Campus 50/10 50 (1) Anatomieleiche

A. Personalstatus

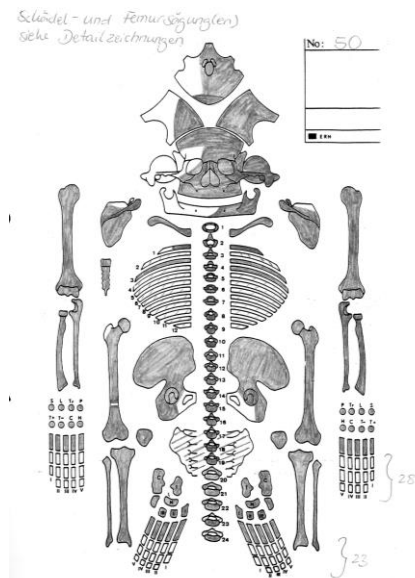
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig. Stark fragmentiertes Os sacrum.

Alter: Früh- bis mittelmatur (40-50 Jahre)

Geschlecht: Tendenz Frau (♀>♂) (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie des rechten Femurs durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Eine Extrafundtüte mit „verlagerten Skelettelementen“ (rechte Scapula, Handknochen, Rippenfragmente).



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachinnenfläche: Eine tiefe Foveolae granularis in der Lamina interna des linken Os parietale. Tiefe Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media.

Schädelbasisinnenfläche: Unruhige Oberfläche der linke Fossa cranii ant.

Augenhöhlerdach: Poröse Oberfläche des linken Orbitadaches: → Cribra orbitalia I.

Nasenhöhle: Links: vergrößerte obere Nasenmuschel.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis und kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; intravitale Verluste: 13, 14, 18, 24-28, 37, 38. Karies Zahn 16 und 36 (Grad VI). Starke Abrasion von 16 und 17. Ganz leichte Transversale lineare Schmelzhypoplasien an Schneidezähnen (Grad 0-I). Kiefergelenkarthrose: re Grad II.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Ganz leichte Spondylosis und Höhenminderung der Wirbelkörper, vor allem beim 10. Thorakalwirbel.

Brustkorb: Sehr breites Manubrium und Corpus sterni.

Schultergürtel: Clavicula beiderseits: sehr breite Extremitas acromialis. Deutliche Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Scapula beiderseits: sehr groß und dicker Angulus inferior.

Oberarm: Beiderseits: tiefe und breite Fossa olecrani. Breite Diaphyse. Raue Tuberositas deltoidea. Linker Humerus kürzer als rechte (re = 32.0 cm, li = 31.5 cm).

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung am distalen Teil der Tuberositas ulnae, links stärker als rechts. Linke Ulna kürzer als rechte (re = 26.2 cm, li = 25.0 cm). Linker Radius kürzer als rechte (re = 24.5 cm, li = 23.7 cm).

Beckengürtel: Beiderseits: tiefe (re.: rund, li.: dreieckig) Impression und poröse Oberfläche im proximalen Teil der Facies lunata, epigenetisches Merkmal. Rechts: osteophytische Ausziehungen am distalen Rand der Facies auriculares.

Oberschenkel: Beiderseits: breite Linea aspera und streifige laterale Diaphysenoberfläche. Rechts: zweimal vertikal aufgesägt. Links: entzündliche Oberflächenveränderung der Facies poplitea.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: kleine Exostose distal des Condylus medialis. Entzündliche Oberfläche der Incisura fibularis. Links: streifige, unruhige Diaphysenoberfläche lateral. Patellae beiderseits: streifige Osteophyten auf der proximalen Ventralseite. Rechts: kleine Strukturauslöschung auf der cranialen Oberfläche der Patella. Links: poröse dorsale

Oberfläche des Apex patellae. Fibulae beiderseits: streifige Oberfläche des proximalen Gelenkes. Rechts: arthritische Knochenveränderung mit Knochenauszügen am proximalen Rand der Facies articularis malleoli und proximal davon. **Fuß:** Beiderseits: Randbildung an den Gelenken. Kleine Strukturauslöschungen an den Mittelfußknochen. Chronische entzündliche Phalanx distalis. Rechts: eine erbsengroße Strukturauslöschung am Os cuneiforme mediale.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Impressionen auf beiden Facies lunata sind epigenetische Merkmale.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.2, li 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.3, li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.0), BWS (C7-Th1: BWZ 1.0, Th1-Th6: BWZ 1.5, Th6-Th9: BWZ 1.0, Th9-Th12: BWZ 1.5-2.0), LWS (Th12-L5: BWZ 1.0, L5-S2: BWZ 1.5-2.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 1.0), BWS (Th1-Th3: BWZ re = li 1.0, Th3-Th5: BWZ re 1.5-2.0, li 1.0-1.5, Th5-Th9: BWZ 1.0, Th9-Th10: BWZ li 1.0, Th10-Th12: BWZ re 1.0, li 1.0-1.5), LWS (Th12-L3: BWZ re = li 1.0, L5: re Grad I, S1: Grad re II, li I).

Campus 50/10 50 (2) Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Nur wenige Knochen sind erhalten. Vom Schädel ist nur ein angesägtes Fragment und das Os zygomaticum erhalten. Nur ein Wirbelkörper erhalten

Alter: Mittelmatur bis spätenil (50-80 Jahre)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie des rechten Femurs durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Wirbel Arthrose, Grad II.

Oberarm: Links: ausgeprägte Tuberositas deltoidea.

Oberschenkel: Beiderseits: Muskelansätze an der Linea aspera deutlich ausgeprägt. Rechts: zweimal vertikal aufgesägt.

Links: leichte Arthrose am Caput femoris.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: deutlich ausgezogene Tuberositas tibiae. Streifige Oberfläche der gesamten Diaphyse.

Links: Entzündlich veränderte Oberfläche medial der Tuberositas tibiae.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad I, li BWZ 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad I, li 0-I), Hüftgelenk (re Grad I-II, li II), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad I, li BWZ 1.0) und Retropatellargelenk (li Grad 0-I), oberes Sprunggelenk ([re BWZ 1.0], li Grad I), unteres Sprunggelenk ([re BWZ 1.2]).

Campus 50/10 51

A. Personalstatus

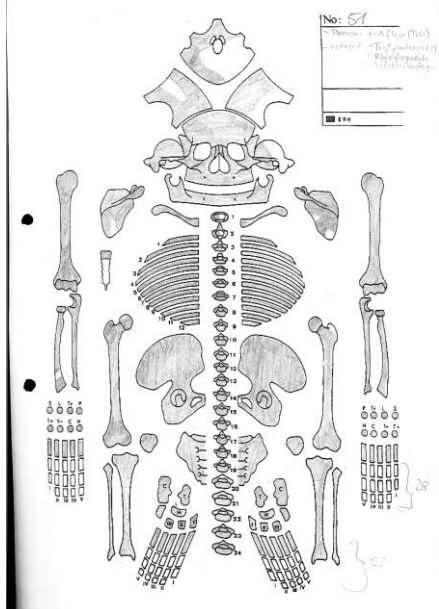
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Früh- bis mittelmatur (40-50 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte enthält neben Knochenfragmenten auch einen Tierzahn.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Mehrere Foveolae granularis ähnliche Impressionen. Eine Foveolae granularis im rechten Os parietale. Überreste eines epiduralen Hämatoms mit zarten Gefäßimpressionen im linken Os parietale.

Schädelbasisinnenfläche: Entzündliche Oberflächenveränderung des Clivus.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: porös, Cribra orbitalia (re = I, li = II).

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis im vorderen Bereich.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; intravitales Verlust der Zähne 12, 14, 16-18 (Alveolen noch sichtbar), 26, 36-38 (großes Loch bei 38 mit glatten Rändern), 46-48. Karies Zahn 11, 31, 42, 43 (Grad III), 22, 24, 27, 28, 34, 35, 44, 45 (VI). Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Kiefergelenkarthrose: re Grad II.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis.

Brustkorb: Minimale arthrotische Veränderungen an den Wirbelansatzstellen der Rippen.

Beckengürtel: Das Os sacrum und beide Ossa coxae sind sehr groß. Ossa coxae beiderseits: leicht poröse Oberfläche der Facies lunata. Sulcus praeauricularis vorhanden, rechts größer als links.

Oberschenkel: Beiderseits: leicht entzündlich veränderte Oberfläche der Linea intertrochanterica. Streifige Diaphysenoberfläche auf der Ventral- und Lateralseite (links auch dorsal). Raue Linea aspera. Es ist eine deutliche „Reiterfacette“ distal des Caput femoris auf der Ventralseite vorhanden.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: stark streifige Oberfläche medial und lateral: → Periostitis (verheilt). Auf der Medialseite auf Höhe der Diaphysenmitte leichte Wölbung erkennbar: → V.a. Osteitis. Rechts: längliche, tiefe Einkerbung in der Tuberositas tibiae: → Trauma. Fibulae beiderseits: Knochenauszüge proximal der Facies articularis malleoli. Osteophyt distal auf der Lateralseite des Malleolus lateralis. Spitze Margines. Rechts: Osteophyt am proximalen Gelenk auf der Dorsalseite.

Fuß: Links: raue, poröse Oberfläche des Os metatarsale I: → knöchern umgebautes subperiostales Hämatom. Os naviculare auf der proximalen Oberfläche mit kleinen Osteophyten.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia (re = I, li = II).

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 0.8, [li 0.8]) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0, Th2-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0); Bogengelenke: HWS (C2-C6: BWZ re 1.0, C6-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th7: BWZ re = li 1.0, Th7-Th8: BWZ re 1.0, Th8-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

3. Traumata:

Der rechten Tibia findet sich im Bereich der Tuberositas tibiae eine tiefe Einkerbung.

Campus 50/10 52

A. Personalstatus

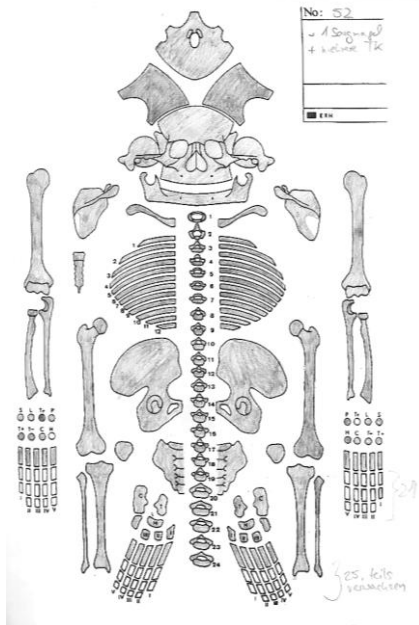
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Spätjuvenil bis frühadult (19-21 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Der Kiste liegt eine Extrafundtüte mit unbestimmten Knochenfragmenten bei.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Poröse Oberflächen im Os frontale mit zarten Gefäßimpressionen: → V.a. knöchern umgebautes Hämatom.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Abszesse: Regionen 25 (Grad II); intravitale Verluste: evtl. 28, 36, 37, 45-47. Karies Zahn 18, 25 (Grad VI). Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Kiefergelenkarthrose: re Grad III. Postmortal abgebrochen Zahn 34, 38 und 48 frisch durchgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Erste Anzeichen von Einbrüchen SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 11. und 12. Thorakalwirbels, und in die Grundplatten des 7., 8., 9., und 11. Thorakalwirbels.

Brustkorb: Der Processus xiphoideus ist bereits mit dem Corpus sterni verwachsen.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: es hat sich noch keine Deckplatte auf der Facies sternalis gebildet. Rechts: kleine Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare sichtbar.

Oberarm: Beiderseits: die proximalen Epiphysenfugen sind noch sichtbar.

Unterarm: Ulnae beiderseits: die Epiphysen sind postmortal wieder abgebrochen. Radii beiderseits: die distalen Epiphysenfugen sind noch sichtbar.

Beckengürtel: S1 und S2 des Os sacrum sind fast vollständig miteinander verwachsen. Ossa coxae beiderseits: Sulcus praeauriculares vorhanden. Die Epiphyse der Crista iliaca ist nicht verwachsen. Die Facies lunata ist proximal porös.

Oberschenkel: Beiderseits: leichte entzündliche Strukturauslöschungen distal des Caput femoris auf der Ventralseite wo die Gelenkkapsel sitzt. Mittig medium strake streifige Diaphysenoberfläche medial und lateral: → Periostitis (verheilt). Die distalen Epiphysenfugen sind noch sichtbar.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Mehrere Nahtknochen im Bereich der Sutura sagittalis und Sutura lambdoidea.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 0.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Handgelenk (BWZ re 0.25, li 0.0), Hüftgelenk (BWZ re 0.5, li 0.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 2.0) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th1-Th2: BWZ 1.5, Th2-Th7: BWZ 1.0, Th7-Th12: BWZ 1.0-2.5), LWS (Th12-L5: BWZ 1.0, L5-S1: BWZ 1.5); Bogengelenke: BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

Campus 50/10 57

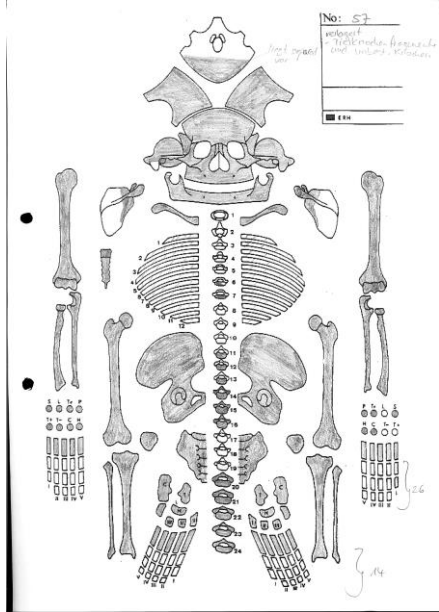
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Alle Halswirbel und ein Teil der Brustwirbel fehlen.

Alter: Mittel- bis spätadult (25-40 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Schädelform ist eher rund als langgestreckt.

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale unregelmäßige, hügelige, durchscheinende Oberflächen. Eine sulcusartige Impression im linken Os parietale sowie mehrere Foveolae granularis.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: unregelmäßige Oberfläche.

Augenhöhledach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribralia orbitalia (re = I, li = II).

Nasenhöhle: Obere rechte Nasenmuschel vergrößert.

Harter Gaumen: Kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose im gesamten Kieferbereich; Abszesse: Regionen 26 (Grad III). Karies Zahn 15, 27 (Grad I), 16 (III), 17 (V), 26, 36, 37, 46, 47 (VI). 38 und 48 sind nicht angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Die Anschlussstellen der Deckplatten der Facies sternalis sind beiderseits noch erkennbar.

Unterarm: Epiphysenfugen des distalen Gelenks an allen Unterarmknochen noch erkennbar. Radii beiderseits: im Bereich der Diaphysenmitte stark nach lateral geborgen.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: kleine Strukturauslöschungen ventral am Ramus inferior ossis pubis in Höhe der Symphyse.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche aller Seiten. Ansatzstelle der Gelenkkapsel ventral direkt distal des Caput femoris porös.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche aller Seiten. Poröse Stelle distal lateral auf der Tuberositas tibiae. Raue, unregelmäßige Oberfläche der Incisura fibularis. Fibulae beiderseits: raue, unregelmäßige Oberfläche proximal der Facies articularis malleoli.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Cribralia orbitalia (re = I, li = II).

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 0.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th7-Th12: BWZ 1.5), LWS (Th12-S1: BWZ 1.5); Bogengelenke: BWS (Th10-Th11: BWZ re 1.0, Th11-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

Campus 50/10 60 Anatomieleiche

A. Personalstatus

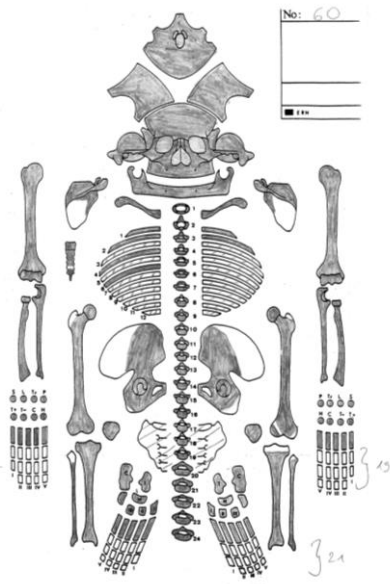
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittelalter bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: In der hinteren Hälfte des Os parietale befinden sich Hinweise (kleine feine Löcher) auf einen Blutungsprozess zwischen Schädeldachinnenfläche und harter Hirnhaut (epidurales Hämatom). Im mittleren Bereich der Sutura sagittale auf der rechten Seite befindet sich eine Impression durch Pacchionische Granulation (Foveola granularis).

Schädelbasisinnenfläche: Fein-poröser, weißlicher Belag im Bereich der rechten lateralen Fossa cranii ant. des rechten Os temporale und der rechten und linken dorsalen Fossa cranii post. Massiv ausgebildeter Sattel (Sella). Kochenauflagerung im Bereich der Eminentia arcuata: → hämorrhagischer Prozess.

Schädelbasisaußenfläche: Raue Oberfläche der Protuberantia occipitale externa: → hämorrhagischer Prozess.

Augenhöhle: Rechts: poröse Oberfläche.

Augenhöhlenboden: Links: starke Gefäßimpressionen.

Nasennebenhöhlen: Sehr großer, umfangreicher Sinus maxillaris beidseits.

Mittelgesichtsregion: Feinporöse Oberfläche beider Jochbeinaußenflächen: → hämorrhagischer Prozess. Raue Oberfläche im supraorbitalen Bereich.

Harter Gaumen: Kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontitis im Bereich der Vorderzähne; Postmortaler Zahnverlust der Vorderzähne; intravitale Verluste: 16-18 (mit Heilungsspuren), 27-28 (mit Heilungsspuren), 38 (Alveole durch hämorrhagischen Prozess verändert), 41 und 48 (mit Heilungsspuren). Zahnstein generalisiert (Grade I). Kaum Abrasionsspuren.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Höhenminderung der Wirbelkörper des 4.-7. Cervicalwirbels. Bildung großer Osteophyten im unteren Thorakalbereich (Th6-Th12) mit verknöchertem Ligamentum flava des 9. und 10. Thorakalwirbels.

Brustkorb: Rechtes Gelenk des Manubriums zeigt verknöcherte Ansatzstelle der Clavicula. Ansatzstelle der Rippen am Corpus sterni verknöchert. Gelenke des ersten Rippenpaars zeigen sternal starke Verknöcherungen und Verdickungen auf. Ansatzstellen der Rippen an Wirbel und Sternum oft leicht arthrotisch (Grad II) verändert.

Schultergürtel: Clavicula: acromiale Gelenkfläche der Claviculae beidseits eburnisierter mit vereinzelter Randbildung (Arthrose Grad III). Rechts: Clavicula sehr lang, sternale Gelenkfläche ebenfalls eburnisierter. Links: caudal sternal stark ausgeprägte Ansatzstelle. Scapulae beiderseits: Ansatzstelle für Clavicula verknöchert. Links: Knochenauszüge (Osteophyten) lateral cranial.

Oberarm: Caput humeri sehr groß im Durchmesser mit relativ stark ausgeprägten Muskelmarken anterior und Knochenauflagerungen beidseits.

Unterarm: Beidseits proximal und distale Gelenkfläche der Ulna arthrotisch verändert. Rechts: Knochenauflagerung auf der Diaphyse der Ulna medial. Links: Knochenauflagerungen auf der Diaphyse der Ulna im unteren Drittel medial. Arthrotische Veränderungen der Tuberositas radii und des distalen Radialgelenks beidseits.

Hand: Arthrotische Veränderungen der Gelenkflächen.

Beckengürtel: Der erste Sacralwirbel weist Randleisten auf und ist nur teilweise mit dem zweiten verwachsen. Randbildung an den Acetabuli beidseits. Lippen der Crista iliaca beidseits ausgezogen und arthrotisch verändert. Li: Tuber ischiadicum mit starkem Relief, Randbildung an der Facies auriculares (Grad II).

Oberschenkel: Beidseits: Diaphyse anterior leicht streifig: → Periostitis (verheilt); Linea aspera stark ausgeprägt – oberes Drittel (Muskelabriss?). Distal arthrotisch verändert (Grad re = li IV). Links: Trochanter minor stark ausgeprägt.

Unterschenkel: Tibia rechts arthrotisch verändert. Beidseits: Margo anterior stark nach anterior lateral ausgezogen; distal stark arthrotisch verändert (Grad re = li IV-V) mit Osteophytenbildung und entzündlicher Komponente (wahrscheinlich durch Reibung der Osteophyten). Links: mediale Diaphysenoberfläche mittel stark streifig: → Periostitis (verheilt). Fibula links mit starken Muskelansatzmarken im Diaphysenbereich. Beidseits distal starke arthrotische Veränderungen (Grad re IV-V.0, li IV). Patellae beidseits starke Randbildung um die Facies mit anterioren Knochenauflagerungen (wulstig).

Fuß: Mehrfache Ankylosis der Metatarsalia mit den Fußwurzelknochen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 1.0), Ellenbogengelenk (re BWZ 1.25, [li 1.5]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 1.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 3.5), Hüftgelenk (Grad re = li I-III), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (Grad re = li III) und Retropatellargelenk (Grad re III, li III-IV), oberes Sprunggelenk (BWZ re 4.7, li 4.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.9, li 3.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.5); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.0-3.0, C5-C7: BWZ 3.0-4.0), BWS (C7-Th5: BWZ 2.0, Th5-Th9: BWZ 2.5-3.5, Th9-Th10: BWZ 5.5, Th10-Th12: BWZ 3.0-4.0), LWS (Th12-L4: BWZ 2.0, L4-S1: BWZ 2.5-3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ re 1.0-2.0, li 1.0, C4-C7: BWZ re 2.0-3.0, li 1.0-1.5), BWS (C7-Th5: BWZ re = li 1.0-2.0, Th5-Th9: BWZ re 1.0-1.5, li 1.0, Th9-Th12: BWZ re = li 1.0-2.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0-2.5, li 1.0-2.0).

2. Hinweise auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Mineralisierung des Knorpels beider ersten Rippen. Ankylosis der Metatarsalia mit den Fußwurzelknochen.

Campus 50/10 61 Anatomieleiche

A. Personalstatus

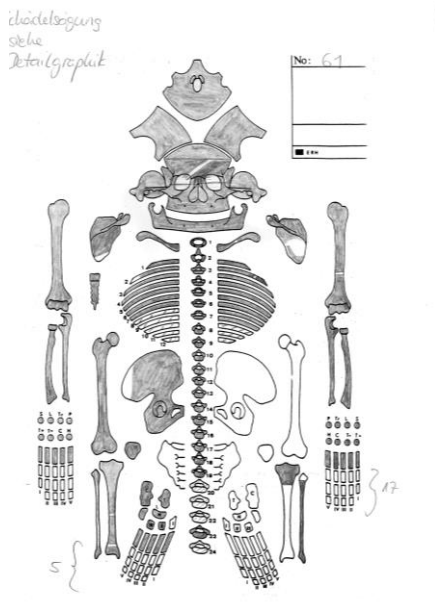
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Links fehlen sämtliche Ossa pedis, rechts fehlen die Ossa digitorum pedis. Außerdem fehlen das Os sacrum, die linke Os coxae, der linke Femur, die linke Patella und die linken distalen Teile von Tibia und Fibula.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie der linken Tibia und Fibula durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Eine Extrafundtüte enthält Knochenfragmente (wahrscheinlich Tier).



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Stufenschädel (Stufe von Os frontale zu Ossa parietale) aufgrund von Hirndrucksymptomatik. Absolut runde und große Schädelform (kein ungewöhnlicher Nahtverschluss ektocranial, Vergrößerung vor Nahtverschluss): → V.a. Hydrocephalus. Gefäßimpression nahe der rechten Sutura coronalis im äußeren Bereich.

Schädeldachinnenfläche: Sulcusartige Impression im rechten Os parietale nahe der rechten Sutura coronalis, welcher in zwei Foveolae granularis mündet. Große, flache Mulde im linken Os parietale. Mehrere Foveolae granularis ähnliche Impressionen im Os frontale.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med. beiderseits: Impressionen im Sulcus sinus sigmoideus (rechts rund, links länglich).

Schädelbasisaußenfläche: Leicht entzündlich veränderte Oberfläche oberhalb der Protuberantia occipitale externa.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus links: entzündlich veränderte Oberfläche. Rechts: nicht vorhanden. Lochöffnung im Bereich des Kiefergelenkes.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus rechts: Loch mit Gang auf der Rückseite des Processus.

Augenhöhledach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalis (re = I, li = II).

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: groß mit poröser Oberfläche: → Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Jochbeine beiderseits ungewöhnlich hoch.

Harter Gaumen: Im vorderen Bereich leichte Stomatitis und kleinere Exostosen im gesamten Gaumen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose im gesamten Kieferbereich. Leichter Zahnstein generalisiert (Grade I). Karies Zahn 17, 27 (Grad I) und 18 (V). 43 ist außerhalb der Reihe nach außen gedrückt wurden. Weitere zusätzliche Zahnanlagen (jeweils zwei) hinter 18 und 27: → Hyperdontie. Kaum Abrasion (allerdings könnte das durch eine Schonung des Kiefers aufgrund der rechten Gonionproblematik verursacht sein), Kiefergelenkarthrose: re Grad III - IV. Rechter Gonionwinkel fehlt.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Randleistenbildung und Beginn der Verknöcherung der Bandansätze. Strukturauslöschung an den Außenseiten der Wirbelkörper. Leichte Skoliose im Brustwirbelbereich.

Brustkorb: Die Oberfläche der Incisura costalis prima ist porös. Die erste Rippe beiderseits hat sternal eine unregelmäßige Oberfläche (porös mit kleinen Ausziehungen).

Schultergürtel: Clavicula rechts: Facies articularis acromialis leicht entzündlich verändert. Stark ausgezogenes Tuberkulum conoideum. Entzündliche Oberfläche an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Links: kürzer als rechts. Extremitas acromialis ist recht schmal und die Facies articularis acromialis hatte wahrscheinlich keinen vollständigen Kontakt mehr zum Acromion. Die Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare ist ausgezogen. Scapula rechts: unruhige Struktur direkt caudal der Cavitas glenoidalis und cranial des Acromions. Strukturauslöschung caudal des Acromions. Links: Strukturauslöschung direkt caudal und ventral der Cavitas glenoidalis. Ansatzstelle für Clavicula am Acromion arthritisch verändert.

Oberarm: Rechts: tiefe Fossa olecrani mit poröser Oberfläche. Poröse bzw. entzündlich veränderte Oberfläche am Gelenkkapselansatz (direkt distal des Caput humeri media). Links: Tuberositas deltoidea ist stärker ausgezogen als rechts. Impression am proximalen Rand der Fossa olecrani.

Unterarm: Ulna rechts: zwei tiefe Impressionen und eine Exostose distal der Incisura trochlearis. Radius rechts: kleine Exostose am distalen Gelenk lateral.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenken der Handwurzelknochen und rechts Strukturauslöschungen an den Selbigen.

Beckengürtel: Rechts: unruhige Fossa acetabuli. Kleine Impressionen und poröse Oberfläche proximal auf der Facies lunata.

Oberschenkel: Rechts: stark streifige Diaphysenoberfläche lateral: → Periostitis (verheilt). Leichte Knochenauflagerungen medial an der oberen Diaphysenhälfte. Massiv ausgezogene Linea intertrochanterica. Strukturauslöschungen dorsal auf der Facies poplitea medial.

Unterschenkel: Patella rechts: poröser Apex patellae. Tibia rechts: Knochenauszüge an der Tuberositas tibiae. Ausgeprägte Linea musculi solei. Streifige Diaphysenmitte medial und des gesamten distalen Gelenkes. Raue, unruhige Incisura fibularis. Tibia links: Sägespuren distal des proximalen Gelenkes. Knochenauszüge an der Tuberositas tibiae, und rechts und links davon Gefäßimpressionen sowie eine unruhige Oberfläche (Strukturauslöschungen). Fibula rechts: lateral leichte, streifige Strukturauslöschungen. Unruhige Oberfläche proximal der Facies articularis malleoli. Links: Sägespuren distal des proximalen Gelenkes. Lateral streifige Strukturauslöschungen und medial poröse Knochenneubildung (bzw. knöcherner Umbau eines Hämatoms): → V.a. Osteitis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Ungewöhnliche Schädelform (absolut rund). Hydrocephalus, Vergrößerung vor Nahtverschluss.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalis (re = I, li = II).

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.0, li 1.5), Ellenbogengelenk (re BWZ 0.5, li Grad 0-I), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.75, [li 0.5]), oberes Handgelenk (BWZ re 2.0, li 1.0), Hüftgelenk (re BWZ 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re BWZ 1.0], li Grad 0-I) und Retropatellargelenk ([re BWZ 0.5]), oberes Sprunggelenk (re BWZ 0.5), unteres Sprunggelenk (re BWZ 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.0; C5-C7: BWZ 1.0-1.5), BWS (C7-Th7: BWZ 1.0-1.5, Th7-Th12: BWZ 1.0), LWS (Th12-L5: BWZ 1.0-1.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 1.0, Th4-Th8: BWZ re 1.0-2.0, li 1.5-2.0, Th8-Th12: BWZ re 1.0-2.0, li 1.0-1.5), LWS (Th12-L5: BWZ re = li 1.0).

4. Traumata: Der Gonionbereich rechts fehlt vollständig. Allerdings ist der Knochen komplett wieder verheilt.

5. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 62 Anatomieleiche

A. Personalstatus **Entspricht dem Individuum 162, 62 ist lediglich eine Mauer.**

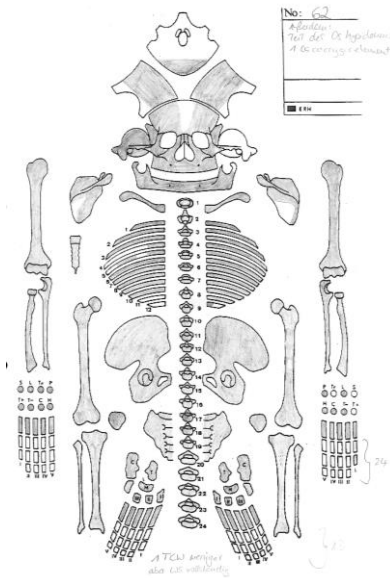
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Spätjuvenil bis frühadult (19-21 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Tendenz Mann (♂>♀))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Der linke Radius ist am unteren medialen Diaphysendrittel infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Im Bereich des Os frontale ist supraorbital der Knochen wie „weggefressen“ mit deutlichen Knochenneubildungen (Umgebaute Hämatome): → Prozess unklar (peri- oder postmortal).

Schädeldachinnenfläche: Im Bereich des Os frontale ist der Knochen wie „weggefressen“: → Prozess unklar (peri- oder postmortal). Mehrere flache Mulden in beiden Ossa parietalia.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: starke Impressiones digitatae mit poröse Knochenauflagerungen (reaktiver Prozess), knöchern umgebaute Hämatome: → V.a. starke Hirndrucksymptomatik.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus rechts: pneumatisiert.

Augenhöhle: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribrum orbitale (re = li Grad II). Rechts: mit poröser Knochenneubildung.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontitis in den Zahnzwischenräumen im 1. und 2. Quadranten; intravitale Verlust: 37. Zahnstein Region 33-43 (Grade I). Karies Zahn 14, 36 (Grad II), 15 (III) und Fissurenkaries 17, 26, 27, 47.

Abrasion des Frontzahnbereichs (13-23 und 33-43, 46). Kiefergelenkarthrose: re Grad II. 18 und 28 nicht angelegt. 38 noch nicht vollständig durchgebrochen. 48 vollständig durchgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 8., 10. und 12. Thorakalwirbels und in die Grundplatten des 7.-12. Thorakalwirbels und 1. Lendenwirbels.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Deckplatte auf der Facies sternalis fehlt. Vertiefung und poröse Knochenneubildung (knöchern umgebautes Hämatom) am Ansatz des Ligamentum costoclaviculare. Links: Deckplatte auf der Facies sternalis vorhanden, aber noch nicht vollständig angeschlossen. Vertiefung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare.

Oberarm: Beiderseits: Epiphysenfuge am proximalen Gelenk noch sichtbar. Fossa coronoidea tief ausgehöhlt, fast durchbrochen vom Foramen supratrochleare. Links: die Tuberositas deltoidea weist Knochenauszüge auf.

Unterarm: Ulnae beiderseits: S-förmig gekrümmt. Radii beiderseits: Epiphysenfuge am distalen Gelenk noch sichtbar.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: Epiphysenfugen am Beckenkamm noch sichtbar. Proximal ist die Facies lunata porös.

Oberschenkel: Beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche lateral und medial: → Periostitis (verheilt). Rechts: knöchern Auflagerungen ventral am unteren Diaphysendrittel: → knöchern umgebautes subperiostales Hämatom.

Strukturauslöschung und entzündlich veränderte Oberfläche an der Ansatzstelle für das Ligamentum iliofemorale. Leicht angedeutete „Reiterfacette“. Links: entzündlich veränderte Oberfläche an der Ansatzstelle de Ligamentum iliofemorale.
Unterschenkel: Tibia rechts: leicht streifige Oberfläche lateral. Fibulae beiderseits: mittig leicht nach dorsal gebogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Cribra orbitalis (re = li Grad II).

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 0.0), Ellenbogengelenk ([BWZ re 0.5, li 0.0]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.25, li 0.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 0.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re BWZ 0.4, li Grad 0-I) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.0, li 0.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.375).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re Grad I); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.0), BWS (Th1-Th7: BWZ 1.0, Th7-Th12: BWZ 1.5-2.5), LWS (Th12-L2: BWZ 1.5; L2-S1: BWZ 1.0); Bogengelenke: HWS (C3: li Grad I, C4-C5: re BWZ 1.0, li Grad I, C5: BWZ re = li 1.0), BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

Campus 50/10 63

A. Personalstatus

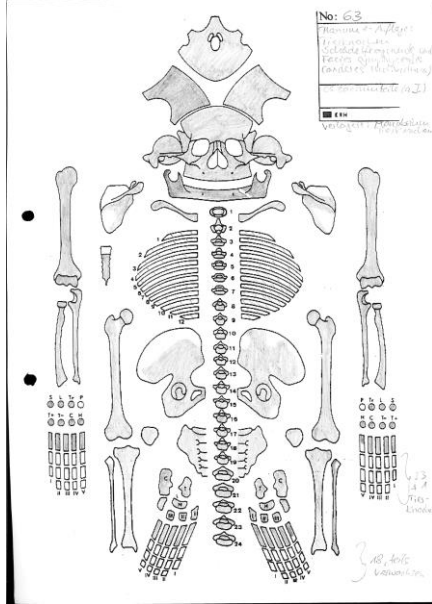
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Früh- bis mittelsenil (60-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Mehrere Extrafundtüten beinhalten Tierzähne und zusätzliche Knochenfragmente eines weiteren Individuums (Os sacrum, prox. Tibiagelenk, aufgesägte Calotte). Die linke Ulna ist am proximalen Diaphysendrittels medial infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachaußenfläche: Runde, erbsengroße Impression an der linken Sutura coronalis (verheilte, glatte Ränder). Linker Arcus superciliaris weist eine poröse Oberfläche auf.

Schäeldachinnenfläche: Eine Foveola granularis lässt sich im rechten Os parietale finden. Im linken Os parietale sind starke Impressionen der Äste der Arteria meningea media sichtbar.

Schädelbasisaußenfläche: Der Sulcus tubae auditivae sind beiderseits entzündlich verändert.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündliche Oberfläche und Osteophytenbildung: → chronische Ohrentzündung.

Warzenfortsatzzellen: Der rechte Proc. mastoideus ist wenig pneumatisiert.

Nasenhöhle: Das Septum ist leicht nach links verschoben.

Mittelgesichtregion: Die linke Jochbeinaußenfläche zeigt eine unruhige Oberfläche.

Harter Gaumen: Stomatitis und Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: intravitales Verlust aller Zähne. Kiefergelenkarthrose: re Grad IV und li Grad V.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Ligamenta flava und der Ligamenta longitudinalia anterior: → Verwachsung der Brustwirbel Th4 bis Th7 und Th8 bis L1 (zwischen Th7 und Th8 postmortal wieder gebrochen).

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: sehr lang mit ausgeprägten Muskelmarken. Scapula rechts: poröse Oberfläche der Cavitas glenoidalis. Links: Einkerbung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Beiderseits: ausgezogene und betonte Tuberositas deltoidea und Crista tuberculi majoris sowie minoris, rechts stärker als links. Löcher mit glattem Rand im Tuberculum majus, rechts mehr als links.

Unterarm: Ulna rechts: sehr große Gelenke. Auszug auf der Tuberositas ulnae und Einkerbungen distal bzw. dorsal von der Incisura radialis. Radius rechts: sehr große Gelenke. Einbrüche auf der proximalen Fläche des proximalen Gelenkes.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist in sich leicht schief. Ossa coxae beiderseits: poröse Oberfläche der Facies lunata. Osteophyten die in das Foramen obturatum hinein wachsen. Rechts: Knochenauszug der Tuberculum pubicum.

Oberschenkel: Rechts: leicht streifige Diaphysenoberfläche lateral. Verlängerung des Caput femoris ventral (ähnlich einer „Reiterfacette“). Links: Der Knochenquerschnitt ist links größer als rechts. Die Diaphyse ist mittig nach lateral gebogen. Der Caput femoris ist wie rechts verlängert mit einer Knochenauflagerung. Der Bereich der Linea aspera ist verbreitert: → das Labium laterale und mediale liegen mittig weit auseinander (Ursprung der M. biceps?). Es sind dorsal mittig zwei Gefäß einschnürungen am Knochen erkennbar.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: streifige Osteophyten proximal auf der Patella. Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche lateral und medial. Ränder des Sulcus malleolaris raus ausgezogen. Rechts: Auszüge und Einkerbungen an der Linea m. solei. Links: Incisura fibularis mit Einkerbungen und Osteophyten versehen. Fibulae beiderseits: stark ausgezogene Margines. Links: Osteophyten proximal der Facies art. malleoli lateralis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Os bregmaticum.

Nasenseptumdeviation nach links.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk (re Grad II-IV, [li BWZ 1.0]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 2.0, li 1.75), oberes Handgelenk (BWZ re 1.75, li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.75, li 1.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), oberes Sprunggelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 4.0); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 3.0; C5-C7: BWZ 2.0-2.5), BWS (C7-Th4: BWZ 2.0-3.5, Th7-Th8: BWZ 6.0), LWS (L1-S1: BWZ 3.0-4.0); Bogengelenke: HWS (C2-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0-3.5, Th7-Th8: BWZ re = li 3.0), LWS (L1-S1: BWZ re 3.0-4.0, li 3.0-3.5).

3. Evtl. Traumata: Runde, erbsengroße Impression an der linken Sutura coronalis (verheilte, glatte Ränder).

Campus 50/10 64

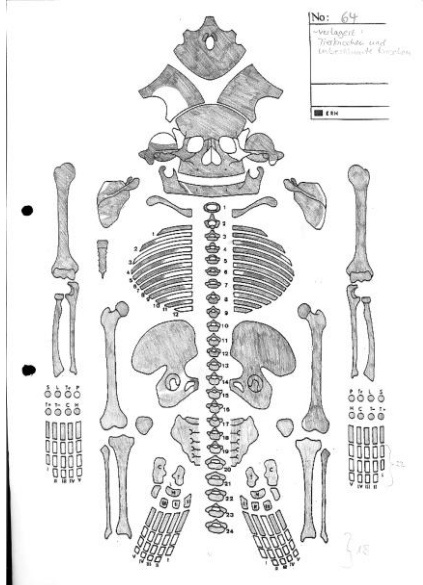
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale und in den beiden Ossa parietalia im Bereich des Bregmas ist die Oberfläche der Lamina interna unregelmäßig mit Gefäßimpressionen durchfurcht. In beiden Ossa parietalia finden sich Foveolae granularis.

Schädelbasisinnenfläche: Die Enden der Sella an den Processus clinoides posteriores sind sehr spitz ausgezogen.

Schädelbasisaußenfläche: Das rechte V. jugularis interna ist sehr groß.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlich verändert.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus links: kaum pneumatisiert (große Hohlräume).

Augenhöhlerdach: Beiderseits: die Oberfläche ist leicht porös: → Cribralia orbitalia I.

Nasenhöhle: Der Knochenanteil der Maxilla der den untersten Rand der Apertura piriformis bildet ist sehr weit nach anterior ausgezogen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Abszesse: Regionen 13 ; intravitale Verluste: aller Zähne außer 23 und 43. Zahnstein an Zahnwurzel (Grad II). Karies Zahn 43 (Grad VI). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelet

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis und Spondylarthritis (Th4-Th6 rechtsseitig). Verknöchertes Ansatz der Ligamenta flava. Einbrüche von SCHMORLschen Knorpelknötchen in die Grundplatten des 8.-11. Thorakalwirbels. Die Grundplatte des 8. Thorakalwirbels weist ebenfalls Anzeichen für einen Bandscheibenprolaps in ventraler Richtung auf.

Brustkorb: Das sternale Ende des 1. Rippenpaares ist beiderseits wie aufgebläht. Eine mittlere rechte Rippe weist eine verheilte Fraktur auf. Das Manubrium ist beiderseits an der Incisura costalis prima wie aufgebläht. Der Corpus sterni ist knöchern mit dem zweistrahligen Processus xiphoideus verbunden.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Randbildung an der Tuberositas lig. costoclaviculare. Ausgeprägte Muskelmarken. Scapulae beiderseits: leichte Einkerbung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Beiderseits: die Tuberositas deltoidea, die Crista tuberculi majoris und minoris sind stark ausgeprägt, rechts stärker als links. Links: dorsal leicht entzündlicher Rand am Caput humeri.

Unterarm: Ulnae beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas ulnae. Rechts: Osteophyt am Olecranon. Links: unregelmäßig aufgebaute Knochenauflagerung an der Margo interosseus. Radii beiderseits: stark ausgeprägter Rand der Tuberositas radii. Rechts: tiefe, runde, reiskorngroße Einkerbung in die Tuberositas radii.

Beckengürtel: Os sacrum: der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen. Ossa coxae beiderseits: poröse Oberfläche der Facies lunata und der Fossa acetabuli. Knöcherne Auszüge an der Spina iliaca anterior inferior. Links: knöcherne Auszüge an der Linea glutea.

Oberschenkel: Beiderseits: stark ausgeprägte Linea intertrochanterica, Linea aspera und Tuberositas glutea sowie Ausziehung im Bereich des Collum femoris, rechts stärker als links.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: streifige Osteophyten auf der anterioren Fläche. Rechts: leichte Eburnisation mittig der Facies. Tibiae beiderseits: leicht ausgezogene Tuberositas tibiae und deutliche Linea m. solei. Rechts: Oberfläche der distale Diaphysenhälfte leicht streifig. Unregelmäßige Incisura fibularis. Fibulae beiderseits: unregelmäßige Knochenbildung proximal der Facies art. malleoli lateralis. Links: proximale Gelenk größer als rechts.
Fuß: Links: Impression in die Facies art. prox. des Os naviculare.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes: Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

2. Mangelerkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.5, li 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re 2.0, li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re BWZ 0.6, [li BWZ 1.0]) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.5; [li BWZ 1.0]), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.8), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.1, li 1.2).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0-4.0), BWS (C7-Th2: BWZ 2.5-3.0; Th2-Th5: BWZ 2.0, Th5-Th12: BWZ 2.0-2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0-3.5), BWS (C7-Th3: BWZ re = li 2.0-3.5, Th4-Th6: BWZ re 5.5-6.0, li 2.5-3.0, Th6-Th12: BWZ re 2.5-3.5, li 2.0-3.5), LWS (Th12-S1: BWZ re 3.0-3.5, li 2.5-3.5).

4. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Oberschenkel: Beiderseits: ausgeprägte Linea aspera und poröse Facies poplitea.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Linea m. solei stark ausgeprägt. Diaphysenmitte streifig ausgeprägt und Tuberositas tibiae nach lateral ausgezogen. Rechts: am distalen Gelenk kann man eine nicht verschlossene Epiphysenfuge venterolateral erkennen. Fibulae beiderseits: kantige Margines.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nasenseptumdeviation nach rechts.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.5, li 1.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 1.5), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.8, li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthritis: Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ re 4.0-6.0, li 3.0-4.0), Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0-3.0), BWS (C7Th6: BWZ 2.0-2.5, Th6-Th11: BWZ 3.5-4.0), LWS (L1-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (C4-C7: re Grad III, li BWZ 2.5), BWS (C7-Th1: BWZ re 3.0, li 2.5; Th3-Th4: re Grad II-III, li BWZ 2.0, Th9: re Grad II; Th10: re Grad III), LWS (L2: re Grad III; L3-L4: re Grad III, li BWZ 3.5; L4-S1: BWZ re 2.5-3.0, li 3.0).

Campus 50/10 66

A. Personalstatus

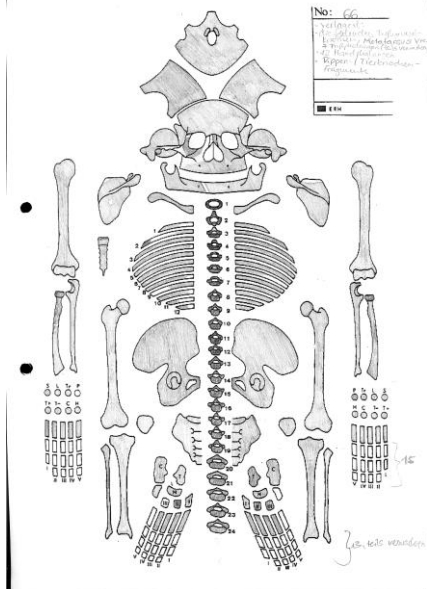
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Frühadult (20-24 Jahre)

Geschlecht: Eher Mann (♂≥♀)

Besonderheiten: Der untere dorsale Schaftdrittel des Radius: ist infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Äußere Ohrregion: Der linke Meatus acusticus externus ist leicht entzündlich verändert.

Warzenfortsatzzellen: Der rechte Processus mastoideus ist auffallend größer als links.

Nasenbenhöhlen: Der rechte Sinus maxillaris weist leicht entzündliche Knochenneubildungen im vorderen Bereich auf.

Mittelgesichtregion: Jochbeinaußenfläche beiderseits: unterer Rand höckerig ausgezogen: → verheilte entzündlicher Prozess.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis im vorderen Bereich.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose (in den hinteren Regionen); Parodontitis (Regionen 13-23); Abszesse: Regionen 14. Zahnstein an 33-43 (Grade I). Karies Zahn 47, 35 (Grad I), 33 (II), 24 (V), und 14 (VI). Abrasion 31-33 und 41-43. Transversale lineare Schmelzhypoplasien Grad I an 11 und 21. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Skoliose im Thorakalbereich.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: tiefe Ansatzstelle des Ligamentum trapezoideum. Scapula beiderseits: leichte Auswölbung des Margo lateralis im distalen Drittel Richtung lateral.

Oberarm: Beiderseits: tiefe und lange Einkerbung im Bereich der Crista tuberculi majoris.

Unterarm: Ulna rechts: unregelmäßige Tuberositas ulnae.

Hand: Relativ zierliche Knochen.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: Reste der Epiphysenfuge am Beckenkamm erkennbar. Rechts: Strukturauslöschung auf Tuberositas iliaca.

Oberschenkel: Beiderseits: mittig leicht streifige Diaphysenoberfläche lateral sowie stark streifig medial: → Periostitis (verheilt). Caput femoris leicht nach ventral verdreht. Der Rand des Caput femoris ist proximal leicht in die Länge gezogen. Entzündliche Reaktion mit Gradbildung auf der Facies poplitea erkennbar.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: sehr runde statt herzförmige Kontur. Tibiae beiderseits: Vertiefung an der Linea musculi solei: → Traumaschehen. Entzündliche Veränderung und Gradbildung der Incisura fibularis und proximal davon. Fibulae beiderseits: entzündlich veränderte Oberfläche proximal der Facies articularis malleoli und distal des proximalen Gelenkes auf der lateralen Seite.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Links Facies articularis calcanei ant. und Facies articularis tal. ant. nicht ausgebildet.

Zwei kleine Nahtknochen im Bereich der rechten Sutura lambdoidea.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 0.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.6) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.0, [li 1.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 0.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.5); Körpergelenke: HWS (C2-C4: BWZ 0.5-1.0, C4-C7: BWZ 0.0), BWS (C7-Th12: BWZ 0.0), LWS (Th12-L4: BWZ 0.0, L4-S1: BWZ 0.5-1.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: re BWZ 0.5, li Grad II; C3-C7: BWZ re = li 0.0), BWS (C7-Th12: BWZ re = li 0.0), LWS (Th12-L5: BWZ re = li 0.0, L5-S1: BWZ re = li 0.5).

3. Traumata: Vertiefung an der Linea musculi solei.

4. Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 67 Anatomieleiche

A. Personalstatus

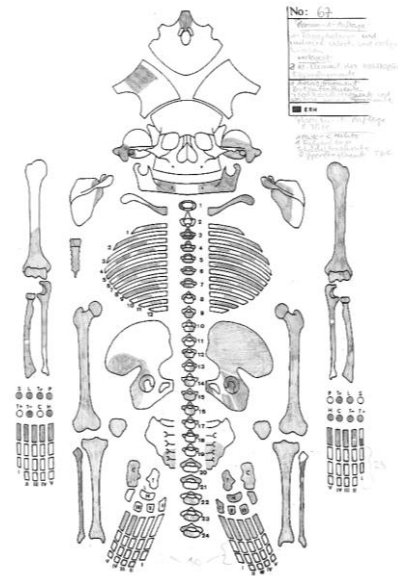
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Der Schädel ist stark fragmentiert. Es sind nicht alle Hand- und Fußknochen vorhanden. Die Brustwirbel sind für eine genaue Beurteilung zu stark fragmentiert. Rechter Humerus nur distale Hälfte vorhanden.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums und Sägespuren an den Wirbelkörpern der Halswirbelsäule durch die Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich und poröse Oberfläche.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontose. Zahnstein 32-42 (Grad I). Fissurenkaries. Kiefergelenkarthrose: li Grad II. Vermehrte Zahnzementbildung (Hyperzementose) an einigen molaren Wurzelspitzen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Durchschnittlich weisen die Wirbelkörper einen Arthrosegrad zwischen I und II auf. Die Halswirbelkörper weisen Sägespuren an den Wirbelkörpern auf.

Schultergürtel: Scapula links: Facies articularis clavicularis entzündlich verändert.

Oberarm: Links: massive Crista tuberculi majoris mit leichter Biegung des Humerus: → V.a. verkürzte Deltamuskeln an der Ansatzstelle. Tiefe Fossa coronoidea.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: leicht poröse Facies lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: Stark streifige Diaphysenoberfläche rings herum: → Periostitis (verheilt). Andeutungen von beginnenden „Reiterfacetten“, links stärker als rechts. Unruhige Oberfläche am proximalen Teil der Linea aspera.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: leicht nach lateral ausgezogen. Tibiae beiderseits: Stark streifige Diaphysenoberfläche rings herum: → Periostitis (verheilt). Massive Tuberositas tibiae und scharfkantiger Margo anterior. Fibulae beiderseits: proximal stark nach ventral gebogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (li BWZ 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.0, li 0.25), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 0.0]), oberes Handgelenk ([BWZ re = li 0.0]), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.25), oberes Sprunggelenk (re Grad 0, li BWZ 0.0), unteres Sprunggelenk (re Grad I, li BWZ 0.4).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re Grad I), unteres Kopfgelenk:

Bogengelenke (re BWZ 1.0, li Grad I); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.0), BWS (Grad I-II), LWS (L2-L4: BWZ 2.0);
Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 1.0), LWS (L2-L4: BWZ re = li 1.0).

2. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöchernen Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 68

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Die rechte Clavicula, Scapula und Patella sowie Manubrium, Corpus sterni und Costae sind nicht erhalten. Vom Os sacrum ist nur ein ganz kleines Fragment erhalten. Beide Ossa coxae sind fragmentiert. Im Bereich der Wirbelsäule sind nur wenige Fragmente erhalten.

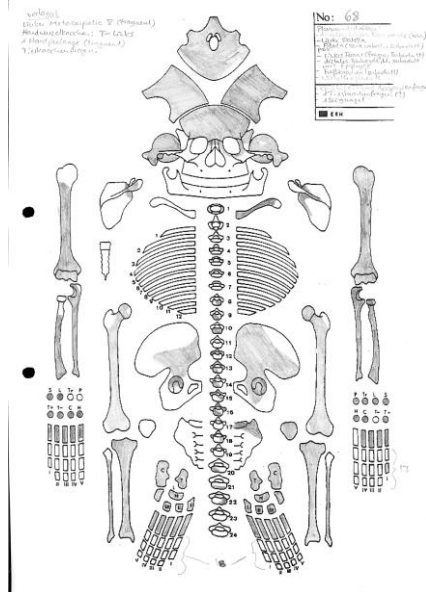
Oberflächen: Beide Ossa coxae sind erodiert. Wirbelsäulenfragmente sind stark erodiert.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Extraduntüte mit Knochen (Befund 68, Datum 18.07.11, Planum 1-Anlage, Fundtüte Nr. 120):

- Distale Hälfte eines Femurs eines erwachsenen Individuums mit stark streifiger Diaphysenoberfläche ringsherum: → massive Periostitis.
- Femur-, Tibia-, Radius-, Calcaneus-, und Metatarsusfragment ohne Epiphysenanschluss.
- Patella eines erwachsenen Individuums mit einem porösen Apex patellae (sehr lang).
- Sargnagel



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Zwei Foveolae granularis in den Ossa parietalia.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlich veränderte Oberfläche.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus beiderseits: sehr klein. Links: sehr kompakte Spongiosa.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: Parodontose. Lediglich einige Schneide- und Eckzähne sowie Molare und Prämolare erhalten.

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Clavicula links: arthrotische Ausziehung der Facies sternalis nach distal.

Oberarm: Beiderseits: massive Tuberositas deltoidea. Rechts: stark erodiert und das proximale Gelenk fehlt.

Unterarm: Ulnae beiderseits: stark erodierte Oberfläche. Radius rechts: proximales Gelenk fehlt.

Oberschenkel: Rechts: Oberfläche und Gelenke sind erodiert. Links: streifige Diaphysenoberfläche auf der medialen und der lateralen Seite.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: mittig stark streifige Diaphysenoberfläche medial: → Periostitis (teils aktiv, teils verheilt). Stark ausgeprägte Linea musculi solei. Fibulae beiderseits: stark erodiert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (li BWZ 0.5), Ellenbogengelenk ([re Grad 0]), Radio-Ulnargelenk (re = li Grad I), oberes Handgelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.5), Kniegelenk:

Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad 0-I) und Retropatellargelenk (re Grad 0, li BWZ 0.25), oberes Sprunggelenk ([re BWZ 0.5], li BWZ 0.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Bogengelenke: LWS (L2: li Grad I; L4: re = li Grad I; S1: li Grad I).

Campus 50/10 70 Anatomieleiche

A. Personalstatus

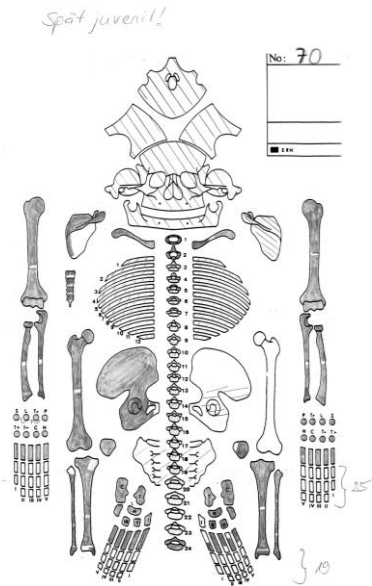
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Die Rippen, Wirbel und die linke Os coxae sind stark fragmentiert. Das linke Femur fehlt, eventuell nicht mit begraben. Es liegen mehrere nicht verwachsene Teile des Manubriums und Corpus sterni vor.

Alter: Spätjuvenil bis frühadult (18-20 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums, der Extremitäten rechts und links sowie der Wirbel durch die Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Eine Foveolae granularis im linken Os parietale. Narbige, unregelmäßige Oberfläche in beiden Ossa parietalia.

Schädelbasisaußenfläche: Schräg nach links verschobene Protuberantia occipitale externa mit entzündlicher Komponente: → V.a. erhöhte linksseitige Muskelaktivität.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderte Oberfläche.

Augenhöhle: Links: porös: → Cribralia orbitalia II.

Nasenbenhöhle: Sinus maxillaris beiderseits: leicht raue Oberfläche und die Wurzeln der Zähne 16-17 und 26-27 reichen in die Kieferhöhle hinein.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Zahnstein generalisiert (Grade I). Transversale lineare Schmelzhypoplasien I. Kiefergelenkarthrose: li Grad II. Hyperzementose an den Zahnwurzeln. Keine Weisheitszähne angelegt. 12-14 sind nicht vorhanden.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Grundplatte des 8. und in die Deckplatte des 9. Thorakalwirbels. Einige nicht allzu stark fragmentierte Wirbel zeigen, dass die Dornfortsätze bei der Leichenöffnung abgesägt wurden (C3-C7; Th11-Th12; L3-L4).

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: im Bereich der Facies sternalis ist noch keine Deckplatte angelegt. Vertiefung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare, links tiefer als rechts. Rechts: massiv ausgezogenes Tuberculum conoideum. Scapula rechts: leichte Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis. Der Angulus inferior ist noch nicht angewachsen.

Oberarm: Beiderseits: Epiphysenfuge des proximalen Gelenkes noch erkennbar. Mittig gesägt. Entzündliche Oberflächenveränderung am proximalen Gelenk im Bereich der Kapselansatzstelle. Rechts: Vertiefung und Knochenauszüge zwischen der Crista tuberculi majoris und minoris. Links: raue Oberfläche zwischen der Crista tuberculi majoris und minoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: mittig gesägt. Distale fast verwachsene Epiphysenfuge noch erkennbar, links postmortal wieder abgebrochen. Das proximale Gelenk ist überdurchschnittlich massiv, ebenso der Margo interossea. Radii beiderseits: mittig gesägt. Distale fast verwachsene Epiphysenfuge noch erkennbar, rechts postmortal wieder abgebrochen. Massiv ausgeprägte Tuberositas radii.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist noch nicht vollständig verwachsen. Os coxae rechts: der Beckenkamm ist noch nicht verwachsen.

Oberschenkel: Rechts: massives proximales Gelenk. Mittig gesägt (es scheint ein Stück zwischen den beiden Sägespuren zu fehlen). Die Diaphysenoberfläche ist streifig auf der medialen und lateralen Fläche. Die Muskelmarken sind überdurchschnittlich stark ausgebildet. Die distale Epiphysenfuge ist noch erkennbar.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: der Apex patellae ist porös und sehr langgezogen. Tibiae beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche medial und lateral: → Periostitis (verheilt). Zweimal gesägt, mittig und am distalen Gelenk. Links: mehrere Ansatzspuren der Säge neben eigentlichem Schnitt sichtbar. Entzündliche Oberflächenveränderungen distal des Condylus medialis. Fibulae beiderseits: proximales Gelenk fehlt. Zweimal gesägt, mittig und am distalen Gelenk.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Links Cribra orbitalia II.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.25), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 0.5], li BWZ 0.25), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0), Hüftgelenk (re BWZ 0.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re BWZ 0.0], li Grad 0) und Retropatellargelenk (re BWZ 0.25, li Grad 0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.3, li 0.0), unteres Sprunggelenk (re BWZ 0.1, [li BWZ 0.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re Grad I, li BWZ 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.0), BWS (Th5-Th8: BWZ 0.0-1.5, Th8-Th12: BWZ 1.0-2.0), LWS (Th12-L1: BWZ 0.5; L1-L5: BWZ 0.0; L5-S1: BWZ 0.5); Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ re = li 1.0; C4-C5: BWZ re Grad I, li BWZ 1.0; C5-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (Th11: re Grad I; Th12: re Grad I), LWS (L1: re = li Grad I; L3-L4: re Grad I, li BWZ 1.0; L4: BWZ re = li 1.0).

Campus 50/10 71

A. Personalstatus

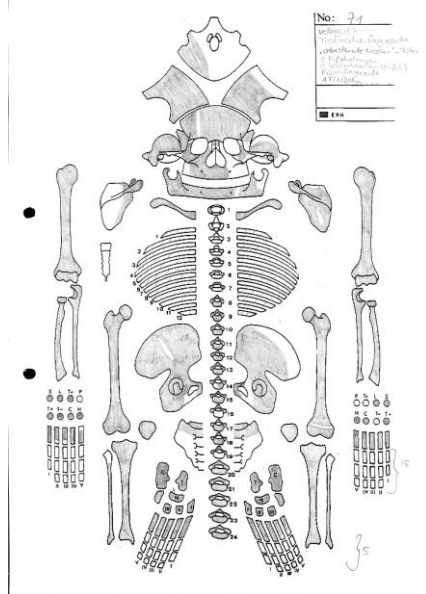
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Die Rippen sind stark fragmentiert. Manubrium und Corpus sterni fehlen.

Alter: Mittelalter bis spätesenil (50-80 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Zwei Extrafundtüten mit Knochenfragmenten, wahrscheinlich tierisch. Alle erhaltenen Knochen sind vergleichsweise leicht: → V.a. Osteoporose.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis und eine sulcusartige Impression im linken Os parietale. Des Weiteren atypische Gefäßimpressionen im rechten Os parietale und eine tiefe Impression einer Astes der Arteria meningea media im linken Os parietale.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med. links: poröse Oberfläche im Sulcus sinus sigmoidei.

Augenhöhle: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Durch die starke Erosion des Oberkiefers ist kaum zu beurteilen an welcher Stelle Zähne intravital oder postmortal ausgefallen sind. Parodontopathien: Parodontose; Parodontitis; Abszesse: Regionen 22-23; intravitale Verluste: 32-45. Zahnstein generalisiert (Grade I). Karies I-II. Starker Rückgang des gesamten Kieferknochens. Poröse Stelle an Tuberculum articulare zwischen Kiefergelenkmulde und Processus zygomaticum.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Im Bereich der Brustwirbelsäule sind einzelne fragmentierte Wirbelkörper erhalten mit Arthrose Grad II.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: leichte Vertiefung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare. Facies articularis acromialis gerade abgeschilfert. Scapula beiderseits: proximale Fläche des Acromions unruhig und unregelmäßig. Rechts: Cavitas glenoidalis unregelmäßig, eventuell durch Erosion. Links: Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Links: dorsal auf den Tuberculum majus Knochenneubildung (rund, flach) mit entzündlicher Komponente.

Unterarm: Radius links: entzündlich, arthritische Ausziehung am Caput radii medial – Circumferentia articularis radii.

Hand: Leichte Gradbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: Facies articularis beiderseits gerade abgeschilfert. Ossa coxae beiderseits: Facies articularis ist porös und gerade abgeschilfert (evtl. durch Erosion). Stark poröse Facies lunata (evtl. teilweise postmortal).

Oberschenkel: Beiderseits: leicht streifige Diaphysenoberfläche (evtl. durch Erosion). Ausgezogene Linea aspera. Sehr kleiner Trochanter major.

Unterschenkel: Patella rechts: auf der Facies articularis medialis finden sich Knochenneubildungen. Leicht poröse Oberfläche proximale auf der Patella. Links: längliche, kleine osteophytische Ausziehungen und leicht poröse Oberfläche proximal auf der Patella. Tibiae beiderseits: mittig leicht streifige Diaphysenoberfläche posterior und medial: → Periostitis (verheilt). Rechts: Linea musculi solei ist unruhig und unregelmäßig. Die Oberfläche distal des Condylus lateralis ist auf der

Ventralseite rau. Links: die Oberflächen distal der Condylen sind auf der Ventralseite rau. Fibulae beiderseits: mittig leicht nach dorsal gebogen. Die proximalen Gelenke fehlen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Cribra orbitalia I beiderseits.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (re Grad 0-I, [li BWZ 1.0]), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 0.5]), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([BWZ re = li 1.25]) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.5, [li BWZ 1.0]), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.7), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0). Arthritis: Radio-Ulnargelenk (li BWZ 1.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: LWS (L1-S1: BWZ 2.0); Bogengelenke: LWS (L1: re Grad I, L3-S1: BWZ re 1.0, li 1.0-2.0).

Campus 50/10 72

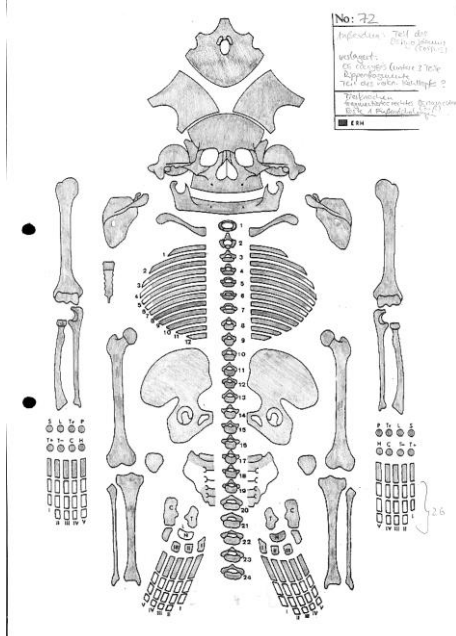
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Es sind nicht alle Fußknochen vorhanden.

Alter: Mittelreife bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Drei kleine Foveolae granularis ähnliche Impressionen in den Ossa parietalia. Atypische Gefäßimpressionen in beiden Ossa parietalia. Außerdem tiefe Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlich veränderte Oberfläche.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribralia orbitalia I.

Nasenhöhle: Nasenmuscheln beiderseits aufgedunsen und mit übermäßiger poröser Oberfläche.

Harter Gaumen: Massive Stomatitis und mehrere kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis generalisiert; intravitale Verluste: 14, 16, 17, 24-26, 37 und 46. Zahnstein 45 und 47 (Grade I). Karies Zahn 12, 13 (Grad III) und 44 (VI). Massive Abrasion 11-13, 21-23, 31-33 und 41-43. Kiefergelenk re = li Arthrose Grad II. Keine Weisheitszähne angelegt. 34 ist wahrscheinlich postmortal verloren gegangen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis und vereinzelt erste Anzeichen einer Spondylarthrosis.

Brustkorb: Die Incisura costalis prima des Manubriums zeigt erste Anzeichen für die Verwachsung mit dem ersten Rippenpaar.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: arthritische Oberflächenveränderung an der Facies articularis acromialis und der distalen Fläche der Extremitas acromialis. Rechts: Vertiefung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Scapulae beiderseits: Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis. Unregelmäßige Facies costalis. Leicht arthritische Spuren am Acromion.

Oberarm: Beiderseits: raue Muskelmarken auf der Tuberositas deltoidea und auf der Dorsalseite distal des proximalen Gelenkes.

Unterarm: Ulnae beiderseits: große Diaphysendurchmesser. Radii beiderseits: massiver Margo interossea und Tuberositas radii.

Hand: Leichte Gradbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: Spina bifida. Ossa coxae beiderseits: kleine Exostosen auf der Facies auriculares. Verknöcherte Muskelansatzstellen am Tuber ischiadicum. Arthritische Veränderungen der Facies lunata, Arthritis re Grad IV, li III.

Oberschenkel: Beiderseits: mittig leicht nach ventral gebogen. Streifige Diaphysenoberfläche proximal der Facies patellaris. Knochenauszüge und verknöcherte Muskelansätze auf massiver Linea aspera. Arthritische Veränderungen direkt neben der Fovea und distal des Caput femoris auf der Ventralseite.

Unterschenkel: Patella rechts: poröser Apex patellae (evtl. durch Erosion). Links: reiskorngroße Knochenneubildung auf der Facies articularis med. Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche lateral der Tuberositas tibiae, proximal der Facies fibularis und dorsal in Höhe Diaphysenmitte. Links: erbsengroße Knochenneubildung auf der Facies articularis superior lateral. Fibulae beiderseits: streifige Oberfläche des proximalen und distalen Gelenks. Unregelmäßige Oberfläche proximal des Malleolus lateralis auf der medialen Fläche.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Zwei kleine Nahtknochen (einer links, einer rechts) in der Sutura lambdoidea.

Os sacrum: Spina bifida.

2. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia I beiderseits.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (re Grad I, li 0-I), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 0.5, li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.0, li 1.4) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.0, [li BWZ 1.3]), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.0, li 0.8), unteres Sprunggelenk ([re BWZ 1.2], li BWZ 1.0). Arthritis: Hüftgelenk (BWZ re 3.5, li 3.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re BWZ 1.0, li Grad I), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 2.0; C3-C7: BWZ 2.5), BWS (C7-Th4: BWZ 2.5, Th4-Th12: BWZ 2.5-3.5), LWS (Th12-L5: BWZ 2.5; L5-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 1.0, li 2.0; C3-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th8: BWZ re = li 1.0, Th8-Th12: BWZ re = li 1.0-1.5), LWS (Th12-S1: BWZ re 1.0-2.0, li 1.0-1.5).

4. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Kehlkopfes (Larynx).

Campus 50/10 73

A. Personalstatus

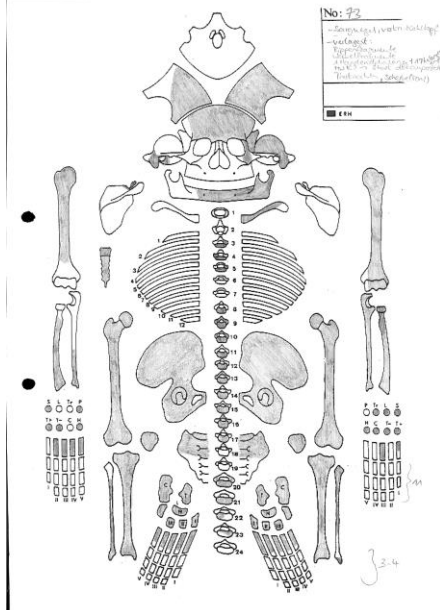
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es fehlen beide Scapulae, die rechte Clavicula, die linke Fibula, einige Gelenke im Armbereich und bis auf einige Fragmente alle Rippen.

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Der linke Radius ist im Bereich der Tuberositas pronatoria infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale ist die Oberfläche beiderseits rau und narbig. In den Ossa parietalia lassen sich sulcusartige Impressionen (evtl. von Gefäßen) finden, die aus den Impressionen der Äste der Arteria meningea media starten und in Foveolae granularis ähnlichen Impressionen münden.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia (re = II, li = I).

Nasenbenhöhlen: Die Oberfläche des Sinus frontalis ist beiderseits porös.

Mittelgesichtsregion: Die linke Jochbeinaußenfläche ist stark porös.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; intravitale Verluste: 35, 36 und 47. Kaum Zahnstein. Karies Zahn 37 und 46 (Grad I). Starke Abrasion von 32-33 und 42-43. Kiefergelenkarthrose: li Grad III. Kein 38 angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis mit Verknöcherung der Ligamenta flava im Hals- und Brustwirbelbereich. Spondylarthrosis mit knöcherner Verwachsung von Gelenken im Halswirbelbereich.

Brustkorb: Das Manubrium und der Corpus sterni sind vollständig miteinander verwachsen. Die Incisura clavicularis weist beidseitig leichte arthritische Veränderungen auf. Die knorpeligen Rippenansatzstellen sind verknöchert.

Schultergürtel: Nur die linke Clavicula ist erhalten. An der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare finden sich ausgezogene knöcherne Strukturen. Die Oberfläche der Facies sternalis ist leicht arthritisch verändert.

Oberarm: Beiderseits: massiv ausgeprägte Tuberculum minus und Crista tuberculi majus.

Unterarm: Ulna links: proximal stark ausgezogener Margo interossea. Radius links: massive Tuberositas pronatoria.

Hand: Gradbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist beidseitig mit den Ossa coxae an der Facies auriculares verwachsen. Ossa coxae beiderseits: verknöcherte Muskelansatzstellen. Rechts: linsengroße Strukturauslöschung am Acetabulumrand. Die linke Os coxa ist etwa 1 cm höher als die rechte.

Oberschenkel: Beiderseits: stark ausgeprägte Linea aspera mit verknöcherten Muskelansatzstellen, links stärker als rechts. Stark ausgeprägte Linea intertrochanterica und angedeutete „Reiterfacette“.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: die Facies anterior besitzt massive osteophytische Ausziehungen (Muskelansatzstellen). Tibiae beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas tibiae und Linea m. solei. Rechts: die Facies articularis fibularis weist arthrotische Ränder auf. Fibula recht: stark erodiert. Die Facies articularis capitis ist arthrotisch verändert.
Fuß: Gradbildung an den Gelenkflächen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelerkrankungen: Cribra orbitalia (re = II, li = I).

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re = li Grad II), Ellenbogengelenk (li Grad 0-I), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.5), Hüftgelenk ([re BWZ 2.0], li BWZ 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad 0-I) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.0, li Grad I), oberes Sprunggelenk (re BWZ 1.0, [li BWZ 1.25]), unteres Sprunggelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 0.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (li Grad II); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 6.0; C4-C5: BWZ 2.5), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0; Th3-Th6: BWZ 3.0; Th6-Th9: BWZ 4.0; Th9-Th10: BWZ 4.5; Th10-Th11: BWZ 6.0; Th11-Th12: BWZ 4.0), LWS (L3-S1: BWZ 3.0-3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: li BWZ 6.0), BWS (Th3-Th6: BWZ re = li 1.0-2.0, Th6-Th7: re BWZ 2.0, li Grad I, Th8-Th9: re Grad I), LWS (S1: re Grad II, li III).

Campus 50/10 74

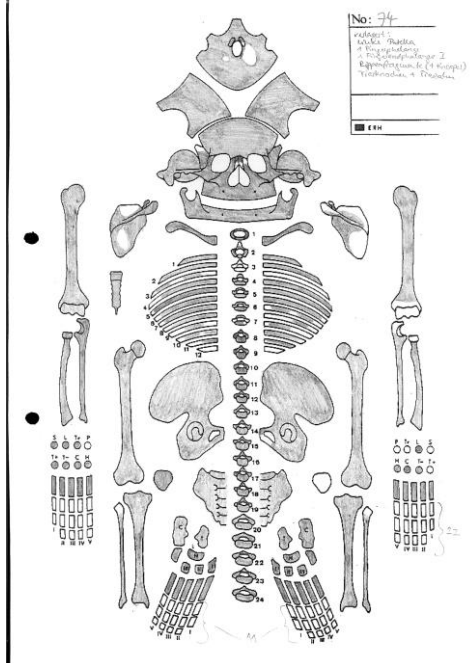
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Jeweils eine tiefe Foveola granularis in jedem Os parietale. Im rechten Os parietale zeigen sich tiefe Impressionen der Äste der Arteria meningea media.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Harter Gaumen: Es sind mehrere kleine Exostosen sichtbar.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; intravitale Verluste: 46, 47 und evtl. 18. Zahnstein stark an den Kronen generalisiert (Grad I). Karies Zahn 32, 33 (Grad IV), 12, 14, 16, 21, 23, 25 (V) und 22, 24, 26, 36-38 (VI). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III. Kaum Abrasion.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis und erste Anzeichen der Verknöcherung des Bandapparates.

Brustkorb: Facies costae prima des Manubriums zeigt beidseitig Verknöcherungsansätze. Gradbildung an den Ansatzstellen der Rippen für die Wirbel.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Vertiefung und Ausziehung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare.

Links: poröse Knochenauflagerung lateral der Facies sternalis anterior. Scapula rechts: kantiger Margo lateralis.

Oberarm: Beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas deltoidea. Links: kleine Exostose im distalen Diaphysendrittel anteromedial.

Unterarm: Beiderseits: Einziehung auf der Tuberositas ulnae.

Beckengürtel: Ossa Coxae beiderseits: Impression in der Facies lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: der Winkel zwischen Caput femoris und Femur ist eher gering. Rechts: kleine Exostose am Trochanter minor.

Unterschenkel: Patella rechts: sehr stark riefige anteriore Oberfläche. Links: kleine Exostosen proximal auf der Patella.

Tibiae beiderseits: mittig leicht streifige Diaphysenoberfläche medial: → Periostitis (verheilt). Fibulae beiderseits: raue Oberfläche proximal der Facies articularis malleoli.

Fuß: Rechts: Exostose an der Facies articularis calc. post. des Talus.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits Cribra orbitalia I.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.0, li 0.5), Ellenbogengelenk (re Grad 0-I), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, li 0.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.2, li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.0, li 0.7), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re Grad I, li BWZ 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C5-C7: BWZ 1.5-2.0), BWS (C7-Th10: BWZ 2.0, Th10-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-L4: BWZ 2.0, L4-S1: BWZ 3.0-3.5); Bogengelenke: HWS (C5-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th1: BWZ re 1.5, li 1.0; Th1-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.5-2.0).

Campus 50/10 75

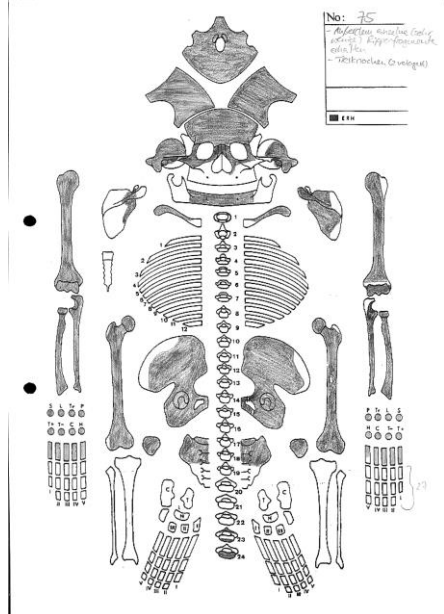
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Manubrium, Corpus sterni, Tibiae, Fibulae und die Ossa pedis beiderseits fehlen. Nur wenige kleine Fragmente der Rippen sind erhalten. Vom Schädel ist nur Unterkiefer mit wenigen Zähnen erhalten. Es sind nur der fünfte Lumbal- und der erste Sakralwirbel erhalten.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: In beiden Ossa parietalia finden sich Impressionen der Äste der Arteria meningea media. Im linken Os parietale befindet sich eine große Foveola granularis und im rechte Os parietale befindet sich eine raue, unregelmäßige Fläche mit kleineren Impressionen: → V.a. meningealen Reizzustand.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: starke Parodontitis (vorhanden Zahnwurzel werden kaum noch gehalten). Karies Zahn Grad I-VI.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis im Bereich L5-S1.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: poröse Extremitas acromialis. Scapulae beiderseits: Randbildung der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Beiderseits: arthrotisch veränderter und ausgezogener Tuber minor. Rechts: arthrotisch veränderter Rand des Caput femoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: die Diaphyse ist distal des proximalen Gelenkes nach dorsal geborgen. Radii beiderseits: sehr großes distales Gelenk und an der Rändern ausgezogene Tuberositas radii.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenken.

Beckengürtel: Facies auriculares des Os sacrum beiderseits porös. Ossa coxae beiderseits: poröse Auflockerung der Facies auriculares, Facies symphysialis und des Acetabulumrandes. Links: poröse Auflockerung der Fossa acetabuli.

Oberschenkel: Beiderseits: Diaphyse mittig nach ventral geborgen. Ansatz zur Bildung einer „Reiterfacette“. Rechts: Einkerbung an der Ansatzstelle für das Ligamentum iliofemorale. Stark streifige Diaphyseoberfläche in der proximalen Hälfte lateral: → Periostitis (verheilt). Links: osteophytisch ausgezogene Linea intertrochanterica.

Unterschenkel: Patella rechts: Spalt, evtl. verheilte Fraktur, auf der Facies med. sichtbar.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.5, li 2.0), Ellenbogengelenk (re = li Grad I), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 1.0, [li BWZ 1.0]), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 2.25, li 2.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad I) und Retropatellargelenk (re BWZ 1.0, [li BWZ 1.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: LWS (L5-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: LWS (S1: BWZ re 1.0).

Campus 50/10 76 A Anatomieleiche

A. Personalstatus

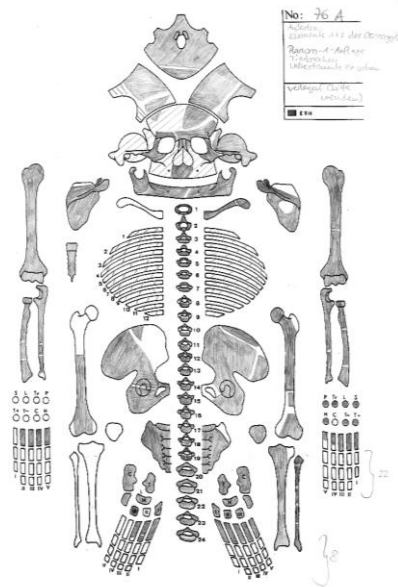
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Fast vollständig, rechter Unterschenkel fehlt. Die Langknochen sind postmortal mehrfach gebrochen.

Alter: Früh- bis mitteladult (23-27 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums und des rechten Femurs durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Eine Extradfundtüte enthält einen Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale sind mehrere kleine, raue Bereiche sichtbar: → Reste von epiduralen Hämatomen

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. links: Reste von epiduralem Hämatom sichtbar. Sella wirkt verändert; Kanten erscheinen wie umgeschlagen.

Schädelbasisaußenfläche: Sulcus tubae auditivae beiderseits entzündlich verändert.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus links: leicht entzündlich verändert.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: knochige, plattenartige Auflagerungen: → chronische Sinusitis.

Harter Gaumen: Stark poröse: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: starke Parodontitis; Abszesse: Regionen 33; intravitale Verluste: 35-36 und 46. Nahezu alle Zähne mit Karies (Grad I-IV). Strake Transversale lineare Schmelzhypoplasien an allen Zähnen (Grad V). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad II. Verstärkte Zahnzementbildung (Hyperzementose).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Am Atlas befinden sich knöcherne Ausziehungen ventral der Facies articularis superior beiderseits.

Brustkorb: Die Rippenenden sind sternal noch nicht verschlossen.

Schultergürtel: Claviculae: die Deckplatte der linken Facies sternalis ist noch nicht vollständig angewachsen. Rechts fehlt sie vollständig. Scapulae beiderseits: die Oberfläche der Cavitas glenoidalis ist leicht porös.

Oberarm: Beiderseits: ausgezogene und betonte Crista tuberculi majoris, rechts stärker als links. Unregelmäßige Oberfläche distal des Caput humeri auf der Lateralseite. Rechts: distales Gelenk leicht nach lateral geborgen.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung in der Tuberositas ulnae, rechts stärker als links. Ungewöhnliche Vertiefung zwischen lateraler Fläche der Incisura trochlearis und der Incisura radialis, rechts stärker als links. Links: großer Processus styloideus.

Beckengürtel: Sehr großes Os sacrum. S1 ist stark abgewinkelt: → Hohlkreuz. Teile des Steißbeins sind erhalten geblieben. Os coxa rechts: Beckenkammanschluss ist noch sichtbar. Außerhalb des Acetabulumrandes sind distal arthrotische Veränderungen sichtbar.

Oberschenkel: Beiderseits: Stark streifige Diaphysenoberfläche medial und lateral: → Periostitis (verheilt). Unregelmäßige Oberfläche distal des Caput femoris auf der Medialseite. Vertiefung proximal der Linea aspera im Bereich der Tuberositas glutea. Impression auf dem Caput femoris ventral.

Unterschenkel: Patella links: relativ klein. Tibia links: proximales Gelenk stark nach lateral geneigt. Mittel stark streifige Diaphysenoberfläche medial und stark streifig posterior: → Periostitis (medial verheilt, posterior aktiv).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Corpus sterni weist ein Foramen, Fissura sterni congenita, auf.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.0), oberes Handgelenk ([re BWZ 0.5], li BWZ 1.0), Hüftgelenk ([re Grad II], li BWZ 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re Grad 0, li BWZ 0.0]) und Retropatellargelenk ([re Grad 0, li BWZ 0.5]), oberes Sprunggelenk (re Grad 0-I, li BWZ 0.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 0.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.5); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 1.0-1.5; C5-C7: BWZ 0.0), BWS (C7-Th1: BWZ 0.5; Th1-Th11: BWZ 1.5; Th11-Th12: BWZ 1.0), LWS (Th12-L3: BWZ 1.0-1.5; L3-S1: BWZ 1.5-2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 0.0-0.5), BWS (Th1-Th2: re Grad 0, li BWZ 0; Th2-Th3: BWZ re 0, li 0.5; Th3-Th4: re BWZ 1.0, li Grad 0; Th4-Th10: BWZ re = li 0.0-0.5, Th10-Th11: re Grad I, li BWZ 1.0, Th11-Th12: BWZ re 0.0, li 0.5), LWS (Th12-L1: re Grad I, li BWZ 1.0; L1-L2: BWZ re = li 1.0; L2-L3: re Grad I, li BWZ 0.5; L3-S1: BWZ re 1.0, li 0.5-1.0).

Campus 50/10 76 B Anatomieleiche

A. Personalstatus

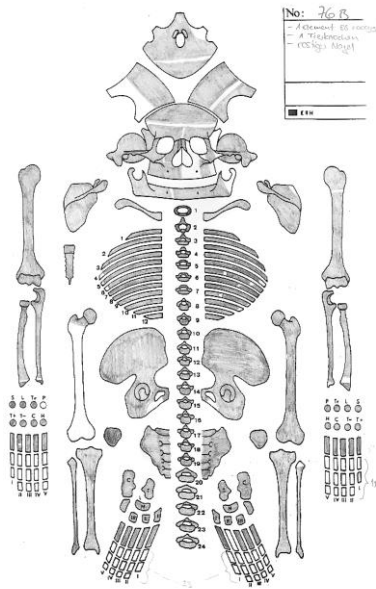
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Das rechte Femur, außer dem Caput femoris, fehlt.

Alter: Spätjuvenil bis frühadult (18-20 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Außerdem befinden sich in der Kiste ein Tierknochen und kleine Beckenfragmente eines weiteren Individuums.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachinnenfläche: Zwei Foveolae granularis. Rechtes Os parietale mit Impressionen der Äste der Arteria meningea media. Linkes Os parietale mit rauer Oberfläche und Impressionen eines netzartigen Gefäßgeflechts: → Reste von epiduralen Hämatomen. Os frontale mit rauer Oberfläche: → Reste von epiduralen Hämatomen.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: wulstige, zipfelige Ausziehungen. Fossa cranii post. beiderseits: poröse Oberfläche: → epidurales Hämatom. Kanten von Clivus wirken wie umgeklappt.

Schädelbasisaußenfläche: kleine zipfelige Ausziehungen am Foramen magnum.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: raus, entzündlich.

Nasenhöhle: Begr. Apertura pirif. beiderseits: langes Nasenbein.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: raus und porös.

Harter Gaumen: Porös, mit leichter Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose alle Regionen außer 13-23; Parodontitis Regionen 13-23; Karies 16, 26, 36 (Grad I). 45 und 46 fehlen, dazwischen evtl. Abszess. Leichte Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Kiefergelenkarthrose: re Grad IV und li Grad III. Noch keine Weisheitszähne angelegt/durchgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Bildung von SCHMORLschen Knorpelknötchen in den Grund- und Deckenplatten der Brustwirbel sowie die Bildung von Keilwirbeln (ventrale Abflachung): → Morbus Scheuermann (ausgeprägte Osteochondrosis). Anfängliche Verknöcherung der Bandansätze und der Gelenkkapseln. Erkennbare Neubildungen am ventralen Rand der Wirbelkörper der unteren Brustwirbel. Dorsal der Deckplatten sind Impressionen beginnender Diskusprolapsen erkennbar.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Deckplatte der Facies sternalis ist noch nicht angewachsen. Scapula rechts: die Oberfläche des Acromions ist rau.

Oberarm: Beiderseits: Epiphysenfuge am proximalen Gelenk noch gut sichtbar. Rechts: spitze Ausziehung am Übergang von Crista tuberculi majoris zu Tuberositas deltoidea. Links: betonte Crista tuberculi.

Unterarm: Distale Epiphysen an allen Unterarmknochen noch nicht angeschlossen.

Beckengürtel: Os sacrum: Sakralisation des 1. Steißwirbels. Ossa coxae beiderseits: Beckenkamm noch nicht angeschlossen. Rechts: raue Oberfläche der Facies lunata proximal. Links: Impression in der Facies lunata proximal.

Oberschenkel: Links: streifige Diaphysenmitte dorsal und lateral. Die Facies poplitea ist sehr rau und unregelmäßig.
Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenmitte auf der Lateralseite. Patella rechts: viel kleiner als links (gehört sie wirklich zu diesem Individuum?).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Sakralisation des 1. Steißwirbels.

2. Krankheiten: Gefäßimpressionen in der Lamina interna durch Hämatome durch Skorbut oder Trauma.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 0.5, li 0.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 0.0), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.0, li Grad 0), oberes Handgelenk (re BWZ 0.0, [li BWZ 0.0]), Hüftgelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad 0, li BWZ 0.0) und Retropatellargelenk (re Grad 0-I, li BWZ 0.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.3, li 0.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 1.5, li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re 1.0, li 1.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (C7-Th2: BWZ 2.0-2.5, Th5: Grad IV, Th6-Th8: BWZ 3.0-3.5, Th8-Th12: BWZ 3.5-4.5), LWS (Th12-L5: BWZ 2.0-3.5, L5-S1: BWZ 1.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re 2.0-3.5, li 1.0-1.5), BWS (C7-Th9: BWZ re = li 2.0-3.0, Th9-Th10: re Grad II, li BWZ 2.5, Th10-Th11: BWZ re = li 3.0, Th11-Th12: re = li Grad II), LWS (Th12-L2: BWZ re 1.0-1.5, li 1.5; L3: re = li Grad II; L4-S1: BWZ re = li 1.0-2.0).

Campus 50/10 77

A. Personalstatus

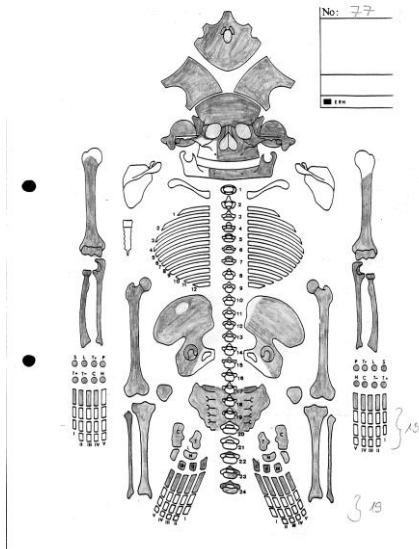
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Die Claviculae, Scapulae, Corpus sterni, Manubrium und die Rippen beiderseits fehlen.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte enthält Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Linea temporalis inferior mit kleinen Exostosen beiderseits. Die Sutura frontozygomata sieht beiderseits ungewöhnlich aus. Es scheint als wäre in der Sutura ein wulstiges Knochenstück entstanden. Auf der dorsalen Seite der Sutura finden sich kleine Exostosen.

Schädeldachinnenfläche: In beiden Ossa parietalia sind scharf abgegrenzte Foveolae granularis erkennbar.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus rechts: Exostosen und entzündliche Oberfläche um den Eingang herum. Links: durch Brushit verschlossen.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus rechts: unruhige Oberfläche.

Augenhöhle: Rechts: leicht porös.

Augenhöhlenboden: Rechts: Gefäßimpressionen.

Mittelgesichtsregion: Linkes Jochbein: die Sutura zygomaticomaxillaris sieht auffällig eingedrückt aus. Die obere Begrenzung der Begr. Apertura pirif. ist unterschiedlich hoch, links höher als rechts.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: starke; starker intravitaler Zahnverlust (Alveolen teilweise noch offen). Wenig Zahnstein. Karies bis Grad IV. Kiefergelenkarthrose: li Grad III. Stark verdickter Unterkiefer (lingual dadurch sehr spitzer Winkel) (M. masseter wahrscheinlich sehr stark ausgebildet).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Es sind nur zwei arthritisch veränderte Lendenwirbel erhalten. Spondylosis / Spondylarthrosis.

Oberarm: Beiderseits: distale Gelenke leicht nach lateral gebogen. Rechts: ausgezogene Muskelansätze auf der Tuberositas deltoidea. Impressionen auf dem Capitulum humeri.

Unterarm: Ulnae beiderseits: raue Oberfläche der Tuberositas ulnae und distal der Incisura radialis. Radii beiderseits: relativ große Gelenke.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: arthritisch veränderte Gelenke. Sakralisation des 1. Steißwirbels. Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen. Ossa coxae beiderseits: arthritisch verändert Facies auriculares. Impression in der Facies lunata proximal. Verknöcherte Muskelansatzstellen.

Oberschenkel: Beiderseits: Linea aspera zeigt verknöcherte Muskelansätze, vor allem proximal. Trochanter minor sehr groß. Exostosen am Trochanter major. Collum femoris weist ventral mittig eine lippenartige Struktur auf. Direkt distal des Caput

femoris auf der Ventralseite findet sich eine Vertiefung (Kapselansatzstelle). Torsion der Femurköpfe: Verdrehungswert größer „normal“: → Bein einwärts gedreht.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die mediale Diaphysenseite ist streifig. Die Tuberositas tibiae weist streifige Ausziehungen (vor allem lateral) auf und ist ventral stufenförmig. Links: es befindet sich eine Exostose am Malleolus. Fibulae beiderseits: leichte Arthrose am proximalen Gelenk erkennbar, links stärker als rechts. Patella rechts: streifige Exostosen auf der proximalen Patellaoberfläche. Links: runde, wulstige Exostose medial auf der Ventralseite.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Sakralisation des 1. Steißwirbels.

Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

Torsion des Caput femoris beiderseits.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re BWZ 1.5, [li 1.0]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), oberes Handgelenk (BWZ re 1.0, li 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.2, li 1.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.6, li 0.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthritis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad 0); Körpergelenke: LWS (L4-S1: BWZ 4.5); Bogengelenke: LWS (L4-S1: BWZ re 3.0-4.5, li 3.5-4.0).

Campus 50/10 78 A

A. Personalstatus

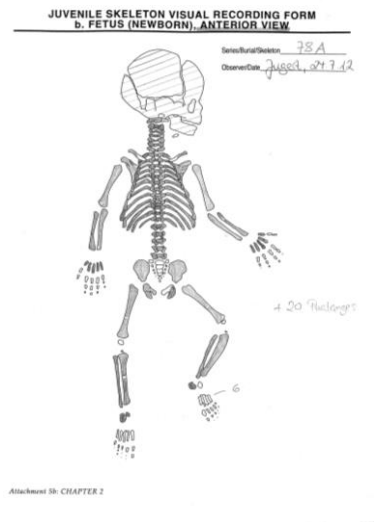
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel ist fragmentiert und beide Claviculae sind nur teilweise erhalten. Das Manubrium, der Corpus sterni, das Os sacrum, ein Os pubis, die beiden Patellae und alle Ossa pedis fehlten.

Alter: Neonat (Geburt - 2 Monate)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: Zwei kleine, bogenförmige Knochenspangen (unbestimmt) befinden sich in einer Extradundtüte.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Die Lamina interna ist porös und streifig (alters- und degradierungsbedingt). Im Os frontale sind knöcherne Auflagerungen zu erkennen.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

Zähne, Alveolarregionen: Die Oberfläche des Unterkiefers ist teilweise sehr porös (unklar ob evtl. durch Degradierung).

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Die Wirbelkörper sowie die linke und rechte Wirbelbogenseite sind noch nicht mit einander verwachsen. Oberfläche wahrscheinlich porös durch Degradierung.

Brustkorb: Rippenoberfläche wahrscheinlich porös durch Degradierung.

Oberarm: Beiderseits: vereinzelt raue, poröse Stellen mit streifiger Knochenneubildung im Bereich der Diaphyse.

Unterarm: Ulnae beiderseits: medial streifige Diaphysenoberfläche wahrscheinlich durch Degradierung. Radii beiderseits: beiderseits: anterior streifige Diaphysenoberfläche wahrscheinlich durch Degradierung.

Hand: Poröse Oberfläche der Ossa manus wahrscheinlich durch Degradierung.

Beckengürtel: Die Beckenknochen (Os iliaca, Os ischium und Os pubis) sind noch nicht miteinander verwachsen.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Ausziehungen im Bereich der Linea aspera.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist streifig und unregelmäßig. Fibulae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche wahrscheinlich durch Degradierung.

Campus 50/10 78 B

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

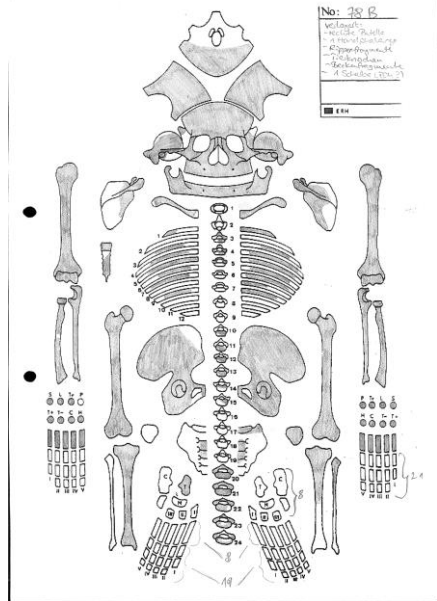
Repräsentanz: Nur wenige Fußknochen und nur ein rechtes Fragment des Os sacrum sind erhalten. Die rechte Patella fehlt.

Oberflächen: Starke Bodenerosion im Bereich der Fußknochen.

Alter: Senil (60-70 Jahre)

Geschlecht: Eher Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte mit verlagerten Skelettelementen beinhaltet eine rechte Patella mit osteophytische Auszuehungen und einem Arthrosegrad II. Die rechte Ulna ist infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüengefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Stecknadelkopf große Impressionen auf der Sutura sagittalis.

Nasenhöhle: Apertura piriformis rechts und links: Nasenbeinfraktur mit anschließender Heilung (leicht schief und Kallusbildung).

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontitis im vorderen Kieferbereich; intravitale Verluste: 11, 14-18, 22-23, 25, 28, 35-38, 46-48. Leicht Zahnstein an den Kronen (Grad I) sichtbar. Karies Zahn 31 (Grad III), 12, 33 (IV) und 32, 41, 44-45 (VI). Starke Abrasion.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylarthritits der LWS. Rechtsseitige Wirbelkörperabflachung der BWS.

Brustkorb: Nur die Oberfläche des Corpus sterni ist erhalten. Manubrium mit dem ersten Rippenpaar beiderseits vollständig verwachsen. Verheilte Fraktur einer unteren linken Rippe ca. 3 cm ventral vom Wirbelansatz (leichte Kallusbildung und Knochensporn) und einer mittleren rechten Rippe ca. 10 cm dorsal vom Corpus sterni.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Extremitas acromialis mit leicht poröser Oberfläche. Links: Facies sternalis langgezogen. Scapulae beiderseits: starke Einkerbung distal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Rechts: distales Gelenk leicht nach lateral gebogen.

Unterarm: Ulnae beiderseits: unruhige Tuberositas ulnae. Proximales Gelenk leicht nach medial gebogen. Radius links: unruhige Oberfläche und periostale Reaktion an der unteren Diaphysenhälfte (ventral, medial, dorsal).

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: Impressionen und unruhige Strukturen proximal auf der Facies lunata. Links kommen plattenartige Auflagerungen hinzu.

Oberschenkel: Beiderseits: ringsherum streifige Diaphyse. Stark betonte und ausgezogene Linea intertrochanterica. Leicht verknöcherte Muskelansatzstellen an der Linea aspera. Links: leichter Ansatz zur „Reiterfacette“.

Unterschenkel: Patella links: Apex patellae sehr spitz. Tibiae beiderseits: sehr großes Foramen nutricum.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad II, li I-II) und Retropatellargelenk (re Grad II, li BWZ 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.0), unteres Sprunggelenk (re Grad I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C7: Grad II), BWS (Th9-Th12: BWZ 1.0), LWS (Th12-L5: BWZ 1.0-1.5); Bogengelenke: HWS (C7: re Grad I), LWS (L2-L5: re BWZ 2.0-3.0, li Grad II-III).

Campus 50/10 79 Anatomieleiche

A. Personalstatus

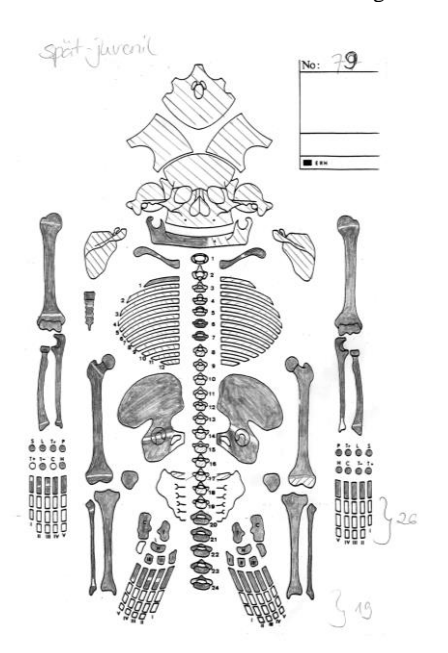
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel sowie das Os sacrum sind fragmentiert. Die proximalen Epiphysen der Humeri sind abgebrochen, aber vorhanden.

Alter: Spätjuvenil (17-20 Jahre)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Beiderseits ist der Knochen ventral in den Ossa parietalia absatzartig sehr dünn.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich verändert.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus beiderseits: die Oberfläche ist ungleichmäßig, unruhig ausgebildet.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris links: die Zahnwurzeln ragen in den Raum der Kieferhöhle hinein.

Harter Gaumen: Im Bereich der Vorderzähne ist Stomatitis sichtbar.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: etwas Parodontitis in den Zahnzwischenräumen. Kaum Zahnstein generalisiert (Grad I). Karies Zahn 47 bukkal (Grad II). Transversale lineare Schmelzhyplasien an den Vorderzähnen Grad II. Kiefergelenk re = li Grad II. Der Zahn 21 fehlt (postmortal). Alle Weisheitszähne sind bereits durchgebrochen, stehen aber noch nicht in Okklusion.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 11. und 12. Thorakalwirbels sowie des 3. und 5. Lumbalwirbels. Ebenfalls in die Grundplatten des 6. – 11. Thorakalwirbels: → V.a. Morbus Scheuermann.

Brustkorb: Der Corpus sterni ist noch nicht vollständig verwachsen.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Extremitas acromialis inferior weist eine entzündlich veränderte Oberfläche auf. Links: die Facies sternalis ist nicht verschlossen. Es ist eine Einkerbung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare erkennbar.

Oberarm: Links: die Crista tuberculi majoris ist entzündlich ausgezogen.

Unterarm: Die distalen Epiphysen aller Unterarmknochen sind abgebrochen. Die der Radii sind allerdings noch erhalten.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: Beckenkamm noch nicht angeschlossen.

Oberschenkel: Beiderseits: frisch angewachsene Epiphyse wieder abgebrochen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 0.0, li 0.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 0.25, [li 0.0]), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 0.0]), oberes Handgelenk ([BWZ re = li 0.0]), Hüftgelenk (BWZ re = li 0.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([BWZ re 0.25, li 0.0]) und Retropatellargelenk (BWZ re 0.25, li 0.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 0.5, li 0.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.6, li 0.4).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad I), unteres Kopfgelenk:

Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad 0); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 0.0), BWS (C7-Th5: BWZ 0.0, Th5-Th10: BWZ 1.0-1.5, Th10-Th12: BWZ 1.5-2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 0.0-0.0);

Bogengelenke: HWS (C3-C4: re Grad 0, li BWZ 0.5; C6-C7: re Grad II, li BWZ 0.0), LWS (L1: re = li Grad I; L2-L3: BWZ re 0.5, li 1.0; L3-L4: re BWZ 0.5, li Grad I; L5: re = li Grad I; S1: re = li Grad I).

Campus 50/10 80

A. Personalstatus

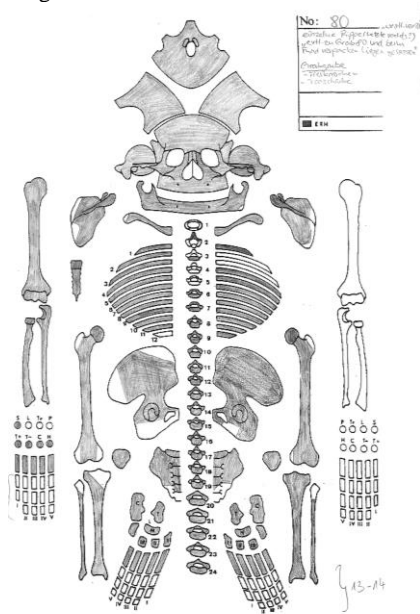
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind nur wenige Hand- und Fußknochen vorhanden. Der linke Humerus, Ulna sowie Radius fehlen.

Alter: Mitteladulthood (25-30 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte enthält eine nachträglich gefundene Rippe, welche aber wahrscheinlich zum Individuum 80 gehört.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Augenhöhledach: Beiderseits: stark poröse Oberfläche, rechts stärker als links: → Cribra orbitalia II.

Harter Gaumen: Im Bereich der Vorderzähne ist Stomatitis sichtbar.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis in der Zahnzwischenräumen der Vorderzähne. Karies Zahn 36 (Grad I) und vereinzelt Fissurenkaries an den Prämolaren. Vereinzelt leichte Abrasion. Minimale transversale lineare Schmelzhyoplasien an Vorderzähnen Grad I. Kiefergelenk re = li Grad I.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Beginnende Verknöcherung der Ansätze des Bänderapparates (Lig. flava).

Schultergürtel: Clavicula rechts: die Deckplatte an der Facies sternalis ist noch nicht vollständig angeschlossen. An der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare ist eine Einkerbung und arthritische Veränderungen sichtbar. Links: die Deckplatte auf der Facies sternalis fehlt. Die Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare ist arthritisch verändert.

Oberarm: Rechts: ausgeprägte Crista tuberculi majoris und leichte Einkerbung medial davon.

Unterarm: Ulna rechts: Einkerbung in der Tuberositas ulnae sichtbar.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist auffällig breit ausgebildet.

Oberschenkel: Beiderseits: Diaphysenoberfläche lateral und medial stark gestreift.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist medial leicht streifig.

Fuß: Os naviculare beiderseits: es hat sich medial eine Art Überbein gebildet.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits Cribra orbitalia II.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 0.5, li Grad 0), Ellenbogengelenk (re BWZ 0.0), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 0.0), oberes Handgelenk (re BWZ 0.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 0.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (li Grad 0) und Retropatellargelenk (re Grad 0, li BWZ 0.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.125).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad I); Körpergelenke: HWS (C6-C7: BWZ 1.0), BWS (C7-Th6: BWZ 1.0, Th6-Th12: BWZ 1.5-2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 1.0-1.5);
Bogengelenke: HWS (C7: re = li Grad I), BWS (C7-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

Campus 50/10 81 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

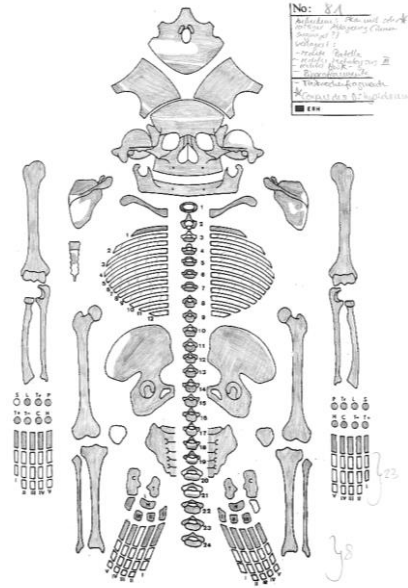
Repräsentanz: Es sind nur wenige Fußknochen vorhanden. Nur wenige komplett erhaltene Rippen und vom Corpus sterni ist auch nur ein kleines Fragment erhalten. Die rechte Patella ist verlagert aufgefunden wurden.

Oberflächen: Viele Wirbel sind aufgrund der Erosion nicht beurteilbar.

Alter: Mittel- bis spät matur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Eine Impression einer Foveolae granularis im linken Os parietale. Eine Vielzahl an kleinen, von der Norm abweichenden Gefäßimpressionen im Os frontale sowie beiden Ossa parietalia.

Nasenhöhle: Die beiden Knochen des Nasenbeins sind relativ lang, die Nasenöffnung erscheint dadurch relativ klein.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontose; intravitale Verluste: 16, 26 und 38. 27 und 28 fehlen (evtl. i.V.). Die Alveole von 27 weist einen Durchbruch in den Sinus maxillaris auf. Fissurenkaries. Kiefergelenk re = li Arthrose Grad III. 18 steht noch nicht in Okklusion.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Ansätze von Spondylosis und Spondylarthrosis erkennbar. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS.

Schultergürtel: Scapulae beiderseits: Einkerbung distal der Cavitas glenoidalis. Claviculae beiderseits: degenerative Veränderung der Facies sternalis. Rechts: tiefe Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare.

Oberarm: Rechts: streifige Diaphysenoberfläche. Beiderseits: Foramen supratrochleare.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung auf der Tuberositas ulnae, rechts stärker als links.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Ossa coxae: unruhige Oberfläche der Facies lunata. Entzündliche Veränderung der Oberfläche der Facies symphysialis.

Oberschenkel: Beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche rings herum. Torsion des Caput femoris: → nach innen rotiertes Kniegelenk. Links: proximal der Facies patellaris sehr unruhige und poröse Diaphysenoberfläche.

Unterschenkel: Patella links: Einkerbung (V.a. verheilte Fissur) auf der Facies medialis. Tibiae beiderseits: streifige Diaphysenoberfläche ringsherum. Stufenartiger Absatz auf der Tuberositas tibiae. Ausgeprägte Linea m. solei, links mit zusätzlicher Einkerbung. Rechts: arthrotische Randbildung um Facies art. inf. Links: Osteophytenbildung an Incisura fibularis. Fibula rechts: Osteophytenbildung an Malleolus lateralis. Links: Osteophytenbildung proximal der Facies art. malleoli lateralis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Beiderseits: Foramen supratrochleare.

Torsion des Caput femoris beiderseits.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad I-II, li BWZ 1.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.3, li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C3-C4: BWZ 1.0), BWS (C7-Th5: BWZ 2.0-2.5, Th7-Th10: BWZ 2.0), LWS (L5-S1: BWZ 2.5); Bogengelenke: HWS (C3-C4: BWZ re = li 1.0; C6-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th5: BWZ re 2.0-2.5, li 1.0-2.0; Th5-Th6: re BWZ 2.0; Th6-Th7: BWZ re = li 2.0; Th7-Th8: re BWZ 2.0, li Grad III; Th10: li Grad II), LWS (L5-S1: BWZ re = li 2.0).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 82 Anatomieleiche

A. Personalstatus

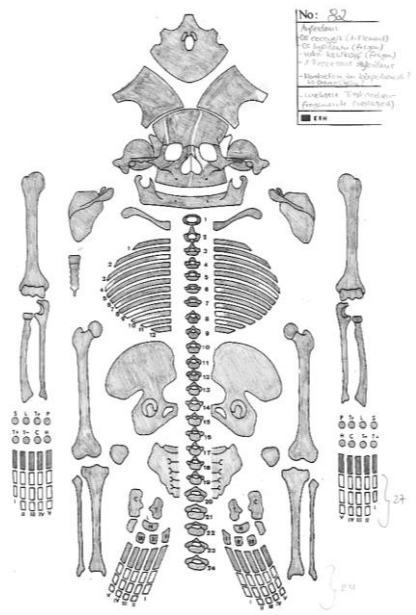
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Spätadulthood bis mittelmatur (35-55 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel Der Schädel ist über die Norm verbreitert.

Schädeldachaußenfläche: Die Oberfläche des linken Arcus superciliaris ist porös.

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale sowie in beiden Ossa parietalia befinden sich viele Foveolae granularis. Zusätzlich lassen sich in beiden Ossa parietalia von der Norm abweichende Gefäßimpressionen und rechts die Impression der Äste der Arteria meningea media finden.

Schädelbasisinnenfläche: Die Kanten der Sella sind sehr spitz ausgezogen. Die Oberfläche des Clivus ist rau. Fossa cranii med. links: Es finden sich kleine, netzartige Gefäßimpressionen im Bereich der V. ophthalmica superior und des Sinus sigmoideus.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: außergewöhnlich groß mit leicht entzündlichen Veränderungen am Rand.

Augenhöhle: Beiderseits: stark porös: → Cribralia orbitalia II.

Nasennebenhöhlen: Die Nasennebenhöhlen besitzen alle eine leicht raue Oberfläche. Der Sinus maxillaris ist beiderseits nicht vollständig pneumatisiert.

Harter Gaumen: Massive entzündliche Veränderung der Oberfläche: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; intravitale Verluste: 14, 17, 24, 27, 36-38 und 46-47. Karies Zahn 22 (Grad III), 21 (V) und 15, 44 (VI). Starke Abrasion aller Zähne. Minimale Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad I) an den Schneidezähnen. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis und Spondylarthritis im Bereich Th5-Th8 links. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 8., 10.-12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbels, und in die Grundplatten des 6.-12. Brustwirbels und den 1. Lendenwirbels. Spondylolysis: die distalen Wirbelbogengelenke des 5. Lendenwirbels sind nicht mit dem restlichen verbunden (Bildung eines Spaltes in der Pars interarticularis eines Wirbelbogens – hier wahrscheinlich angeboren; Pseudarthrosis zwischen den Anlagestellen des Wirbelkörpers und des Wirbelbogens) und der Wirbelkörper ist dorsal deutlich abgeflacht: → Keilwirbelbildung.

Brustkorb: Die Ansatzstellen für die Rippen am Corpus sterni weisen eine leichte Randbildung auf.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Facies articularis acromialis entzündlich verändert. Einkerbung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare, rechts tief und links nur minimal. Scapula rechts: der Angulus inferior ist seitlich etwas nach lateral ausgezogen. Links: die Facies articularis clavicularis ist entzündlich verändert.

Oberarm: Beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas deltoidea. Einkerbungen an Crista tuberculi majoris und minoris. Links: tiefe Fossa radialis.

Unterarm: Ulnae beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas ulnae und breites distales Gelenk. Radii beiderseits: weit nach medial ausgezogene Margo interosseus.

Hand: Relativ kleine Handwurzelknochen.

Beckengürtel: Os sacrum: leicht poröse Oberflächen der Facies auriculares. Os coxa rechts: proximal Impression in Facies lunata. Links: leicht nach lateral verlaufende Ausziehungen der Crista iliaca.

Oberschenkel: Beiderseits: Diaphysenmitte leicht nach anterior gebogen. Diaphysenoberfläche vor allem lateral stark streifig. Die Linea aspera ist mittig stark ausgezogen. Die Oberfläche der Facies poplitea ist im Bereich des Tuberculum adductorium porös.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: streifige Oberfläche medial. Distal ausgeprägte Linea m. solei. Fibulae beiderseits: die Diaphysenmitte ist leicht nach posterior gebogen. Die Oberfläche proximal der Facies art. malleoli lateralis ist unruhig gestaltet.

Fuß: Os naviculare links: pfefferkorngroße Impression auf der Facies articularis prox.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Schädel ist über die Norm verbreitert.

Spondylolysis des 5. Lumbalwirbels.

2. Mangelerkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 1.5, li 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.3, li 1.7), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.4).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0-3.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0; Th1-Th10: BWZ 2.5; Th10-Th11: BWZ 3.0; Th11-Th12: BWZ 2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re 2.5-3.0, li 2.0-2.5), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 2.0-3.0; Th4-Th8: BWZ re 4.0, li 3.5-5.0; Th8-Th12: BWZ re = li 3.0-3.5), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

4. Hinweis auf altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Steißbeins (Os coccygis). Teil des Verknöcherten Kehlkopfes (Larynx).

Campus 50/10 83 Anatomieleiche

A. Personalstatus

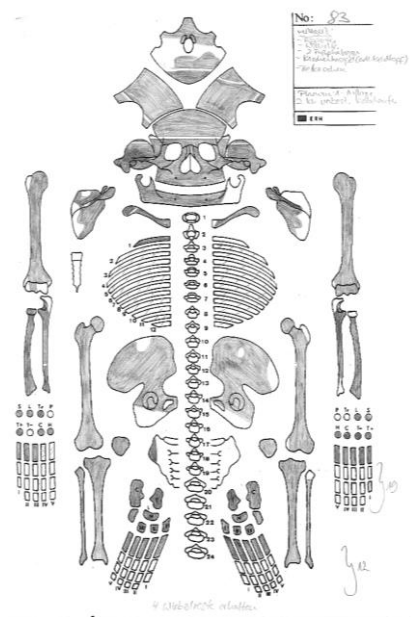
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es ist nur ein kleines Fragment eines Lendenwirbels vorhanden. Der Rest der Wirbelsäule fehlt ebenso wie das Os sacrum.

Alter: Früh- bis mittelmatur (40-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Oberfläche des Os frontale weist einige poröse Stellen auf.

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale sind mehrere plattenartige Knochenauflagerungen zu sehen. Foveolae granularis sind sowohl im Os frontale als auch in beiden Ossa parietalia zu finden. In beiden Ossa parietalia sind zudem tiefe und breite Gefäßimpressionen sichtbar. Im linken Os parietale sind zwei fingerbreite Mulden zu erkennen.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlich verändert.

Mittelgesichtregion: Die Oberfläche des rechten Jochbeins ist leicht porös.

Harter Gaumen: Im vorderen Bereich ist Stomatitis zu erkennen. Außerdem gibt es mehrere kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: leichte Parodontitis im vorderen Zahnbereich oben und unten im Zahnzwischenraum. Alle 32 Zähne sind in gutem Zustand erhalten. Abrasion vor allem im Bereich der Molaren. Mittlere Transversale lineare Schmelzhypoplasien III. Kiefergelenkarthrose: re Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Brustkorb: Die rechte erste Rippe ist sternal aufgebläht.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: sehr lang. Scapula rechts: die Oberfläche des Acromions ist leicht porös.

Oberarm: Beiderseits: mittig leicht nach medial gebogen. Distal des Caput femoris ist die Oberfläche auf allen Seiten etwas porös (Ansatzstelle für Gelenkkapsel).

Unterarm: Ulna rechts: die Tuberositas ulnae ist recht ausgeprägt.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: die Oberfläche der Facies lunata ist rau und mit Impressionen versehen. Die Oberfläche der Facies auriculares ist entzündlich verändert. An der Spina iliaca anterior inferior sind raue Auszüge sichtbar.

Oberschenkel: Beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche anterior und posterior: → Periostitis (verheilt). Rechts: die Oberfläche der Facies poplitea vor allem im Bereich des Tuberculum adductorium ist porös ebenso wie die Linea intertrochanterica. Links: das proximale Gelenk ist mehr nach außen gelagert als das rechte in Verbindung mit einer entstehenden leichten Coxa valga.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: Osteophyten auf der Patella sind streifig ausgezogen. Tibiae beiderseits: das distale Gelenk ist leicht nach medial gebogen. Stark streifige Diaphysenoberfläche lateral und medial: → Periostitis (verheilt). Die Tuberositas tibiae ist stufenartig aufgebaut. Die Oberfläche der Linea m. solei ist rau. Fibulae beiderseits: die Diaphysenmitte ist nach dorsal gebogen. Links: das distale Gelenk ist größer als das rechte.

Fuß: Rechts: am Caput des Os metatarsale I findet sich medial ein erbsengroßes Loch: → V.a. Abszess/Zyste.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 1.0), Ellenbogengelenk (re Grad I, [li Grad I]), Radio-Ulnargelenk (re Grad I, [li Grad I]), oberes Handgelenk (re BWZ 1.0, [li BWZ 1.0]), Hüftgelenk (BWZ re 3.25, li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad I) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.1, li 1.25).

Campus 50/10 84

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

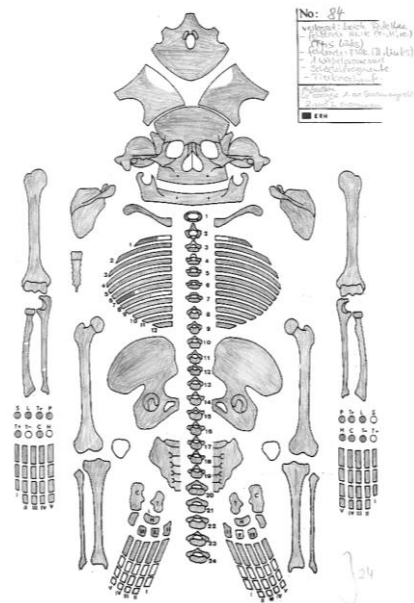
Repräsentanz: Die rechten Unterarmknochen sind postmortal frakturiert.

Oberflächen: Durch starke Bodenerosion sind Teile der Calotte nicht mehr vorhanden.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Eine Extradentitäre mit Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale befinden sich mehrere Foveolae granularis und Foveolae granularis ähnliche Impressionen. Im linken Os parietale befinden sich tiefe Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media.

Schädelbasisinnenfläche: Die Oberfläche der Sella ist entzündlich verändert.

Schädelbasisaußenfläche: Beiderseits: rund um die Apertura externa canalis carotici ist die Oberfläche entzündlich verändert.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: der Rand ist entzündlich verändert.

Augenhöhle: Beiderseits: die Oberfläche ist leicht porös, evtl. durch entzündlichen Prozess: → Cribrum orbitale I.

Harter Gaumen: Stomatitis im vorderen Bereich und kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; Abszesse: Regionen 31 und 32-33; intravitale Verluste: 11-18, 21-22 und 24-28, 32-38, 43, 45-48. 23 vermutlich erst postmortal verloren gegangen. Karies Zahn 41 (Grad III) und 31, 42 (VI). Kiefergelenkarthrose: re Grad V und li Grad IV. Im 2. Quadranten im Bereich der Molaren gibt es eine Eröffnung zum linken Sinus maxillaris.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Ansätze der Ligamenta flava am 4.-12. Thorakalwirbel. Osteophyt an der Deckplatte ventral des 3. Thorakalwirbel. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 12. Thorakalwirbels und des 1.-2., 4. Lumbalwirbels, und in die Grundplatten des 8.-9. und 12. Thorakalwirbels sowie des 1.-4. Lumbalwirbels.

Brustkorb: Costae: die dorsale Ansatzstelle, welche an den Wirbeln ansetzt, ist arthrotisch (rechts auch teilweise arthritisch) verändert. Der Corpus sterni ist mit dem Processus xiphoideus knöchern verwachsen. Die knorpelige Ansatzstelle der Rippen ist sowohl am Corpus sterni als auch beim Manubrium verknöchert.

Schultergürtel: Scapulae beiderseits: distal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einziehung. Die Oberfläche des Acromion ist rau. Claviculae beiderseits: ausgeprägte Tuberositas lig. costoclavicularis. Der Tuberculum conoideum und die Linea trapezoidea sind stark ausgeprägt. Die Facies sternalis ist entzündlich degeneriert.

Oberarm: Beiderseits: die Tuberositas deltoidea, Crista tuberculi majoris sowie das Tuberculum minor sind stark ausgeprägt.

Unterarm: Ulna links: Tuberositas ulnae ist stark ausgeprägt.

Hand: Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: die Facies auriculares beider Seiten sind entzündlich ausgebildet. Ossa coxae beiderseits: raue Oberfläche der Facies lunata. Die Facies auriculares ist entzündlich verändert und es ist beiderseits ein Sulcus praeauricularis vorhanden. Links: auf der Facies lunata befindet sich eine Impression (V.a. epigenetisches Merkmal). Die Facies symphysialis ist entzündlich verändert und auf der Innenfläche des Os pubis findet sich ein weiteres Geburtstraumata. Die Muskelmarken sind alle ausgezogen.

Oberschenkel: Beiderseits: mittig leicht streifige Diaphysenoberfläche anterior: → Periostitis (verheilt). Die Oberfläche der Facies poplitea ist unruhig und rau ausgebildet. Die Linea intertrochanterica ist sehr ausgeprägt, vor allem links (fast so dick wie ein der kleine Finger). Am Collum femoris befindet sich anterior ebenfalls eine wulstige Ausziehung.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: der Apex patellae ist sehr spitz ausgebildet. Tibiae beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche medial und leicht streifig lateral: → Periostitis (verheilt). Proximal an der Diaphyse auf der medialen Seite ist ein rauer Auszug zu erkennen, evtl. Ansatzstelle für das Lig. collaterale tibiale. Raue, kleine Knochenauszüge rund um die Incisura fibularis. Alle Merkmale sind links etwas stärker ausgeprägt als rechts. Fibulae beiderseits: Knochenauszüge proximal der Facies articularis malleoli lateralis. Distal des proximalen Gelenkes auf der Dorsalseite befinden sich kleine Knochenauszüge. Alle Merkmale sind links etwas stärker ausgeprägt als rechts.

Fuß: Randbildung an den Gelenkflächen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Schädel weist eine Sutura metopica auf.

2. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia I

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 1.75), oberes Handgelenk (BWZ re 2.25, li 3.0), Hüftgelenk (BWZ re 2.25, li 2.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.8) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.5, li 1.7), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.9).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 3.5, li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0), BWS (C7-Th11: BWZ 2.5-3.0, Th11-Th12: BWZ 3.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C7: re Grad III, li BWZ 3.0), BWS (C7-Th1: re Grad III, li BWZ 3.0; Th1-Th3: BWZ re = li 3.0; Th3-Th7: BWZ re = li 4.0; Th7-Th10: BWZ re = li 3.0, Th10-Th12: BWZ re 2.0-3.0, li 3.0-3.5), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 85 Anatomieleiche

A. Personalstatus

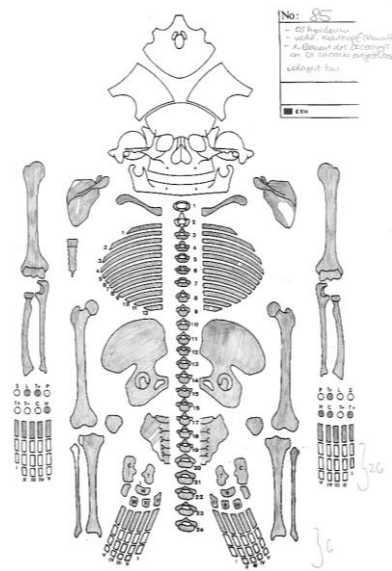
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel, Atlas und Axis fehlen. Bei den Fibulae fehlen jeweils die proximalen Gelenke.

Alter: Mittelreife bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Hinweise auf Sektion und Öffnung an Hand von Sägespuren am 3. Cervicalwirbel durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Der Schädel sowie Atlas und Axis fehlen vollständig.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis mit beginnender Verknöcherung des Ligamentum longitudinale zwischen dem 8. und 12.

Thorakalwirbel. Spondylarthrosis. Doppelpes Foramen transversarium rechts an C5 und C6, links an C7.

Brustkorb: Der Corpus sterni weist mittig eine verheilte Fraktur auf. Der C. sterni ist außerdem knöchern mit dem Processus xiphoideus verwachsen. Die Ansatzstellen zu den unteren Rippen sind ebenfalls verknöchert. Das Manubrium weist eine knöcherne Verbindung zum 1. Rippenpaar auf. Auf der rechten Seite sind fünf und auf der linken Seite drei Rippen antemortem gebrochen und wieder verheilt. Der Knorpel an den sternalen Rippenenden ist bereits stark mineralisiert. Das erste Rippenpaar ist beiderseits am sternalen Ende wie aufgebläht gestaltet.

Schultergürtel: Claviculae rechts: degenerative Veränderungen mit Impressionen der Facies sternalis. An der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare findet sich ein deutlicher Knochenauszug. Mittig der Clavicula befindet sich auf der Unterseite anterior eine entzündlich veränderte Stelle. Die Linea trapezoidea ist ebenfalls entzündlich verändert. Links: an der Ansatzstelle für das Lig. costoclaviculare ist eine starke Einkerbung zu erkennen. Das Tuberculum conoideum ist ebenso wie die Linea trapezoidea entzündlich verändert. Die Clavicula ist etwa 2 cm länger als rechts. Scapulae beiderseits: es sind kleine Knochenauszüge am lateralen Rand des Acromions zu erkennen. Caudal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einkerbung. Rechts: auf dem Processus coracoideus befindet sich eine poröse, entzündlich veränderte Vertiefung. Links: es hat eine deutliche Randbildung um die Cavitas glenoidalis stattgefunden.

Oberarm: Beiderseits: tiefe Impression zwischen Caput humeri und Tuberculum minus. Tuberositas deltoidea massiv ausgeprägt mit Knochenauszügen. Ebenso Crista tuberculi majoris und minoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung auf der Tuberositas ulnae. Massiver Margo interosseus. Radii beiderseits: breite Tuberositas radii. Massiver Margo interosseus.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: rechts mit Os coxa verwachsen. Ossa coxae beiderseits: verknöcherte Muskelansätze (Tuber ischiadicum, Crista iliaca, Spina iliaca anterior inferior, Tuberculum pubicum). Poröse Oberfläche der Facies lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: stark streifige Diaphysenoberfläche rings herum: → Periostitis (verheilt). Ausgeprägte Linea intertrochanterica und verknöcherte Muskelansätze am Trochanter minor. Rechts: Tuberositas glutaea als Trochanter tertius ausgebildet. Links: Tuberositas glutaea stark ausgeprägt.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: sehr spitzer und langer Apex patellae. Tibiae beiderseits: sehr schmale Diaphyse. Leicht streifige Diaphysenoberfläche anterior: → Periostitis (verheilt). Rechts: Diaphysenoberfläche ebenfalls anterior und medial am distalen Gelenk streifig.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Doppeltes Foramen transversarium rechts an C5 und C6, links an C7.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 1.5, li 2.5), Ellenbogengelenk (re BWZ 1.75, [li BWZ 1.5]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 2.0), oberes Handgelenk (BWZ re 1.75, li 2.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 2.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C3-C6: BWZ 3.0; C6-C7: BWZ 2.5), BWS (C7-Th3: BWZ 3.0, Th3-Th12: BWZ 4.0), LWS (Th12-L4: BWZ 3.0; L4-S1: BWZ 3.0-3.5); Bogengelenke: HWS (C3-C6: BWZ re = li 3.0; C6-C7: BWZ re 3.0, li 2.0), BWS (C7-Th1: BWZ re 3.0, li 2.5; Th1- Th2: BWZ re = li 3.0; Th2-Th6: BWZ re 4.0, li 3.0, Th6-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L2: BWZ re 3.0, li 3.0-3.5; L2-S1: BWZ re = li 3.0).

3. Traumata: Fraktur mehrerer rechter und linker Rippen.

4. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöchernen Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Kehlkopfes.

Campus 50/10 86

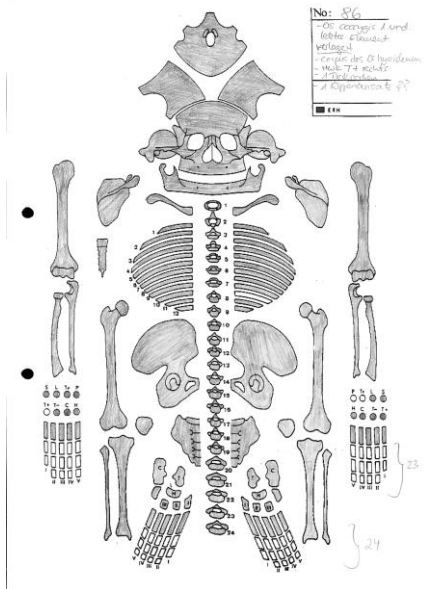
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittel- bis spätmatur (30-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friederice Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachaußenfläche: Oberfläche der Überaugenwülste ist rau, fast porös. Die Oberfläche der posterioren Anteile beider Ossa parietalia ist unruhig.

Schäeldachinnenfläche: Eine Foveola granularis im Os frontale und eine im rechte Os parietale.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündliche Veränderung.

Augenhöhlerdach: Rechts: leichte Cribra orbitalia I. Links: starke Cribra orbitalia II.

Mittelgesichtregion: Beiderseits: Jochbeinaußenflächen leicht rau.

Harter Gaumen: Stomatitis im vorderen Bereich und kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im vorderen oberen Bereich. Zahnstein generalisiert 31-33 und 41-43 (Grade I). Karies (Grad I) an den Molaren. Abrasion im Molarbereich. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III. 38 und 48 scheinen nicht angelegt zu sein.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylose / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS. Einbrüche SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 9.

Thorakalwirbels und des 3.-4. Lumbalwirbels, sowie in die Grundplatten des 8.-9. Thorakalwirbels und 3. Lumbalwirbels.

Atlas: an der rechten Facies art. superior lässt sich eine entzündliche Impression finden. Spondylolysis: die distalen Wirbelbogengelenke des 5. Lendenwirbels sind nicht mit dem restlichen verbunden (Bildung eines Spaltes in der Pars interarticularis eines Wirbelbogens – hier wahrscheinlich angeboren; Pseudarthrosis zwischen den Anlagestellen des Wirbelkörpers und des Wirbelbogens) und der Wirbelkörper ist dorsal deutlich abgeflacht: → Keilwirbelbildung.

Brustkorb: Das sternale Ende der Rippen ist noch offen. Der Corpus sterni ist gerade so knöchern verwachsen.

Schultergürtel: Scapulae beiderseits: leichte Einziehungen caudal der Cavitas glenoidalis. Claviculae beiderseits: die Oberfläche der Facies sternalis scheint unvollständig verwachsen zu sein. Es sind starke Einkerbungen an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare zu erkennen.

Oberarm: Beiderseits: distal des Caput humeri ist die Oberfläche an der Kapselansatzstelle entzündlich verändert.

Unterarm: Ulnae beiderseits: kleine Einkerbungen im Bereich der Tuberositas ulnae.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: leichte Entzündungsspuren an den Ossa pubis anterior.

Oberschenkel: Beiderseits: Ansatz von „Reiterfacetten“. Raue und poröse Oberfläche im Bereich des Tuberculum adductorium. Rechts mittel stark streifige Diaphysenoberfläche rings herum und links stark streifig ring herum: → Periostitis (verheilt).

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche rings herum: → Periostitis (verheilt).

Fuß: Beiderseits: Einziehungen an der Unterseite beider Ossa calcanei.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Atlas links: ein fast geschlossener Canalis a. vertebralis und das Foramen transversarium ist nicht vollständig geschlossen. Spondylolysis des 5. Lumbalwirbels.

2. Mangelerkrankungen: Rechts: leichte Cribralia I. Links: starke Cribralia II.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.6) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re 1.75, li 1.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 2.5, li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (C7-Th2: BWZ 2.0-2.5; Th2-Th7: BWZ 2.0, Th7-Th10: BWZ 3.0, Th10-Th12: BWZ 2.0-2.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th1: BWZ re 3.0, li 2.5; Th1-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

4. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 87

A. Personalstatus

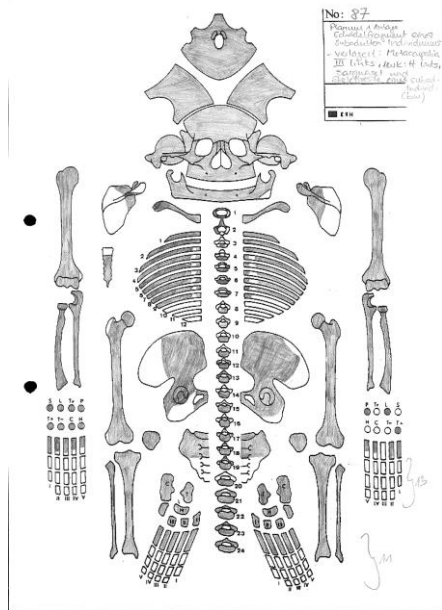
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Kein Manubrium vorhanden. Die Wirbel sind teilweise nur fragmentarisch erhalten.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: In einer Extrafundtüte finden sich sogenannte „verlagerte Skelettelemente“. Darunter finden sich einige Kinderknochen, zum Beispiel ein rechtes Os ilium und poröse Schädelfragmente sowie Zahnkronen. Die beiden Tibiae sind infolge einer Metallimpregnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachaußenfläche: Im posterioren Bereich beider Ossa parietalia ist die Lamina externa rau, narbig und unruhig gestaltet.

Schäeldachinnenfläche: Im rechten Os parietale befinden sich zwei tiefe, mit einander verbundene Impressionen in die weitere Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningeal media münden.

Schädelbasisaußenfläche: Die rechte Fossa jugularis ist doppelt so groß wie die linke.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderter Rand.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus links: nicht vollständig pneumatisiert.

Nasenhöhle: Die Apertura piriformis ist auffällig klein gestaltet.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: kaum pneumatisiert.

Mittelgesichtsregion: Beiderseits: die Oberfläche der Jochbeine ist rau und narbig.

Harter Gaumen: Im vorderen Bereich ist eine leichte Stomatitis erkennbar und es befinden sich einige kleine Exostosen im harten Gaumen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kiefer; Abszess: Regionen 11 (Grad I); intravitale Verluste: 17-18, 28, 37, 47. Zahnstein im Unterkiefer auf der Innenseite (Grade I). Karies Zahn 36 (Grad IV) und 42 (VI). Abrasion aller Zähne deutlich erkennbar. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis.

Brustkorb: Das erste Rippenpaar ist am sternalen Ende leicht aufgebläht.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: ausgeprägtes Tuberculum conoideum und Ansatzstelle für Ligamentum trapezoideum. Links: ca. 1 cm länger als rechts. Scapulae beiderseits: Einkerbung caudal der Cavitas glenoidalis. Links: unregelmäßige Oberfläche auf dem Acromion.

Oberarm: Beiderseits: raue und ausgeprägte Crista tuberculi majoris und minoris sowie Tuberositas deltoidea.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Tuberositas ulnae ausgeprägt gestaltet. Links etwa 0,5 cm kürzer als rechts. Radii beiderseits: links etwa 0,5 cm kürzer als rechts

Beckengürtel: Os sacrum: der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen. Ossa coxae beiderseits: die Oberfläche der Facies lunata ist porös (ähnlich wie Cribra orbitalia).

Oberschenkel: Beiderseits: raue und poröse Oberfläche der Facies poplitea. Rechts: die Diaphysenoberfläche ist lateral, medial und posterior streifig ausgebildet. Die Linea intertrochanterica ist deutlich ausgeprägt. Direkt unterhalb des Caput femoris ist anterior eine entzündliche Strukturauslöschung erkennbar. Links: die Tuberositas glutea ist rau und auffällig gestaltet. Der Epicondylus medialis ist auffällig stark mit einem Relief versehen, rechts ebenfalls leicht.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: stufenartige und ausgezogene Tuberositas tibiae. Betonte Linea m. solei. Fibulae beiderseits: stark ausgezogener Margo anterior.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

Die Unterarmextremitäten sind links ca. 0,5 cm kürzer als rechts. Die linke Clavicula ist ca. 1 cm länger als die rechte.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II, li BWZ 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 1.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.0) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.5, li 1.25), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re BWZ 3.0, li Grad III), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re BWZ 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 2.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0; Th1-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: BWS (C7-Th1: re BWZ 3.0; Th4-Th5: re BWZ 3.0, li Grad III), LWS (L2-S1: BWZ re = li 3.0-4.0).

Campus 50/10 88

A. Personalstatus

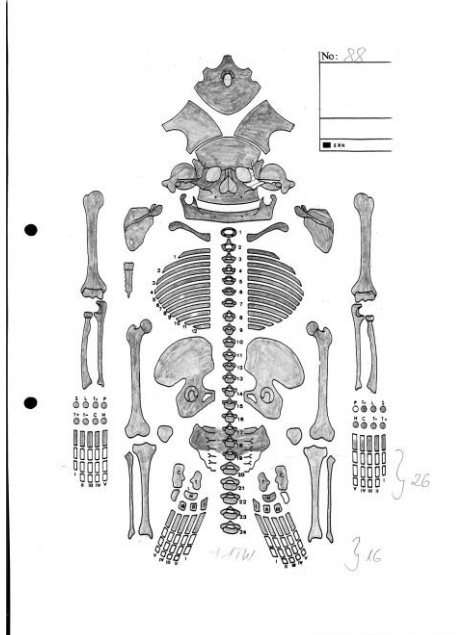
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Frühadulthood (22-24 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Biegung der unteren Langknochen und Coxa vara. Sowie ein zusätzlicher Lumbalwirbel. Die rechte Ulna ist am distalen Gelenk infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüengefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelinnenfläche: Es sind Foveolae granularis im Os frontale und im linken Os parietale zu finden. Im rechten Os parietale sind deutliche Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media zu sehen.

Schädelbasisaußenfläche: Die Fossa jugularis ist rechts doppelt so groß wie links.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: massive entzündliche Veränderung der Ränder.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus rechts: wenig pneumatisiert.

Mittelgesichtsregion: Jochbeinaußenfläche beiderseits: rau.

Harter Gaumen: Stomatitis im vorderen Bereich und kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im vorderen Bereich; Parodontose im hinteren Bereich. Zahnstein generalisiert im Unterkiefer auf der Innenseite (Grade I). Karies Zahn 27 (Grad IV). Transversale lineare Schmelzhyoplasien Grad IV. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad II. 18 und 28 Durchbruch der Krone, aber noch nicht in Okklusionsstellung. 38 und 48 nicht durchgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylarthrosis in den Wirbelbogengelenkfortsätzen. Ein zusätzlicher Lumbalwirbel (wahrscheinlich L1). Pseudarthrosis zwischen L5 und Os sacrum links. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: starke Krümmung. Deckplatte der Facies sternalis ist noch nicht verknöchert angeschlossen. Scapulae beiderseits: poröse Oberfläche der Cavitas glenoidalis und leicht entzündliche Spuren auf der Unterseite des Acromions.

Oberarm: Beiderseits: kurz und robust ausgeprägt. Mittig ist die Diaphyse leicht nach lateral gebogen. Es lassen sich massive Einkerbungen an der Crista tuberculi minoris erkennen.

Unterarm: Ulnae beiderseits: ausgeprägte Tuberositas ulnae. Radii beiderseits: ausgeprägte Tuberositas radii. Rechts: streifige Knochenausziehung anterior nah dem Margo interosseus.

Beckengürtel: Pseudogelenk mit Pseudarthrosis Grad V zwischen Os sacrum und L5 links (beginnende Sakralisation). Ossa coxae beiderseits: stark poröse Oberfläche der Facies lunata (ähnlich einer Cribralia orbitalia). Die Facies auriculares ist rechts breiter und niedriger als links.

Oberschenkel: Beiderseits: kurz und robust ausgeprägt. Mittig ist die Diaphyse nach anterior gebogen. Der Collum-Corpus-Winkel ist sehr gering: → **Coxa vara**. Torsion der Caput femoris: → nach Innendrehung des Kniegelenkes. Der Caput femoris wirkt auf der anterioren Seite verlängert. Die Diaphysenoberfläche ist lateral, medial und posterior streifig ausgeprägt: → Periostitis.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: mittig ist die Diaphyse nach lateral gebogen, vor allem der Margo anterior rechts. Die Diaphysenoberfläche ist medial und posterior streifig: → Periostitis. Fibulae beiderseits: der Margo anterior, Margo interosseus und die Crista medialis sind stark ausgeprägt.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Beginnende Sakralisation zwischen Os sacrum und 5. Lumbalwirbel.

Ein zusätzlicher Lumbalwirbel (wahrscheinlich L1).

Coxa vara beiderseits mit Torsion der Caput femoris.

2. Mangelerkrankungen: Die **Coxa vara** sowie die Biegung der Femora und der Tibiae könnten auf eine Unterversorgung mit Vitamin-D hinweisen (Rachitis/Osteomalazie).

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 0.8, li 0.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.0, li 0.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Sprunggelenk (BWZ re 0.9, li 0.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re 2.0, li 2.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0-3.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.0; Th1-Th3: BWZ 1.5; Th3-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-S1: BWZ 1.0-1.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 2.5, li 2.0; C3-C7: BWZ re = li 2.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 2.0; Th4-Th11: BWZ re = li 3.0, Th11-Th12: BWZ re = li 2.5), LWS (Th12-L1(II): BWZ re 2.0-3.0, li 2.5-3.0; L1(II)-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 90

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis Mäßig

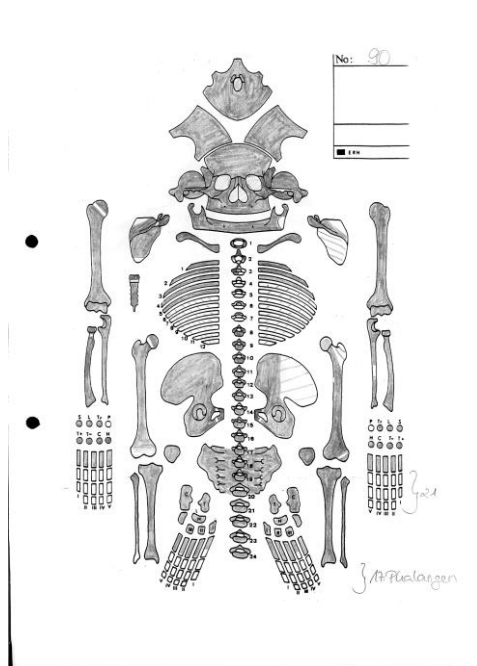
Repräsentanz: Vollständig

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Eine der beiden Extrafundtüten enthält Fragmente von Tierknochen. Die andere enthält eine proximale Femurdiaphyse eines subadulten Individuums mit postmortalem „Grabungsartefakt“.

Das Manubrium, welches nur fragmentiert vorliegt, ist auf seiner anterioren Seite infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Rechts und links befinden sich oberhalb des Os temporale auf dem Os parietale eine Gefäßimpression. Mittig der beiden Ossa parietalia befindet sich eine Ausbeulung in der Lamina externa nach außen.

Schädeldachinnenfläche: Es sind mehrere Foveolae granularis (sehr dünnwandig und durchscheinend) erkennbar im Os frontale und in beiden Ossa parietalia. Im Bereich der Ausbeulungen der Lamina externa lassen sich in der Lamina interna muldenförmige Vertiefungen finden. Diese sind wahrscheinlich durch Bündel von Foveolae granularis die sich noch unter der Dura befanden, verursacht worden. Differentialdiagnostisch könnte es sich auch um ein Meningeom oder ein Tuberkulom handeln, wobei die Lage eher gegen ein Tuberkulom spricht.

Tränennasengang: Der rechte Ductus nasolacrimalis besitzt eine unregelmäßige Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: Verdacht auf unvollständige Pneumatisation.

Mittelgesichtsregion: Die rechte Jochbeinaußenfläche ist unregelmäßig rau.

Harter Gaumen: Stomatitis mit mehreren starken Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontitis; Abszesse: Regionen 11-13 und 21-23 (Grad III) und im 3. und 4. Quadranten großflächig (Grad VI); intravitale Verluste: 11-13, 16-18, 21-23, 26-28, 32-38, 42-48 (41 wahrscheinlich postmortal verloren gegangen). Zahnstein (Grade I). Karies Zahn 25 (Grad III), 15 (V), 14, 24 (VI). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS. Einbruch eines SCHMORL'schen Knorpelknötchens in die Grundplatte des 12. Thorakalwirbels. Massive seitliche Krümmung/Skoliosis (mit Keilwirbelbildung) der Wirbelsäule mit zusätzlicher Verdrehung der Wirbelkörper rechtsseitig gegen einander. Einige Wirbelbogengelenke (Th3-Th4 und Th9-Th11) sind knöchern mit einander verwachsen.

Brustkorb: Einige haben eine leicht angeraute äußere Oberfläche.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: ausgeprägte Linea trapezoidea und Tuberculum conoideum. Links: Spiculae und Knochenneubildung aus der Unterseite. Scapulae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung am Margo lateralis, rechts stärker als links. Rechts: Margo medialis wirkt wie umgefaltet.

Oberarm: Beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse, vor allem dorsal. Die distalen Gelenke sind leicht nach anterior gebogen.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse. Radii beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse.

Hand: Beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung, vor allem im Bereich der Mittelhandknochen und der proximalen Phalangen.

Beckengürtel: Os sacrum: unvollständige Sakralisation des S1 (rechts ist noch ein Absatz erkennbar). Die Facies auriculares sind beiderseits über die Norm porös. Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen. Ossa coxae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der Außenseite des Os ilium. Die Facies auriculares sind porös.

Oberschenkel: Beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse, vor allem dorsal im Bereich der Linea aspera und Tub. glutaeta. Coxa valga, überdurchschnittlich großer Collum-Corpus-Winkel.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse, vor allem dorsal. Patellae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung auf der anterioren Fläche inklusive streifiger Osteophyten. Fibulae beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung an der ganzen Diaphyse.

Fuß: Beiderseits: Spiculae und Knochenneubildung, vor allem im Bereich der Mittelhandknochen und der proximalen Phalangen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Alle Schädelnähte sind trotz des offensichtlich fortgeschrittenen Alters ektocranial noch offen. In der rechten Lambdanaht findet sich ein kleiner Nahtknochen.

Coxa valga.

Os sacrum: unvollständige Sakralisation des S1 (rechts ist noch ein Absatz erkennbar). Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

2. Krankheiten: Pierre-Marie-Bamberger Syndrom. Spiculae und Knochenneubildungen an allen Röhrenknochen. Betroffen ist nur die äußerste Schicht die wie eine Schale mit einem Spalt um den Knochen herum liegt. Ursache dieses Syndroms können verschiedenste Krankheiten sein, z. B. Tuberkulose (allerdings keine Rippenveränderungen nur Wirbelveränderungen im oberen Thorakalbereich), Karzinom (häufigster Grund heutzutage), diverse Lungeninfektionen (z. B. Mykose) oder ein angeborener Herzfehler.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk ([re BWZ 1.5], li BWZ 1.5), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([BWZ re = li 2.0]) und Retropatellargelenk ([BWZ re = li 1.5]), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.7), unteres Sprunggelenk (re BWZ 2.0, [li BWZ 2.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 3.0; C7: Grad IV), BWS (Th1-Th2: BWZ 3.0, Th4-Th12: BWZ 4.0), LWS (Th12-L3: BWZ 3.0-3.5; L3-L5: BWZ 4.0-4.5; L5-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C7: re Grad III), BWS (Th1-Th3: re BWZ 3.0-5.0, li Grad III; Th3-Th4: re verwachsen, li Grad IV; Th4-Th9: BWZ re 3.0-6.0, li 3.0-5.5; Th9-Th11: re = li verwachsen; Th11-Th12: BWZ re 3.5, li 6.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 3.0-5.5, li 3.0-3.5).

Campus 50/10 91

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

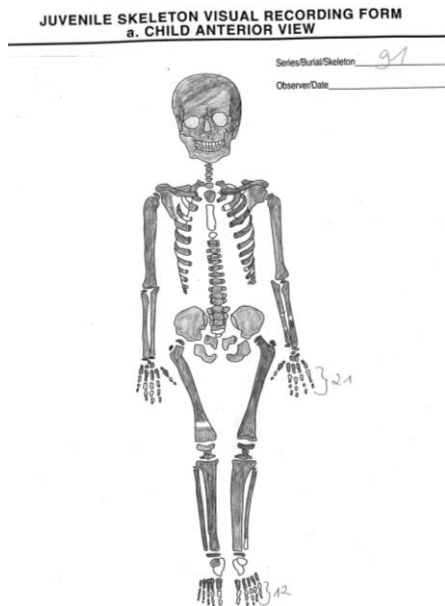
Repräsentanz: Der Corpus sterni fehlt. Die Fußknochen sind stark fragmentiert. Die Epiphysen sind zumeist noch nicht angeschlossen.

Oberflächen: Die Fußknochen sind schlecht erhalten.

Alter: Juvenil (15 Jahre ± 36 Monate)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Tendenz Mann (♂ > ♀))

Besonderheiten: Extrafundtüte enthält wahrscheinlich Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Beiderseits finden sich Gefäßimpressionen oberhalb der Ossa temporale auf den Ossa parietale.

Schädeldachinnenfläche: Die Lamina interna ist im Bereich der Sutura sagittalis weislich porös. Außerdem befinden sich viele Gefäßimpressionen in diesem Bereich. Die Oberfläche erscheint uneben → V.a. Hirndrucksymptomatik

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderter Rand, vor allem rechts.

Augenhöhle: Rechts: leicht poröse Oberfläche und Gefäßimpressionen.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: noch nicht vollständig pneumatisiert.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis und Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose (Regionen 32-42). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad I. Der dritte Molar ist noch in keinem der vier Quadranten durchgebrochen. Einige Zähne (12, 22, 24 und 25) sind postmortal verloren gegangen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Im Bereich zwischen Schädel und C2 lassen sich altersuntypische Abnutzungspuren erkennen. Der 5. Lumbalwirbel weist eine mediane Wirbelbogenspalte auf.

Brustkorb: Eine rechte mittlere Rippe zeigt etwa mittig ein verheiltes Traumasgeschehen. Die Ränder sind wie „angefressen“ und im Zentrum ist knöchernes Narbengewebe zu erkennen. Des Weiteren ist links eine angedeutete Gabelrippe (Luschka) zu finden.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Extremitas sternalis liegt ohne Epiphyse vor. Die linke Clavicula wirkt stärker gekrümmt und in sich gedreht. Scapulae beiderseits: der Processus coracoideus und die Fläche der Cavitas glenoidalis sind noch nicht knöchern angeschlossen.

Oberarm: Beiderseits: die Epiphysen (Caput humeri und Condylus humeri) sind noch nicht knöchern angeschlossen. Links: die Oberfläche der Tuberositas deltoidea ist rau gestaltet.

Unterarm: Ulnae beiderseits: die Epiphysen sind distal und proximal nicht knöchern angeschlossen und fehlen. Radia beiderseits: die Epiphysen sind distal und proximal nicht knöchern angeschlossen.

Beckengürtel: Os sacrum: der erste und der fünfte Sakralwirbel sind noch nicht knöchern angeschlossen. Spina bifida. Ossa coxae beiderseits: die einzelnen drei Knochen (Os ilium, Os ischium und Os pubis) sind noch nicht knöchern mit einander verwachsen. Rechts: leichte vereinzelte Auflagerungen. Links: massive Veränderungen der drei einzelnen Os coxa Teile. Es finden sich Impressionen, die evtl. durch Stauchung oder Muskelriss erklärbar wären. Zusätzlich sind auch alte Entzündungszeichen erkennbar in Verbindung mit Knochenausziehungen am Os ilium. Das Geschehen wurde eine längere Zeit überlebt.

Oberschenkel: Beiderseits: Epiphysen (Caput femoris, Condylus femoris und Trochanter major) sind noch nicht knöchern angeschlossen. Rechts: die Diaphysenoberfläche ist im proximalen und distalen Drittel medial unruhig gestaltet. Die Oberfläche der Facies poplitea ist porös.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: weder die proximale noch die distale Epiphyse sind angeschlossen. Rechts: die Oberfläche des distalen medial gelegenen Drittels ist rau und unregelmäßig. Links: unruhige Oberfläche der Linea m. solei. Fibulae beiderseits: weder die proximale noch die distale Epiphyse sind angeschlossen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Das Viscerocranium ist auffällig schmal und die Lambdanaht ist an der Schnittstelle mit der Sagittalnaht ungewöhnlich spitz geformt.

Os sacrum: Spina bifida.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([re Grad I]), Ellenbogengelenk (re = li Grad 0), Radio-Ulnargelenk (re = li Grad 0-I), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0), Hüftgelenk ([re = li Grad I]), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 0.6, li 0.4) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 0.0), oberes Sprunggelenk (re Grad 0, [li BWZ 1.0]), unteres Sprunggelenk (re = li Grad I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 0.0-0.5), BWS (C7-Th2: BWZ 0.5; Th2-Th12: BWZ 0.0), LWS (Th12-S1: BWZ 0.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 0.0-1.0), BWS (Th1-Th6: BWZ re 0.5, li 0.5-1.0; Th8: re Grad 0-I; Th11-Th12: li BWZ 1.0), LWS (Th12-L1: li BWZ 0.5; L1-L5: BWZ re 0.5-1.0, li 0.5-1.5).

3. Traumata: Eine rechte Rippe und die linke Beckenschaukel zeigen deutlich ein traumatisches Geschehen auf, welches aber überlebt wurde. Es sind sowohl Heilungsspuren an der Rippeninnenseite als auch dem Becken zu erkennen.

Campus 50/10 92 A

A. Personalstatus

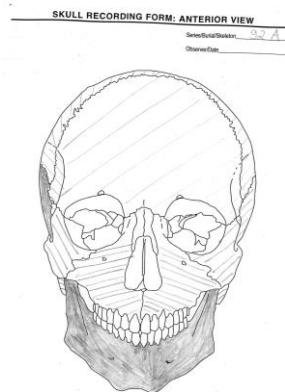
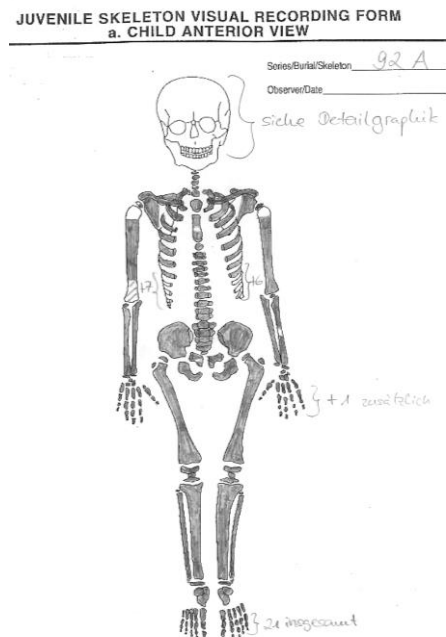
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel liegt nur fragmentiert vor.

Alter: Juvenil (15 Jahre ± 36 Monate)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Tendenz Mann (♂ > ♀))

Besonderheiten: Die anteriore Fläche des Manubriums ist infolge einer Metallprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Mehrere Foveolae granularis im Os frontale. Es finden sich zudem viele Gefäßimpressionen in beiden Ossa parietalia. Zusätzlich gibt es mehrere muldenförmige Impressionen (Impressiones digitatae) im hinteren rechten Os parietale und im Os frontale: → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: muldenförmige Impressionen (Impressiones digitatae) und Gefäßimpressionen: → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Fossa cranii ant. beiderseits: die vier Flächen rund um die Protuberantia occipitalis interna und die Crista occipitalis interna sind sehr tief eingedrückt.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlicher Rand.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus rechts: nicht vollständig pneumatisiert.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Nasenhöhle: Beiderseits: poröse, raue Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: poröse, raue Oberfläche: → Sinusitis. Sinus maxillaris beiderseits: poröse, raue Oberfläche: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Stomatitis und kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Abszesse: Regionen 35 (Grad V). Karies Zahn 11 (Grad I), 12 (II) und 45 (V). Transversale lineare Schmelzhyoplasien Grad II. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad I. 11-17, 21-26, 31-37 und 41-47 stehen in Okklusion. 27 ist durchgebrochen, aber die Krone steckt noch hauptsächlich im Kiefer. Die Anlage für 18 ist wahrscheinlich postmortal verloren gegangen. Die Kronen für 38 und 48 sind angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Brustkorb: Die Einzelteile des Corpus sterni sind noch nicht knöchern mit einander verwachsen.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Deckplatten der Facies sternalis sind noch nicht knöchern angeschlossen. Extremitas acromialis auf der Unterseite rau und entzündlich verändert.

Oberarm: Beiderseits: Epiphysen (prox. und dist.) nicht angeschlossen. Rechts: rau, poröse Oberfläche des anterioren Diaphysenschaftes. Links: raue, entzündliche Oberfläche um das Foramen nutricum.

Unterarm: Ulnae beiderseits: dist. Epiphyse und prox. Ränder noch nicht angeschlossen. Die untere Diaphysenhälfte ist anterior rau und porös. Radii beiderseits: Epiphysen (prox. und dist.) nicht angeschlossen. Poröse Oberfläche des anterioren Diaphysenendes. Tuberositas pronatoria raus ausgeprägt.

Beckengürtel: Der erste und der fünfte Sakralwirbel sind noch nicht knöchern an den Rest angeschlossen. Ossa coxae beiderseits: die drei Einzelteile (Os pubis, Os ilium und Os ischium) sind noch nicht knöchern mit einander verwachsen.

Oberschenkel: Beiderseits: Epiphysen (prox. und dist.) nicht angeschlossen. Collum femoris mit poröser Oberfläche. Rechts: Knochenausziehungen am Trochanter minor. Kloakenbildung proximal des Trochanter minor: → Osteomyelitis. Das distale Schaftende ist porös und dorsal verdickt.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Epiphysen (prox. und dist.) nicht angeschlossen. Rechts: streifige Oberfläche der proximalen Hälfte auf der anterioren Seite und der Tuberositas tibiae. Links: streifige Oberfläche der Tuberositas tibiae. Fibulae beiderseits: Epiphysen (prox. und dist.) nicht angeschlossen. Die Diaphysenoberfläche ist am proximalen und distalen Ende rau und porös auf allen Seiten.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits Cribra orbitalia I.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([re Grad 0]), Ellenbogengelenk ([BWZ re = li 0.0]), Radio-Ulnargelenk (re = li Grad 0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0), Hüftgelenk (re = li Grad I), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 0.2) und Retropatellargelenk ([BWZ re = li 0.3]), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 0.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 0.1).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 0.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 0.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 0.0), BWS (C7-Th12: BWZ 0.0), LWS (Th12-S1: BWZ 0.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 0.5-1.0), BWS (C7-Th12: BWZ re = li 1.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0).

3. Traumata: Femur rechts: Knochenausziehungen am Trochanter minor. Kloakenbildung proximal des Trochanter minor: → Osteomyelitis.

Campus 50/10 92 B

A. Personalstatus

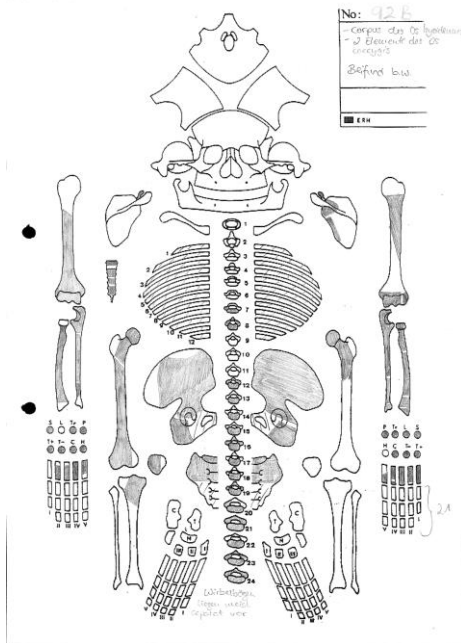
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Der Schädel fehlt vollständig sowie mehrere Knochen des postcranialen Skelettes. Viele Knochen sind fragmentiert. Es fehlen beide Claviculae, die linke Scapula (von der rechten ist nur die Cavitas glenoidalis erhalten), das rechte proximale und das linke distale Humerusgelenk, das rechte distale Ulnagelenk und das distale sowie proximale rechte Radiusgelenk, die linke Patella, die linke Tibia (von der rechten ist nur das proximale Gelenk erhalten), beide Fibulae und alle Fußknochen. Es liegt nur ein Fragment des Os sacrum vor.

Alter: Frühadult (20-22 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Alle Knochen sind überdurchschnittlich lang und haben einen großen Querschnittsradius.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen: Es sind nur der 21 mit Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad I) und 2 Prämolaren vorhanden.

II. Postcraniales Skelett

Brustkorb: Das Manubrium und der Corpus sterni sind noch nicht vollständig mit einander verwachsen.

Oberarm: Beiderseits: lateral leicht streifige Diaphysenoberfläche und stark betonte Tuberositas deltoidea. Links: massive Einkerbung mit Knochenauszügen an der Crista tuberculi majoris, minoris und distal lateral des Caput humeri. Foramen supratrochleare.

Unterarm: Ulna links: vereinzelt lassen sich raue Stellen auf der Diaphysenoberfläche finden. Radius rechts: mittig nach lateral gebogen. Links: vereinzelt lassen sich raue Stellen auf der Diaphysenoberfläche finden.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: sowohl der Beckenkamm als auch der Tuber ischiadicum sind noch nicht vollständig angewachsen.

Oberschenkel: Rechts: stark streifige Diaphysenoberfläche iringsherum: → Periostitis (verheilt). Links: das noch existierende distale Diaphysenfragment zeigt ebenfalls eine massiv streifige Oberfläche auf: → Periostitis (verheilt).

Außerdem lässt sich eine entzündliche Oberflächenveränderung distal des Caput femoris auf der anterioren Seite entdecken.

Unterschenkel: Tibia rechts: streifige Oberfläche der Tuberositas tibiae.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Linker Humerus: Foramen supratrochleare.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad 0), Ellenbogengelenk ([re BWZ 0.3], li 0.25), Radio-Ulnargelenk (re Grad 0, [li BWZ 0.6]), oberes Handgelenk (re Grad I, li BWZ 0.5), Hüftgelenk (BWZ re 0.75, li 0.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad 0) und Retropatellargelenk (re Grad 0-I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C7: Grad 0), BWS (Th3-Th8: BWZ 0.0, Th10-Th12: BWZ 0.0), LWS (Th12-S1: BWZ 0.0); Bogengelenke: BWS (Th3: re Grad 0-I, li I; Th5: re Grad 0-I, li I; Th7-Th8: BWZ re = li 1.0; Th12: re Grad II, li I), LWS (L1: re Grad 0, li I; L3: re Grad I; L4-S1: BWZ re = li 1.0).

3. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 92 C

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

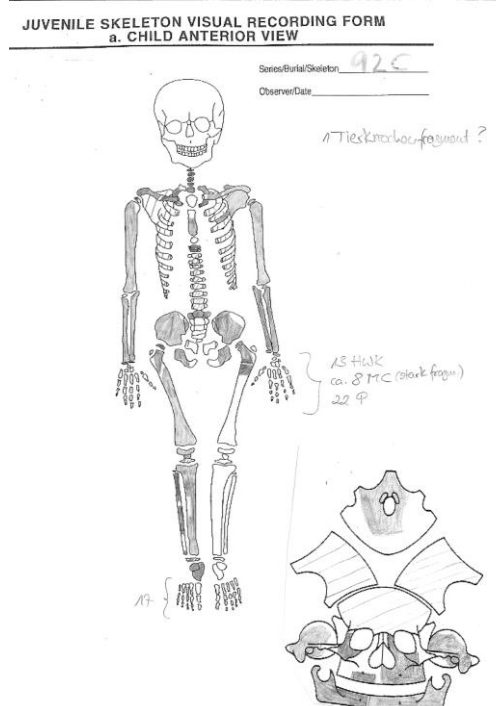
Repräsentanz: Die gefundenen Calottenfragmente konnten nicht zugeordnet werden. Das Manubrium fehlt. Es sind nur Fragmente des rechten Fußes erhalten. Vom linken Femur sind nur Fragmente der Diaphyse, der Collum femoris und die proximale Epiphyse erhalten. Die linke Patella, Tibia und Fibula fehlen. Die rechte Fibula ist postmortale gebrochen und die Epiphysen fehlen.

Oberflächen: Viele der Wirbelfragmente konnten aufgrund ihrer Degradierung keinen bestimmten Wirbeln zu geordnet werden.

Alter: Juvenil (15 Jahre ± 36 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)

Besonderheiten: Es konnte ein Rippenfragment als das eines adulten Individuums identifiziert werden. Ein Schädelbasisfragment ist auf der Innenfläche infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus links: raue Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris links: poröse Oberfläche mit Knochenauflagerungen: → V.a. Sinusitis. Außerdem noch keine vollständige Pneumatisation.

Harter Gaumen: Kleine Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Leichter Zahnstein generalisiert (Grad I). Transversale lineare Schmelzhypoplasien an 11 (Grad II). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad I. Die Kronen von 18 und 48 sind im Knochen erkennbar angelegt (nicht aber von 28 und 38). 21 scheint postmortal verloren gegangen zu sein.

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Deckplatten der Facies sternalis sind noch nicht angeschlossen.

Oberarm: Beiderseits: untere Epiphyse befindet sich gerade im Anschluss. Die proximale Epiphyse ist nicht angeschlossen.

Unterarm: Ulnae beiderseits: beide Epiphysen sind nicht angeschlossen und fehlen. Radius beiderseits: beide Epiphysen sind nicht angeschlossen, die distalen fehlen.

Beckengürtel: S1 ist noch nicht mit dem Rest des Os sacrum verwachsen. Ossa coxae beiderseits: die Einzelteile Os ilium, Os ischium und Os pubis sind noch nicht mit einander verwachsen.

Oberschenkel: Rechts: die Diaphysenoberfläche ist medial und lateral streifig ausgebildet. Die Oberfläche der Facies poplitea ist porös. Die Epiphysen sind noch nicht angeschlossen.

Unterschenkel: Tibia rechts: Die Diaphysenoberfläche ist dorsal leicht streifig. Die proximale und distale Epiphyse sind noch nicht angeschlossen und fehlen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk ([re = li Grad 0]), Ellenbogengelenk ([BWZ re = li 0.0]), Radio-Ulnargelenk (re = li Grad 0), oberes Handgelenk (re = li Grad 0), Hüftgelenk (re = li Grad 0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad 0-I) und Retropatellargelenk (re Grad 0-I), oberes Sprunggelenk (re Grad 0), unteres Sprunggelenk ([re BWZ 0.5]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 1.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 0.0), BWS (Th2-Th3: BWZ 0.0), LWS (L2-L3: BWZ 0.0; L5-S1: BWZ 0.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 1.0, li 1.5; C3-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (Th2-Th3: re BWZ 1.0, li Grad I), LWS (L3: li Grad I).

Campus 50/10 93

A. Personalstatus

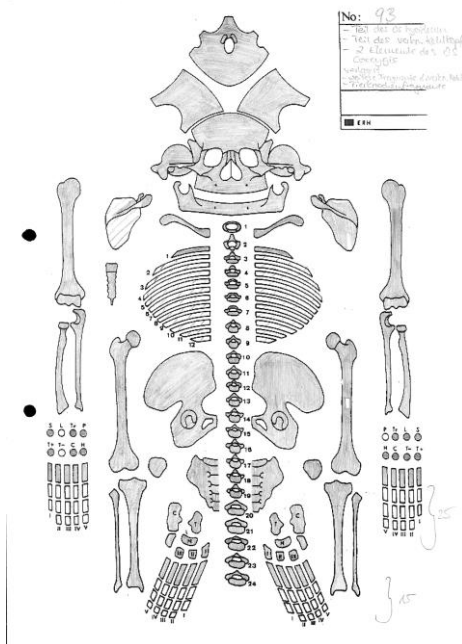
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vollständig

Alter: Früh- bis mittelsenil (60-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Die rechte Ulna ist infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel besitzt eine auffällig runde und große Form

Schädeldachinnenfläche: Im rechten Os parietale befinden sich Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media. In beiden Ossa parietalia sowie im Os frontale sind mehrere Foveolae granularis zu finden und die Lamina interna ist mittig rau und narbig gestaltet.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: stark entzündlich verändert: → chronische Mittelohrentzündung.

Augenhöhle: Beiderseits: raue Oberfläche.

Nasenhöhle: Nasenseptumdeviation nach links.

Mittelgesichtsregion: An beiden Jochbeinaußenflächen sind stark ausgeprägte Muskelmarken erkennbar.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; intravitale Verluste: 11-12, 14-18, 22, 25-28, 36-38, 42 und 44-46. Karies Zahn 21, 24 (Grad II) und 34, 43, 48 (VI). Starke Abrasion und Muldenbildung auf der Kaufläche der Zähne 13, 21, 24, 31-33, 35 und 41. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III. Überlange Wurzel von Zahn 13. 23 ist nie durchgebrochen und liegt leicht schief im Kiefer. Hyperzementose an der Wurzel von 48.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 12. Thorakal- und des 2. Lumbalwirbels, sowie in die Grundplatte des 1. Lumbalwirbels.

Brustkorb: Der Corpus sterni ist mit dem Processus xiphoideus knöchern verwachsen. Beiderseits ist die knorpelige Übergangsstelle an der Facies costalis prima am Manubrium knöchern umgebaut. Ansatzstellen für die Wirbel an den Rippen sind arthrotisch verändert, Arthrose Grad III. Sternal sind die Knorpelansätze an den Rippen knöchern umgebaut. Das 1. Rippenpaar ist sternal aufgebläht.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: ausgezogene Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare. Scapulae beiderseits: große und massive Form. Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis und starke Muskelansatzmarken.

Oberarm: Beiderseits: die Muskelansatzstellen Tuberositas deltoidea, Crista tuberculi majoris und minoris sowie das Tuberculum minus sind massiv ausgeprägt.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: leicht ausgezogene Muskelansatzstellen. Rechts: kleine Knochenauszüge auf der Facies auriculares.

Oberschenkel: Beiderseits: ausgeprägte Linea intertrochanterica. Deutlich ausgeprägte Linea aspera mit Tuberositas glutea. Verknöcherte Muskelansätze am Trochanter major.

Unterschenkel: Patella links: streifige Osteophyten cranial auf der Patella. Tibiae beiderseits: scharfer Margo anterior. Massiv ausgebildete Tuberositas tibiae und unregelmäßige Ansatzstelle für das vordere Kreuzband. Rechts: breites Foramen nutricum. Fibulae beiderseits: langausgezogenes distales Gelenk.

Fuß: Der Talus besitzt beiderseits dorsal eine Ausziehung, die wie ein Extraknochenstück aussieht.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Schädel besitzt eine auffällig runde und große Form.

Nasenseptumdeviation nach links.

Überlange Wurzel von Zahn 13. 23 ist nie durchgebrochen und liegt leicht schief im Kiefer.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re 1.75, li 1.5), Hüftgelenk (BWZ re 2.0, li 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 1.6, li 2.0) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Sprunggelenk (BWZ re 1.5, li 1.2), unteres Sprunggelenk (BWZ re 2.0, li 1.6).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.0-2.5; C5-C7: BWZ 3.0-4.0), BWS (C7-Th1: BWZ 3.0; Th1-Th7: BWZ 3.5, Th7-Th8: BWZ 3.0, Th8-Th12: BWZ 3.5-4.0), LWS (Th12-L2: BWZ 3.0-3.5; L2-L5: BWZ 4.0; L5-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 2.5, li 3.0; C3-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0; Th4-Th5: re BWZ 3.0, li Grad III; Th8-Th12: BWZ re = li 3.0-4.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 3.0, li 3.0-3.5).

3. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum), des Kehlkopfes (Larynx) und des Steißbeins (Os coccygis).

Campus 50/10 94 Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

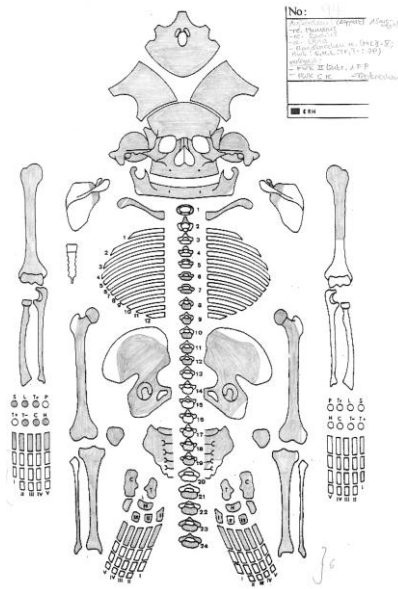
Repräsentanz: Das Manubrium, der Corpus sterni, die linke Ulna und der linke Radius und die Rippen fehlen. Bei beiden Fibulae fehlen die proximalen Gelenke. Rechte Extremitas acromialis fehlt. Links fehlt die distale Hälfte des Humerus.

Oberflächen: Bei beiden Fibulae sind die Oberflächen stark mit Brushit überzogen.

Alter: Senil (60-80 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums, des linken Humerus und der rechten Clavicula durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. In einer Extraduntüte befinden sich Knochenfragmente (nicht zuordbar) und Brushitreste. Die Langknochen sind überdurchschnittlich lag. Des Weiteren sind in der Archivkiste 2 rechte Humeri, 2 rechte Ulnae und 2 rechte Radii vorhanden. Die Armknochen die wahrscheinlich von einem anderen Individuum stammen (andere Färbung) werden im weiteren Verlauf als Humerus 2, Ulna 2 und Radius 2 gekennzeichnet.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel ist posterior im Bereich der Diploe verdickt

Schädeldachaußenfläche: Im Bereich beider Scheitelbeine (Ossa parietalia) leichte, diffus angeordnete Spuren (raue, narbige Oberfläche) einer alten Kopfschwarzenentzündung.

Schädeldachinnenfläche: Gefäßimpressionen der Äste der Arteria meningea media in beiden Ossa parietalia. Außerdem finden sich im rechten Os parietale weitere untypische Gefäßimpressionen.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: deutlich sichtbare Impressiones digitatae: → V.a. Hirndrucksymptomatik. Fossa cranii post. beiderseits: tief abgesetzte Mulden rund um Protuberantia occipitale interna.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlicher Rand.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus rechts nicht pneumatisiert und links nur wenig pneumatisiert.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: von innen nicht beurteilbar, aber die Lamina externa im Bereich der Stirnhöhle ist stark entzündlich verändert: → V.a. chronische Sinusitis.

Mittelgesichtregion: An beiden Jochbeinaußenflächen sind stark ausgeprägte Muskelmarken erkennbar.

Harter Gaumen: Im Bereich der Vorderzähne Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis; intravitale Verluste: 24. Leichter Zahnstein generalisiert (Grad I). Deutliche Zeichen von Abrasion im gesamten Zahnbereich. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: stark ausgeprägte Muskelmarken. Scapulae beiderseits: caudal der Cavitas glenoidalis befinden sich Einkerbungen.

Oberarm: Beiderseits: massiv ausgeprägte Tuberositas deltoidea, Crista tuberculi majoris und minoris sowie Tuberculum minus.

Unterarm: Ulna rechts 1: breiter Margo interosseus. Ulna rechts 2: breiter Margo interosseus und Einkerbung der Tuberositas ulnae. Radius rechts 1: massive Tuberositas radii. Radius rechts 2: breiter Margo interosseus.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist überdurchschnittlich breit. Ossa coxae beiderseits: Tuberculum pubicum massiv ausgeprägt.

Oberschenkel: Beiderseits: massiv ausgeprägte Linea aspera. Übermäßig großer Collum-Winkel: → V.a. **Coxa valga**. Rechts: massive Linea intertrochanterica.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: scharfkantiger Margo anterior. Streifige Diaphysenoberfläche dorsomedial. Das Foramen nutricum ist ungewöhnlich groß.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk 1 (re BWZ 1.25), Ellenbogengelenk 2 (re BWZ 1.25) Radio-Ulnargelenk 1 (re BWZ 1.25), Radio-Ulnargelenk 2 (re BWZ 1.25), oberes Handgelenk 1 (BWZ re 1.75, li 2.0), oberes Handgelenk 2 ([re BWZ 1.0]), Hüftgelenk (BWZ re 2.25, li 1.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re = li Grad III), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (C5: Grad III, C7: Grad III), BWS (Th1-Th2: BWZ 3.0; Th4-Th5: BWZ 3.0; Th12: Grad II-III), LWS (L2-S1: BWZ 2.5-3.0); Bogengelenke: HWS (C5: re Grad III-IV; C7: re Grad III), BWS (Th1: re Grad V), LWS (L4-S1: BWZ re = li 3.0-3.5).

Campus 50/10 95

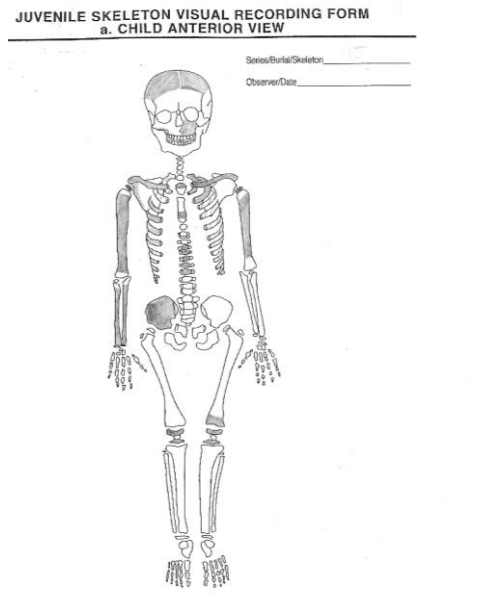
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Viel Knochen fehlen und Vorhandene sind zumeist fragmentiert. Der Großteil des Schädels fehlt. Vom Manubrium ist nur ein Fragment erhalten, der Corpus sterni fehlt vollständig. Von den Rippen sind nur wenige vollständig erhalten. Auch im Bereich der Wirbel sind nur ein paar fragmentierte Brustwirbel erhalten. Es fehlen die linke Ulna, der linke Radius, alle Handknochen, das Os sacrum, das linke Os coxa, beide Patellae, beide Fibulae und alle Fußknochen. Bei beiden Humeri fehlen die nicht angeschlossenen proximalen und distalen Epiphysen. Bei der rechten Ulna und dem rechten Radius fehlen die nicht angeschlossenen proximalen und distalen Epiphysen.

Alter: Infans II (9 Jahre ± 24 Monate)

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäfeldachinnenfläche: Muldenförmige Vertiefungen in beiden Ossa parietalia: → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Zähne: Vereinzelt ein wenig Karies. Leichte Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Incisivi I und II mit vollständiger Wurzel durchgebrochen (Dauerzahn) und Canini noch vollständig im Kiefer liegend (Dauerzahn).

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: ausgeprägte Muskelmarken an den Extremitas acromialis. Scapulae beiderseits: Processus coracoideus noch nicht knöchern verwachsen.

Beckengürtel: Am rechten Os ilium ist der Beckenkamm noch nicht knöchern verwachsen.

Oberschenkel: Beiderseits: die distalen Epiphysen sind erhalten, aber noch nicht knöchern angewachsen.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die proximalen Epiphysen sind erhalten, aber noch nicht knöchern angewachsen.

Campus 50/10 96

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

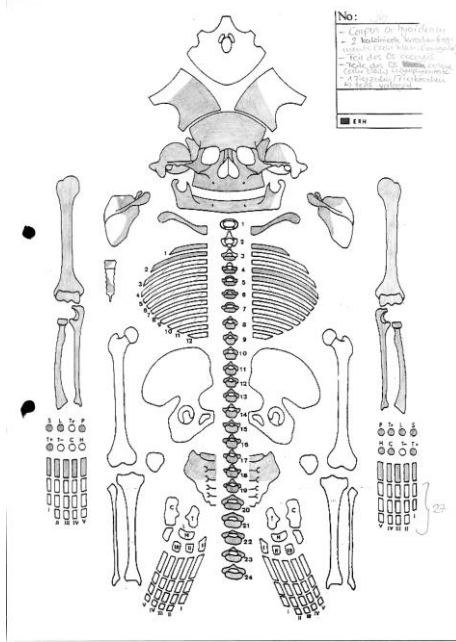
Repräsentanz: Das Skelett ist nur hüftaufwärts vorhanden. Es fehlen beide Ossa coxae, beide Femora, beide Patellae, beide Tibiae, beide Fibulae und alle Fußknochen. Vom Os sacrum sind nur S1 und S2 vorhanden. Es sind nur kleine Fragmente des Manubrium und des Corpus sterni erhalten.

Oberflächen: Der Schädel war durch viel Brushit bedeckt, der im Verlauf der morphologischen Untersuchung entfernt wurde.

Alter: Früh- bis mitteladult (23-30 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Es gibt eine Extradfundtüte mit unbestimmten Knochenfragmenten. Des Weiteren lagen der Archivkiste ein Tierzahn und zwei Rippenfragmente eines subadulten Individuums bei. Die linke Ulna ist am proximalen Schaftende medial, die linke Jochbeinaußenfläche am oberen Rand und der rechte Humerus mittig infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale sind mehrere Gefäßimpressionen erkennbar. Außerdem lassen sich sowohl im Os frontale als auch in den Ossa parietale sehr kleine Foveolae granularis erkennen.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: unruhige Oberfläche.

Tränennasengang: Duct. nasolacrimalis beiderseits: sehr groß.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Oberkörper; intravitale Verluste: 36 und 46. Karies Zahn 37, 47 (Grad II) und 17, 26-28 (VI). Transversale lineare Schmelzhyplasien (Grad III).

Kiefergelenkarthrose: re Grad III. 23 ist im Kiefer quer gewachsen. 11, 13 und 25 sind postmortal verloren gegangen. 38 scheint im Gegensatz zu den restlichen Weisheitszähnen nicht angelegt zu sein.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Bei einem Lumbalwirbel (wahrscheinlich L5) ist der Dornfortsatz nicht angewachsen. An der Verbindungsstelle lässt sich Pseudoarthrose feststellen.

Brustkorb: Mehrere der langen Rippen sind sternal leicht nach caudal gebogen. Zwei Rippen rechts und drei links zeigen einen stärkeren Winkel mit etwas Kallus auf: → V.a. angebrochene Rippen.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: massive Muskelmarken an Extremitas acromialis, rechts stärker als links. Rechts: die Facies sternalis ist entzündlich verändert (poröse Oberfläche und verbreitert) und die Facies acromialis ist ebenfalls entzündlich verändert. Links: die Clavicula ist ca. 0.5 cm länger als rechts. Die Extremitas sternalis ist schlanker als rechts und die Facies sternalis ist noch mit erkennbarem Rand zu sehen. Scapulae beiderseits: unregelmäßige Oberfläche caudal der Cavitas glenoidalis. Rechts: die Facies acromialis ist entzündlich verändert (porös, aufgebläht und abgetragen).

Oberarm: Die Tuberositas deltoidea und die Crista tuberculi majoris sind massiv ausgeprägt. Beiderseits am Humerus ein Foramen supratrochleare.

Unterarm: Ulnae beiderseits: tiefe Einkerbung in der Tuberositas ulnae. Rechts: das Gelenk ist nach dorsolateral gebogen. Radii beiderseits: der Knochen ist im Bereich der Tuberositas radii stark ausgebeult. Die Facies art. carpea hat einen steileren Winkel als üblich.

Beckengürtel: Das Os sacrum ist sehr breit.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Beiderseits am Humerus ein Foramen supratrochleare.

C7 mit doppeltem Foramen transversarium links.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 0.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 0.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C3-C7: BWZ 1.0), BWS (Th1-Th12: BWZ 1.5), LWS (Th12-L1: BWZ 1.5; L1-S1: BWZ 1.0); Bogengelenke: HWS (C3: re = li Grad III; C4-C5: re BWZ 1.0; C5-C7: BWZ re = li 1.0), BWS (C7-Th3: BWZ re = li 1.0, Th3-Th7: BWZ re 1.0-1.5, li 1.5-2.0; Th7-Th8: re BWZ 1.0, li Grad I; Th8-Th10: BWZ re = li 1.0; Th10-Th11: re Grad I, li BWZ 1.0; Th11-Th12: BWZ re 1.0, li 1.5), LWS (Th12-L3: BWZ re 1.5-2.0, li 2.0; l3-L4: re Grad I, li BWZ 1.5; L4-S1: BWZ re = li 1.5-2.0).

3. Traumata: Zwei Rippen rechts und drei links zeigen einen stärkeren Winkel nach caudal im sternalen Bereich mit etwas Kallus auf: → V.a. angebrochene Rippen.

4. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 97 Anatomieleiche

A. Personalstatus

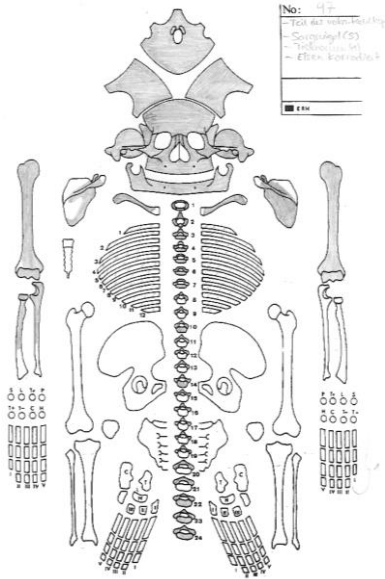
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Sowohl die Hüfte als auch alle caudal davon gelegenen Knochen fehlen. Das Manubrium und der Corpus sterni fehlen.

Alter: Früh- bis mittelsenil (60-70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Es befindet sich in der Archivkiste eine Extrafundtüte mit Eisennägeln. Der linke Humerus ist am distalen Diaphysendrittel anteromedial infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich gefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Sowohl im Os frontal als auch in den Ossa parietalia finden sich viele Foveolae granularis. Zusätzlich lassen sich im Sinus frontalis und dem Sinus sagittalis viele, winzige Gefäßimpressionen oder poröse Oberflächen erkennen (verheilte/umgebaute Geschehen). Im Bereich an dem sich die Sutura sagittalis und die Sutura lambdoidea treffen ist die Oberfläche rau (knöchern umgebautes Hämatom).

Venöse Hirnblutleiter: Im Bereich des Sinus sagittalis superior sind kleine Gefäßimpressionen erkennbar.

Schädelbasisaußenfläche: Die linke Fossa mandibularis ist verändert.

Augenhöhle: Beiderseits: leicht poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Harter Gaumen: Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: kompletter intravitaler Zahnverlust. Spuren der Alveole von 35 sind noch zu erkennen. Kiefergelenkarthrose: re Grad III und li Grad V.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen und der caudalen Gelenkkapseln der BWS. Der 12. Thorakalwirbel ist schief, die rechte Seite ist höher. Die Wirbelkörper sind allgemein sehr porös, was durch eine altersbedingte Osteoporose verursacht sein kann.

Brustkorb: Rippen: häufig ist die caudale Kante sehr weit ausgezogen (teilweise bis auf halbe Rippen breite. Rechts: eine der langen Rippen ist sternal frakturiert gewesen: → cranial und caudal Kallusbildung.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Extremitas sternalis fehlt. Die Muskelmarken an den Extremitas acromialis sind sehr stark ausgeprägt. Scapulae beiderseits: sehr breit in ihrer Form. Leichte Einziehungen caudal der Cavitas glenoidalis Links: Foramen suprascapularis.

Oberarm: Beiderseits: ausgeprägte Tuberositas deltoidea, Crista tuberculi majoris und minoris. Die Humeri sind sehr lang, schmal und leicht. Rechts: der Tuber major ist porös.

Unterarm: Ulna rechts: das distale Gelenk fehlt. Es findet sich eine Einkerbung in der Tuberositas ulnae. Radius rechts: das distale Gelenk fehlt. Der Margo interosseus ist weit ausgezogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Links: Foramen suprascapularis.

2. Mangelerkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk ([re BWZ 1.5], li Grad II), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.0]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0-4.0), LWS (L3-L5: BWZ 2.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (Th4: re = li III; Th6-Th7: re Grad III, li BWZ 3.0; Th7-Th10: BWZ re = li 3.0; Th10-Th12: BWZ re 4.0, li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re 3.0-4.5, li 3.0).

4. Traumata: Rechts: eine der langen Rippen ist sternal verletzt gewesen: → cranial und caudal Kallusbildung.

Campus 50/10 98

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

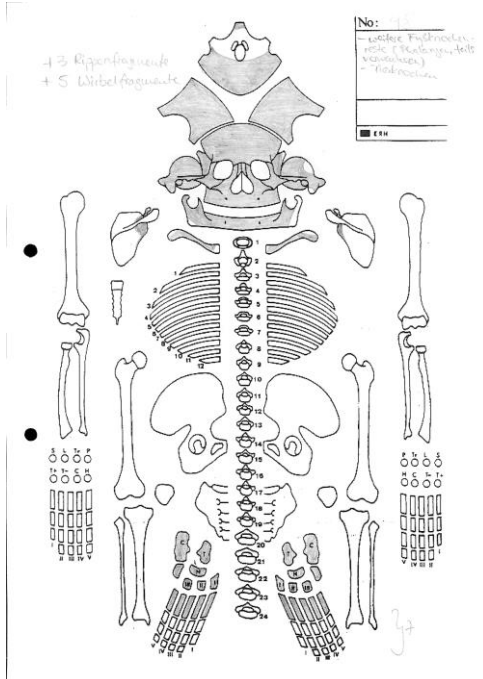
Repräsentanz: Nur der Schädel (Lamina externa stark erodiert) und einige wenige Knochenfragmente sind erhalten. Nur wenige Wirbelfragmente, ein Manubriumfragment und drei Rippenfragmente sind erhalten geblieben. Die rechte Clavicula und beide Scapulae sind nur fragmentarisch erhalten. Der rechte Humerus ist vorhanden, die restlichen Extremitätenteile sowie das Becken fehlen.

Oberflächen: Die rechte Clavicula und beide Scapulae sind erodiert.

Alter: Früh- bis mittelsenil (60-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Zwei kleine Extraduntüten beinhalten unbestimmte Knochenfragmente.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Oberfläche des Os frontale oberhalb des Os nasale ist porös.

Schädeldachinnenfläche: Die gesamte Oberfläche der Lamina interna des Os frontale ist durch viele längliche, chaotische Impressionen gefurcht. Die Äste der Arteria meningea media haben tiefe Gefäßimpressionen hinterlassen in den Ossa parietalia und rechts gehen viele kleine Impressionen beiderseits der Äste ab.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus rechts: der Rand ist stark entzündlich verändert.

Augenhöhlerdach: Rechts: minimal poröse Oberfläche.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis und Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: starke Parodontose (im gesamten Kieferbereich außer zwischen 13-23); Parodontitis (Regionen 13-23); apikaler Prozess: Regionen 16 (Grad II); intravitale Verlust: 22. Zahnstein generalisiert (Grade I). Fissurenkaries und Karies Zahn 18 (Grad III). Starke Abrasion im gesamten Kieferbereich. Habituelle Abrasion im Sinne einer Pfeiferlücke links und rechts. Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Kiefergelenkarthrose: re Grad III. Torus mandibularis rechts stärker ausgebildet als links.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Die Wirbelfragmente weisen eine leichte Randbildung auf.

Schultergürtel: Clavicula links: Ausziehung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare.

Oberarm: Rechts: die Tuberositas deltoidea und die Crista tuberculi majoris sind stark betont.

Fuß: Talus beiderseits: dorsal Ausziehung, links eher klein und rechts etwa 1-Centstück groß.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten / Entwicklungsstörungen des Skelettes:

Torus mandibularis re>li.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Sprunggelenk (re = li Grad I), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 1.875).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad III); Körpergelenke: BWS (Th8-Th10: BWZ 3.0).

Campus 50/10 100 Anatomieleiche

A. Personalstatus

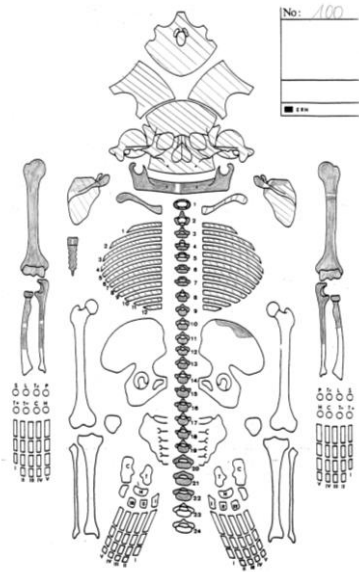
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur die obere Körperhälfte ist, stark fragmentiert, vorhanden. Es fehlen alle Ossa manus, das gesamte Becken (nur ein winziges Fragment eines Beckenkamms ist erhalten) und beide untere Extremitäten mit den Ossa pedis. Bei allen Unterarmextremitäten fehlen die distalen Gelenke.

Alter: Mitteladult bis mittelmatur (30-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Es sind mehrere Extraduraltüten mit nicht identifizierbaren Knochenfragmenten vorhanden.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel Die Schädelwände sind ungewöhnlich dick, allerdings nicht pathologisch verändert.

Schädeldachinnenfläche: Es sind einige Foveolae granularis in beiden Ossa parietalia nahe der Sutura sagittalis erkennbar.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: Rand ist leicht entzündlich verändert.

Augenhöhlerdach: Rechts: poröse Oberfläche: → Cribralia I.

Nasenbenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: großräumig mit leicht rauer Oberfläche. Sinus maxillaris beiderseits: raue Oberfläche: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Stomatitis und mehrere Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; intravitale Verluste: 14-17, 22, 24, 27 und 45. Karies Zahn 36 (Grad V) und 35 (VI). Starke Abrasion im gesamten Zahnapparat. Transversale lineare Schmelzhypoplasien Grad II. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III. Zwischen 12 und 13 befindet sich der Rest eines Zahnfragmentes. Der Eckzahn 23 ist nur leicht mit der Kronenspitze durch den Kiefer gebrochen, der Rest liegt weiter im Kiefer (die Wurzel ist in der Nasenhöhle erkennbar). Die Zähne 38 und 48 sind nicht angelegt.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis.

Brustkorb: Ansatzstellen für die Wirbel sind arthrotisch verändert, Arthrosegrad III-IV. Beginn der Verknöcherung der sternal liegenden Knorpel. An drei Rippen sind verheilte Frakturen erkennbar durch Kallusbildung.

Schultergürtel: Clavicula rechts: starke Einziehung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Links: leichte Ausziehung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Scapulae beiderseits: leicht poröse Oberfläche des Acromions.

Oberarm: Links: es findet sich ein kleiner spitzer Auszug am distalen Diaphysenende auf der medialen Seite.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Foramen sternale.

2. Mangelkrankungen: Rechts: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.25), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re = li 1.5]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re BWZ 3.0, li Grad III), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0-3.0), BWS (Th1-Th5: BWZ 2.0, Th5-Th12: BWZ 2.5), LWS (L2-L4: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 2.0-3.0), BWS (Th1-Th5: BWZ re = li 3.0; Th7: re = li Grad III; Th8-Th10: re Grad III, li BWZ 3.0; Th11: re Grad III-IV, li III), LWS (L2-L3: re = li BWZ 3.0).

4. Traumata: Drei Rippen mit Spuren verheilte Frakturen.

Campus 50/10 101 Anatomieleiche

A. Personalstatus

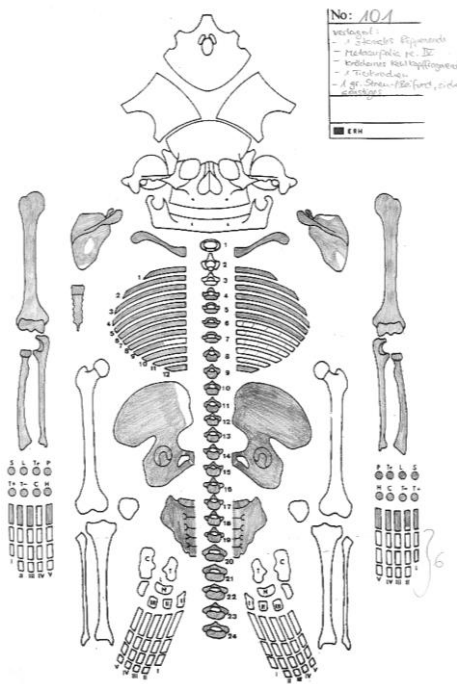
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel und die oberen drei Halswirbel fehlen. Wahrscheinlich im Kopf- und Beinbereich durch frühere Bauarbeiten gestört. Die beiden Ossa pubis lassen genau wie das linke Acetabulum Spuren einer postmortalen Verletzung (wahrscheinlich durch Spaten bei Bauarbeiten) erkennen.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Der Schädel und die oberen drei Halswirbel fehlen: → V.a. Sektion durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Der Archivkiste liegt eine Extradünte mit Bein- und Fußknochen (Femur und Tibia weisen deutliche Sägespuren auf: Sektion durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert).



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Verknöcherung der Bandsätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen der BWS. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 5.-9. und 11.-12. Thorakalwirbel sowie in den 1. Lumbalwirbel. Einbrüche in die Grundplatten des 4.-12. Thorakal- und 1. Lumbalwirbel.

Brustkorb: Die beiden Incisura clavicularis des Manubrium sind sehr stark verbreitert. Der Corpus sterni ist knöchern mit dem Processus xiphoideus verwachsen. Anzustellen für die Wirbel sind leicht arthrotische verändert, Arthrosegrad II. Beginn der Verknöcherung der sternal liegenden Knorpel. Das 12. Rippenpaar ist nahe dem vertebralen Ende auffällig verjüngt und unregelmäßig geformt.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: starke Verbreiterung der Extremitas sternalis, entzündlich veränderte Facies art. acromialis und massive Muskelmarken. Rechts: tiefe, entzündlich veränderte Einziehung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclavicularia. Links: relativ geringe Einkerbung, aber entzündliche Veränderung des Ligamentum costoclavicularia. Scapulae beiderseits: sehr groß, unruhige craniale Oberfläche des Acromions und Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis. Links: Einkerbung (evtl. zystische Strukturauslöschung) der Cavitas glenoidalis und Foramen suprascapularis.

Oberarm: Links: relativ große Löcher in der Knochenoberfläche zwischen Caput humeri und Tuberculum majus.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung in die Tuberositas ulnae und weit ausgezogener Margo interosseus.

Hand: Leichte Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.. Ossa coxae beiderseits: poröse Oberfläche der Facies lunata und ungewöhnlich tiefe Fossa acetabuli.

Oberschenkel: Nur rechter Femur vorhanden: glatte Sägekante an distalem Diaphysenende (distales Gelenk fehlt). Stark ausgeprägte Linea intertrochanterica, Linea aspera und Tuberositas glutea. Anterior ist die Diaphysenoberfläche streifig ausgeprägt und am distalen Ende medial ist eine etwa 1 Cent große Verdickung erkennbar.

Unterschenkel: Patellae fehlen. Nur die rechte Tibia vorhanden: glatte Sägekante im proximalen Gelenksteil. Die Diaphysenoberfläche ist medial streifig ausgeprägt. Die Oberflächen proximal der Incisura fibularis und distal des proximalen gelenkes auf der posterioren Seite sind entzündlich verändert. Fibula rechts: das distale Gelenk ist erhalten und die Oberfläche der Facies articularis malleoli lateralis ist entzündlich ausgezogen. Links: komplett erhalten und mittig leicht nach dorsal gebogen. Die Oberfläche der Facies articularis malleoli lateralis ist entzündlich ausgezogen.

Fuß: Nur links sind Calcaneus, Os naviculare und ein weiterer Mittelfußknochen erhalten.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Linke Scapula: Bildung eines Foramen suprascapularis.

Os sacrum: Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0), Ellenbogengelenk (BWZ re 1.5, li 1.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.75, li 1.5), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (re = li Grad II). Arthrosis Individuum 2: Hüftgelenk (re Grad II- III), oberes Sprunggelenk (re = li Grad II), unteres Sprunggelenk (li Grad II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C4-C7: BWZ 2.5), BWS (C7-Th4: BWZ 2.5; Th4-Th10: BWZ 3.0, Th10-Th12: BWZ 3.0-3.5), LWS (Th12-S1: BWZ 2.5-3.0); Bogengelenke: HWS (C4-C7: BWZ re = li 2.0-3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 2.5-3.0; Th4-Th6: BWZ re = li 4.0; Th6-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L4: BWZ re = li 3.0; L4-S1: BWZ re = li 3.5-4.0).

Campus 50/10 102 Anatomieleiche

A. Personalstatus

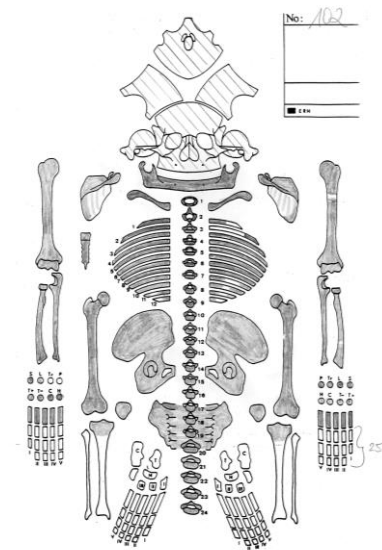
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Der Schädel ist stark fragmentiert. Die Ossa pedis und die Fibulae fehlen sowie alles distal des proximalen Tibiagelenkes.

Alter: Mitteladult bis mittelmatur (30-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Eine Extrafundtüte enthält Teile des verknöcherten Kehlkopfes (Larynx) und des Zungenbeins (Os hyoideum). Drei weitere Extrafundtüten enthalten unbestimmte Knochenfragmente.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Eine Foveola granularis im Os frontale.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündliche veränderter Rand.

Augenhöhlerdach: Raue Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: leicht poröse Oberfläche.

Mittelgesichtsregion: Massive ausgebildete Muskelansätze an der caudalen Kante der Jochbeine beiderseits.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontose. Zahnstein leicht generalisiert (Grade I). Karies Zahn 46 (Grad III). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad II. Die Weisheitszähne sind in keinem Quadranten durchgebrochen. 24 ist wahrscheinlich postmortal verloren gegangen. Leichte Hyperzementose der Zahnwurzeln.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis.

Brustkorb: Die Oberfläche der Facies costalis prima ist beiderseits porös und unregelmäßig ausgeprägt. Beginn der Verknöcherung der sternal liegenden Knorpel vor allem beim 1. Rippenpaar.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: stark ausgebildetes Tuberculum conoideum. Links: die Oberfläche der Facies articularis sternalis caudal unruhig gestaltet. Scapulae beiderseits: der Margo lateralis ist im caudalen Bereich stark nach lateral ausgebildet.

Oberarm: Die Tuberositas deltoidea und die Crista tuberculi majoris sind stark betont, rechts mit Gradbildung, links etwas weniger prominent.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Tuberositas ulnae ist stark betont.

Hand: Im linken Kahnbein ist eine zystische Strukturauslöschung erkennbar.

Beckengürtel: Os sacrum: der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

Oberschenkel: Beiderseits: die Oberfläche der proximalen Diaphysenhälfte ist medial streifig gestaltet. Die Knochenstelle, an der der Caput mediale des M. gastrocnemius ansetzt, ist stark ausgeprägt.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: starke Randbildung an den Gelenkflächen. Tibiae beiderseits: stark betonte Linea m. solei. Rechts: deutlich ausgeprägte Facies articularis fibularis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Die Cervicalwirbel 4.-6. weisen beidseitig doppelte Foramen transversaria auf.

Foramen sternale.

Os sacrum: Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.25), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 1.25, li 1.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.75), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 1.6) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 1.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C3-C6: BWZ 2.5; C6-C7: BWZ 2.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.5; Th1-Th2: BWZ 3.0; Th2-Th8: BWZ 2.5, Th8-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-L5: BWZ 2.5; L5-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0; Th4-Th6: BWZ re = li 3.0-3.5; Th6-Th10: BWZ re = li 3.0; Th10-Th12: BWZ re = li 3.0, li 3.0-4.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 103

A. Personalstatus

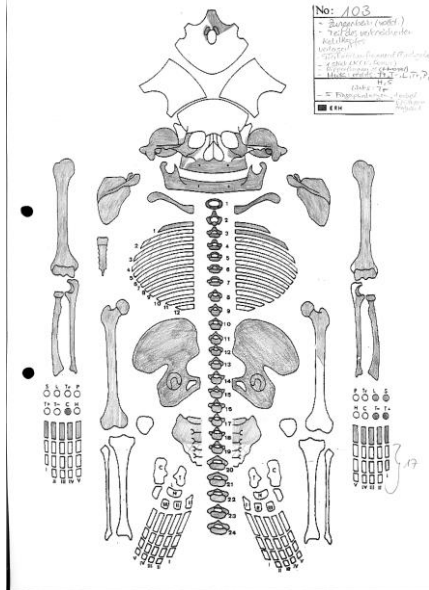
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Vom Schädel sind nur die beiden Os temporale (inkl. Felsenbein) und caudal des Beckens nur die Femora (links nur teilweise) vorhanden. Die rechte Ulna ist stark degradiert.

Alter: Mittelreife bis -senil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte enthält verlagerte Knochenfragmente und eine weitere enthält das verknöcherte Zungenbein (Os hyoideum), Teile des Kehlkopfes (Larynx) und einige Ohrknöchelchen.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelbasisinnenfläche: In der rechten Fossa cranii med. im Bereich des Sulcus sinus sigmoideus ist die Oberfläche mit feinen Gefäßimpressionen durchzogen: → V.a. entzündlichen Prozess.

Schädelbasisaußenfläche: Im Bereich um die beiden Sulci tubae auditivae ist die Oberfläche leicht porös.

Nasenhöhle: Der Boden ist im vorderen Bereich beiderseits porös.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: leicht poröse Oberfläche mit kleinen Auflagerungen: → Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Die Muskelmarken beider Jochbeine sind massiv ausgeprägt.

Harter Gaumen: Mehrere Exostosen und eine massiv vergrößerte, erbsengroße Fossa incisiva.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: massive Parodontose; intravitale Verluste: alle außer 47. Karies Zahn 47 (Grad IV). Die Alveolen der Zähne 37, 42 und 43 sind noch nicht vollständig geschlossen und evtl. entzündlich verändert. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III-IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis / Spondylarthrosis. Spondylitis / Spondylarthritis im Bereich der oberen Brustwirbel. Verknöcherung der Ligamenta flava und longitudinale sowie der Gelenkkapseln der BWS.

Brustkorb: Costae: Beginn der Verknöcherung der sternalen Knorpel, vor allem bei dem 1. Rippenpaar (rechts stärker als links). Manubrium: die Knorpel an der Incisura costalis prima sind beiderseits schon stark verknöchert. Die Knorpel zu den Rippen sind am Corpus sterni schon teilweise stark verknöchert. Der Processus xiphoideus ist knöchern an den Corpus sterni angeschlossen und gabelförmig.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: massiv ausgeprägte Muskelmarken. Scapulae beiderseits: unregelmäßige craniale Oberfläche des Acromions. Links: Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas deltoidea und Crista tuberculi majoris. Das distale Gelenk ist leicht nach lateral gekippt. Rechts: der Epicondylus medialis ist sehr groß. Links: der Humerus ist ca. 0,5 cm kürzer als rechts.

Unterarm: Ulna rechts: massive Tuberositas ulnae. Radii beiderseits: Gradbildung an Tuberositas radii und scharfkantiger Margo interosseus.

Hand: Randbildung an den Gelenkflächen und seitlich an den Metacarpalia sowie den Phalangen. Links: die Tuberositas phalangis distalis ist entzündlich verändert.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: verknöcherte Muskelansätze. Rechts: das Tuberculum pubicum ist erbsengroß. Es hat sich eine große Knochenauflagerung auf der Spina posterior inferior gebildet.

Oberschenkel: Beiderseits: die Muskelansätze an der Linea aspera und der Tuberositas glutea sind verknöchert. Die Linea intertrochanterica ist außergewöhnlich stark ausgeprägt und die Oberfläche der Diaphyse ist sehr unregelmäßig gestaltet: → periostale Reaktion.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.0), Ellenbogengelenk (re BWZ 1.75, li Grad II), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 1.75, li Grad II), oberes Handgelenk (re Grad II, li BWZ 2.0), Hüftgelenk (BWZ re 3.0, li 3.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad I-II) und Retropatellargelenk (re Grad I-II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0-2.5), BWS (C7-Th1: BWZ 2.5; Th1-Th3: BWZ 3.0; Th3-Th5: BWZ 3.5-4.0; Th5-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0-3.5), BWS (C7-Th2: BWZ re = li 3.0; Th2-Th3: BWZ li 3.0; Th3-Th6: BWZ li 4.0; Th6-Th7: BWZ re 3.5, li 4.0; Th7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0-3.5). Arthritis: (Th2-Th6: BWZ re 4.5-5.5).

Campus 50/10 104 A

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

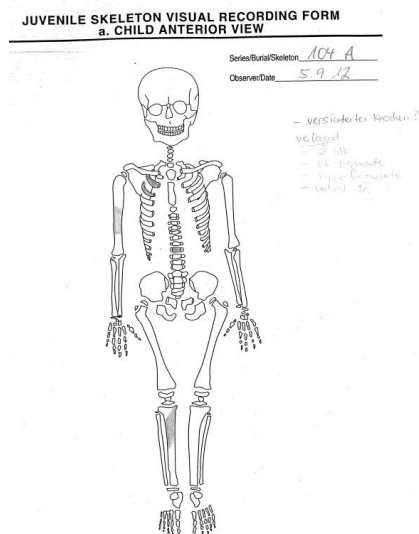
Repräsentanz: Starke Fragmentation. Daher ist keine Beurteilung bzgl. Pathologien möglich. Es sind vier Wirbelkörperfragmente, vier Rippenfragmente, ein Teil der rechten proximalen Femurdiaphyse, ein Teil einer Tibiadiaphysenmitte, ein Fragment eines Phalanx distalis und viele kleine Knochenfragmente vorhanden.

Oberflächen: Die Knochen sind teilweise mit Brushit überzogen. Starke Degradierung. Daher ist keine Beurteilung bzgl. Pathologien möglich.

Alter: Infans I-II

Geschlecht: ND

Besonderheiten: In einer Extrafundtüte befindet sich ein Fragment, welches als „versinterter Knochen“ ausgeschrieben ist.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

in unmittelbarer Nachbarschaft. Die Oberfläche der Facies sternalis sind beiderseits stark arthritisch verändert. Scapulae beiderseits: Einkerbung und Ausziehung caudal der Cavitas glenoidalis sowie eine sehr raue und unruhige caudale Oberfläche des Acromions.

Oberarm: Beiderseits: massiv ausgeprägte Crista tuberculi majoris. Rechts: entzündliche, reiskorngroße Impression auf dem Capitulum humeri. Links: unregelmäßige Knochenneubildung medial der Crista tuberculi majoris.

Unterarm: Radii beiderseits: ungewöhnlich massive Tuberositas radii. Mittig auf der lateralen Diaphysenseite befindet sich eine abgeflachte Stelle (ca. 1,5 cm lang) mit leichter Knochenneubildung.

Beckengürtel: Os sacrum: ein kleiner Teil des Os coccygis ist erhalten. Die Sacralwirbel sind nicht geschlossen, Spina bifida, und nur im Bereich des 3. Sacralwirbels nähern sich die zwei Einzelteile des Processus spinosus einander an. Ossa coxae beiderseits: die Oberfläche der Fossa acetabuli ist stark löchrig.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Im Bereich der HWS sind einige Foramen transversa nicht geschlossen (C1 links, C7 rechts), andere wiederum doppelt angelegt (C4 rechts, C5 rechts, C6 rechts und links).
Spina bifida.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 2.0, li 1.75), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.5], li BWZ 1.5), oberes Handgelenk ([re BWZ 1.5], li BWZ 1.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (li BWZ 2.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.5), BWS (C7-Th4: BWZ 3.0; Th4-Th5: BWZ 2.5; Th5-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C6: BWZ re = li 3.0; C6-C7: BWZ re = li 2.5), BWS (C7-Th5: BWZ re = li 3.0, Th5-Th6: BWZ re = li 3.5; Th6-Th7: BWZ re 3.0; li 4.0; Th7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 104 B (2)

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Die linke proximale Tibiaepiphyse (noch nicht an das Diaphysenfragment angeschlossen) und die linke Patella sind vorhanden.

Alter: Juvenil

Geschlecht: ND

Besonderheiten: In Extradfundtüte zu Fundnummer 104 B.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia links: nur das proximale Gelenk und ein Fragment der proximalen Diaphyse sind erhalten. Die Epiphyse ist noch nicht knöchern an die Diaphyse angeschlossen. Patella links: die Patella ist noch nicht sehr groß, allerdings sind die Flächen stark erodiert.

Campus 50/10 104 B (3)

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Vorhanden sind eine Symphyse (Stadium 3), eine rechte Clavicula (mit dem Acromion knöchern verwachsen) und die rechte distale Humerusepiphyse (mit der Diaphyse verwachsen).

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: In Extraduntüte zu Fundnummer 104 B.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Rechts: die Extremitas acromialis ist mit dem Acromion knöchern verwachsen.

Oberarm: Rechts: nur distale Hälfte erhalten, aber degradiert.

Campus 50/10 104 B (4)

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Vorhanden ist eine rechte proximale Tibiaepiphyse.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: In Extraduntüte zu Fundnummer 104 B.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia rechts: nur die proximale Hälfte ist vorhanden. Diese ist stark durch Osteomyelitis beeinträchtigt. Die Diaphyse weist, vor allem lateral, erhebliche Knochenneubildungen auf.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Infektionskrankheiten: Der Unterschenkelknochen weist Spuren von Osteomyelitis auf.

Campus 50/10 105 A Anatomieleiche

A. Personalstatus

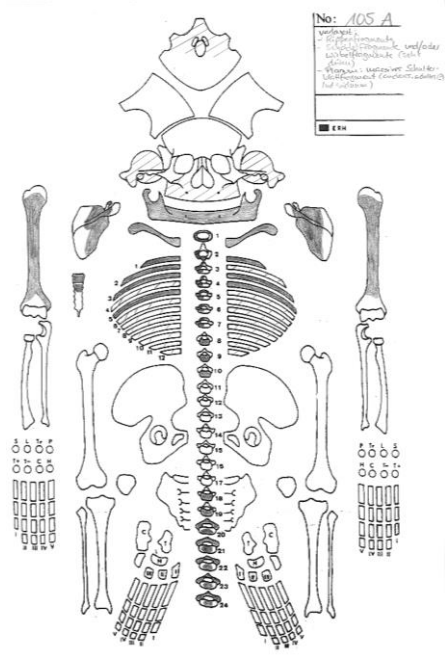
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Alle Knochen caudal der Humeri und der Wirbelsäule fehlen. Der Schädel ist stark fragmentiert.

Alter: Infans I (5 Jahre ± 16 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädelbasisaußenfläche: Die Oberfläche des Corpus ossis sphenoidalis ist sehr porös.

Nasennebenhöhlen: Die Oberfläche beider Sinus maxillaris ist unruhig und porös: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Die Oberfläche ist stark porös: → Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Die Milchzähne 51-55, 61-65, 71-75 und 81-85 sind durchgebrochen. 56, 66, 76 und 86 sind durch eine Öffnung im Kiefer bereits zu erkennen. Dauerzähne 11-12 und 21-22 sind bereits durch kleine Öffnungen im Kiefer erkennbar. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad 0.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Fragmente der Wirbelkörper und -bögen sind noch nicht mit einander verschmolzen.

Brustkorb: Vom Manubrium und Corpus sterni lassen sich jeweils ein Teil finden. Costae: die Oberfläche einer mittleren Rippe ist auf der cranialen Seite mittig uneben und rau.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Facies sternalis ist offen. Scapulae beiderseits: der Processus coracoideus ist noch nicht angewachsen und fehlt. Die Cavitas glenoidalis ist noch nicht verwachsen.

Oberarm: Beiderseits: die proximale Epiphyse ist noch nicht angeschlossen und fehlt. Das distale Gelenk ist ebenso wie die Oberfläche der Diaphyse degradiert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad 0).

Campus 50/10 105 B Anatomieleiche

A. Personalstatus

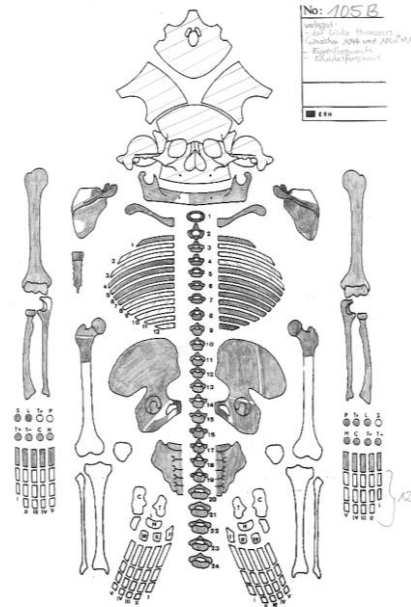
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Die Knochen caudal der Femoramitte fehlen und der Schädel ist stark fragmentiert.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Lamina externa ist stark porös, vor allem am Os frontale und entlang der Sutura sagittalis: → evtl. durch Mangelernährung.

Schädeldachinnenfläche: Impressionen der Äste der Arteria meningea media in beiden Ossa parietalia. Im Os frontale finden sich mehrere Foveolae granularis und eine etwa 2 Centstück große raue, narbige und unregelmäßige Oberfläche.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: Impressiones digitatae: → V.a. Hirndrucksymptomatik. Fossa cranii med. beiderseits: Sulcus a. meningea media mit entzündlich veränderter Einkerbung.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: der Rand ist leicht entzündlich verändert.

Paukenhöhle: Mittelohr beiderseits: stark entzündlich veränderte Oberfläche: → V.a. chronische Mittelohrentzündung.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia II.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis links: nicht pneumatisiert. Rechts: wenig pneumatisiert. Sinus maxillaris beiderseits: stark poröse Oberfläche: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose; intravitale Verluste: 14, 24-25, 36-37 und 46-47. Karies Zahn 15 (Grad VI). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III-IV. Der Verbleib der Zähne 11-13 und 22 ist unklar.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis. Verknöcherung der Ligamenta flava sowie der Gelenkkapseln der BWS.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Ansatzstellen der Ligamenta costoclaviculare sind ausgezogen. Scapulae beiderseits: der Margo lateralis ist ungewöhnlich scharfkantig. Caudal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einkerbung und die Oberfläche der Cavitas glenoidalis ist sehr unruhig gestaltet.

Oberarm: Beiderseits: stark ausgeprägte Crista tuberculi majoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung in die Tuberositas ulnae. Radii beiderseits: Gradbildung an der Tuberositas radii.

Beckengürtel: Ossa coxae beiderseits: tiefe Fossa acetabuli.

Oberschenkel: Beiderseits: stark ausgeprägte Tuberositas glutaea.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.0, li 1.5), Ellenbogengelenk (re BWZ 1.25, [li BWZ 1.25]), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.25, li 1.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.75), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad II), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (C7-Th9: BWZ 2.0; Th9-Th10: BWZ 2.5; Th10-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-L4: BWZ 2.0; L4-S1: BWZ 2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 106 A

A. Personalstatus

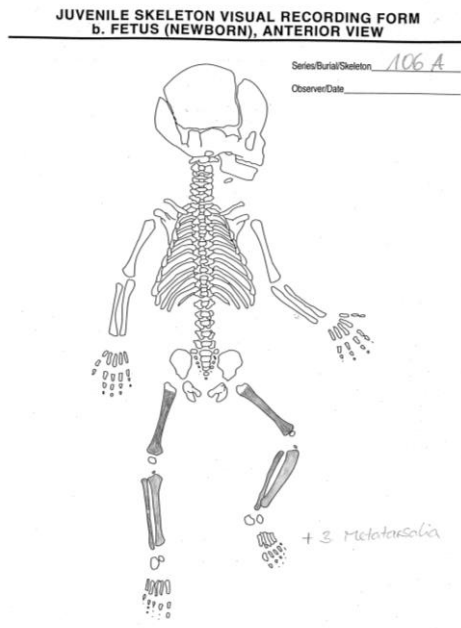
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur die unteren Extremitäten sind erhalten. Dazu gehören beide Femora (ohne Epiphysen; ca. 6,5 cm), beide Tibiae (ohne Epiphysen; ca. 6 cm), beide Fibulae (ohne Epiphysen) und drei kleine Knochen, welche wahrscheinlich Fußknochen sind.

Oberflächen: Durch die Degradierung ist keine Beurteilung bzgl. Pathologien möglich.

Alter: Neonat bis Infans I

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

Campus 50/10 106 B

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

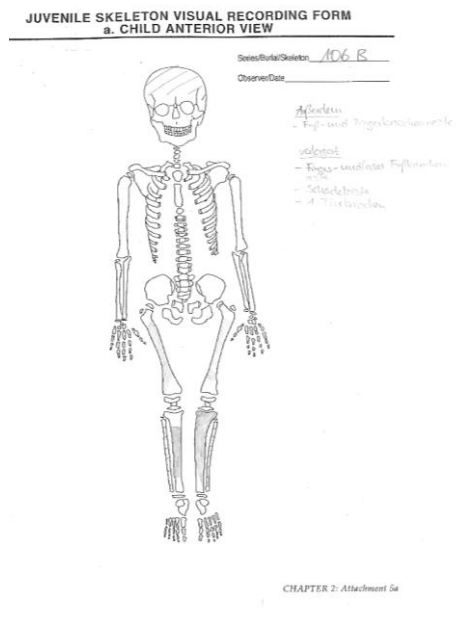
Repräsentanz: Die Diaphysen der Femora, Tibiae und zwei weiterer Langknochen (evtl. rechter Unterarm) sind fragmentiert.

Oberflächen: Die Diaphysen der Femora, Tibiae und zwei weiterer Langknochen (evtl. rechter Unterarm) sind degradiert.

Alter: Infans I (4 Jahre ± 12 Monate)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: Es ist das distale Gelenk mit einem Anteil des distalen Teils der Diaphyse vorhanden. Es handelt sich aber nicht um einen menschlichen Knochen. Es sind ein paar stark fragmentierte und degradierte Fußknochen erhalten.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Es sind nur wenige, stark fragmentierte Teile des Neurocraniums vorhanden.

Zähne: Die Milchzähne zeigen im Bereich der Incisivi und Canini zurückgebildete Wurzeln auf. Die Kronen der Dauerzähne sind bereits angelegt.

Campus 50/10 107 A

A. Personalstatus

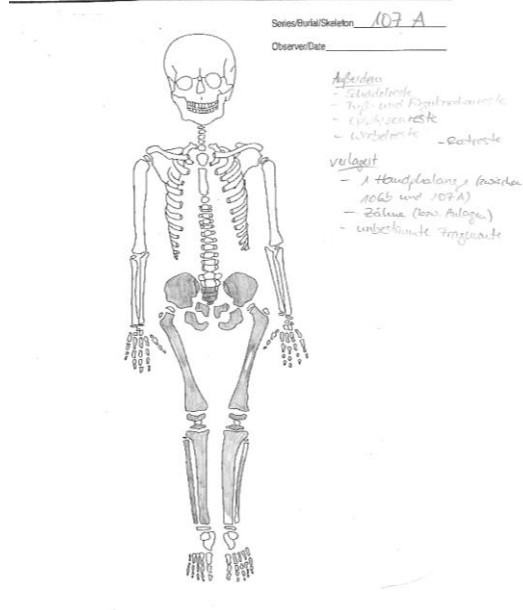
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es sind nur ein Schädelfragment und Milchzähne überliefert. Die Einzelteile vom Os sacrum und den Ossa coxae (Os ischium, Os ilium und Os pubis) sind noch nicht knöchern verwachsen. Es sind beide Femora, Tibiae und Fibulae (ohne angeschlossene Epiphysen) vorhanden.

Alter: Infans I (3 Jahre ± 12 M.)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)

JUVENILE SKELETON VISUAL RECORDING FORM
a. CHILD ANTERIOR VIEW



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: Beiderseits: die Oberfläche der Ansatzstelle des Musculus gluteus maximus (Tuberositas glutea) ist leicht entzündlich verändert. Links: auf der posterioren Seite des medialen Condylus ist eine Impression erkennbar, wahrscheinlich postmortal.

Campus 50/10 107 B Anatomieleiche

A. Personalstatus

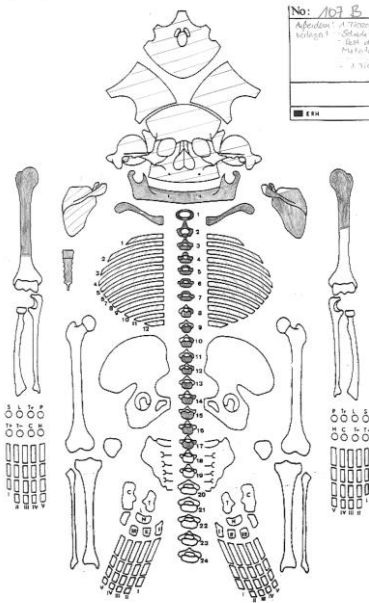
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Das Skelett ist stark fragmentiert und cranial nur bis zur mittleren Hälfte der Humeri vorhanden.

Alter: Spät matur bis frühsenil (60±7 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums sowie der Hals- und Brustwirbel durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Es ist ein Teil des verknöcherten Zungenbeins (Os hyoideum) und ein großer Eckzahn eines Tieres erhalten.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: tiefe, massive Impressionen der Äste der Arteria meningea media im linken Os parietale. Tiefe und große Foveolae granularis im Os frontale sowie in beiden Ossa parietalia. Es finden sich in der gesamten Calotte immer wieder viele, klein gefiederte Impressionen in der Oberfläche.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant., med. und post. beiderseits: es finden sich in der gesamten Schädelbasisinnenfläche immer wieder viele, klein gefiederte Impressionen in der Oberfläche.

Venöse Hirnblutleiter: Sinus transversus und sigmoideus beiderseits: es finden sich in der gesamten Schädelbasisinnenfläche immer wieder viele, klein gefiederte Impressionen in der Oberfläche.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlicher Rand.

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia II.

Nasenbenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: sehr groß und verzweigt. Sinus maxillaris beiderseits: poröse Oberfläche.

Mittelgesichtsregion: Die Oberfläche der linken Jochbeinaußenfläche ist leicht porös.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: starke Parodontitis; intravitale Verluste: mehrere Zähne z. B. 36-38 und 46-47. Karies Zahn 44 (Grad V) und 32-33, 42-43 (VI). Transversale lineare Schmelzhyoplasien Grad V. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III-IV. Der Oberkiefer ist so stark degradiert, dass keine Befundung stattfinden kann. Hyperzementose einiger Wurzelspitzen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis und Spondylarthritis (C6-C7). Verknöcherung der Ligamenta flava der BWS.

Brustkorb: Ansatzstellen für die Wirbel sind arthrotisch verändert, Arthrosegrad II-III.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Einkerbungen mit entzündlich veränderter Oberfläche an den Ansatzstellen der Ligamenta costoclaviculare und ausgeprägte Muskelmarken. Scapulae beiderseits: sehr schlank mit Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Beiderseits: Einkerbungen zwischen Crista tuberculi majoris und minoris sowie lateral der Crista tuberculi minoris.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re = li Grad III), unteres Kopfgelenk:

Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (C2-C6: BWZ 3.0), BWS (C7-Th10: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C6: BWZ re = li 3.0; C6-C7: re Grad III, li BWZ 3.0), BWS (C7-Th1: re Grad III, li BWZ 3.0; Th1-Th3: BWZ re = li 3.0; Th4-Th5: re BWZ 3.0; Th9: re Grad III; Th10: re Grad III).

Arthritis: Körpergelenke: (C6-C7: BWZ 5.0).

Campus 50/10 108 Anatomieleiche

A. Personalstatus

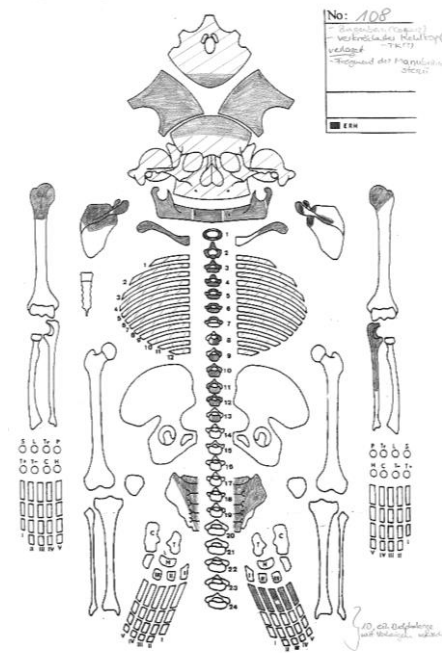
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Die meisten Knochen fehlen. Die erhaltenen Knochen, inkl. Schädel, sind stark fragmentiert. Es sind einige wenige Fußknochen erhalten. Von der linken Ulna ist nur das proximale Gelenk mit Diaphysenteil vorhanden. Vom rechten Humerus ist das proximale Gelenk mit Diaphysenteil vorhanden, links nur das proximale Gelenk. Das Manubrium ist nur teilweise erhalten. Von der linken Clavicula ist nur die acromiale Hälfte vorhanden. Von den Scapulae sind beiderseits nur craniale Fragmente erhalten.

Alter: senil (60 < Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Des Weiteren liegt ein Knochen, wahrscheinlichen tierischen Ursprungs, vor.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: In der linken Seite der Lamina interna des Os frontale und in der rechten Seite des Os parietale lassen sich große, aber flache Foveolae granularis finden.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: ausgezogene, entzündlich veränderte Ränder.

Nasenhöhle: Rechts: raue, entzündliche Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis beiderseits: groß, weitverzweigt und raue Oberfläche. Sinus maxillaris beiderseits: raue, entzündlich veränderte Oberflächen: → chronische Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Stark ausgeprägte Muskelmarken an den Jochbeinen beiderseits.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im gesamten Kieferbereich; intravitale Verluste: 14 und 36. Karies Zahn 17, 18, 27, 28 und 45 (Grad VI). Sehr starke Abrasion durch Nahrung, Knirschen und leichten Unterbiss. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Verknöcherung der Ligamenta flava sowie der Gelenkkapseln der BWS.

Brustkorb: Es sind nur Fragmente der Rippen erhalten. Die Ansatzstellen für die Wirbel sind arthrotisch verändert, Arthrosegrad III.

Schultergürtel: Clavicula rechts: die Facies acromialis ist stark arthritisch verändert. Die Clavicula zeigt stark ausgeprägte Muskelmarken auf und die Ansatzstellen für das Ligamentum costoclaviculare ist eingekerbt. Links: die Facies acromialis ist leicht arthritisch verändert. Scapulae beiderseits: die Cavitas glenoidalis ist arthritisch verändert. Rechts: caudal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einkerbung.

Oberarm: Rechts: es ist eine deutliche, tiefe Einkerbung medial der Crista tuberculi majoris erkennbar. Der Tuber minoris ist unregelmäßig geformt und vergrößert.

Unterarm: Linke Ulna: es ist eine Einkerbung im Bereich der Tuberositas ulnae zu erkennen.

Beckengürtel: Os sacrum: die Facies auriculares weisen deutliche Ränder auf.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthritis: Schultergelenk (BWZ re 3.5, li 2.5), Arthrosis: Ellenbogengelenk (li Grad I), Radio-Ulnargelenk (li Grad I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad II); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 3.0; C5-C6: BWZ 3.5; C6-C7: BWZ 3.0), BWS (C7-Th1: BWZ 2.5; Th1-Th5: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.5-4.0); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ 2.5; C3-C7: BWZ 3.0), BWS (C7-Th2: re Grad III, BWZ 3.0; Th5: re = li Grad III), LWS (S1: re = li Grad III).

2. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Es liegen der verknöcherte Kehlkopf (Larynx) und der mittlere Teil des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 109

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Es sind nur stark fragmentierte Langknochenfragmente (Zuordnung nicht möglich), zwei jeweils centstückgroße Fragmente des Neurocraniums und einige Milchzähne vorhanden.

Alter: Infans I (1 Jahr \pm 4 Monate)

Geschlecht: ND



Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

Campus 50/10 110

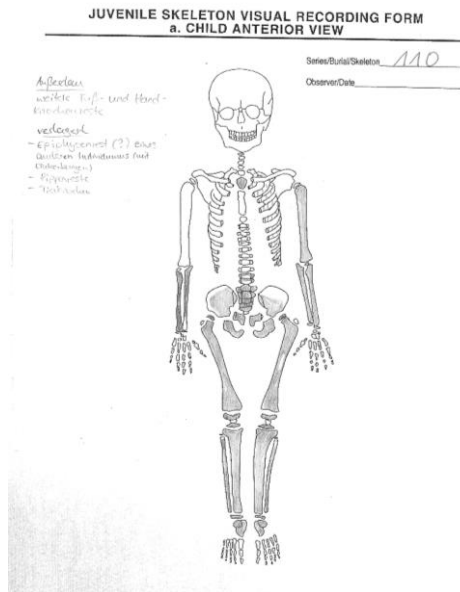
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Im Bereich des Schädels sind keine Knochen erhalten. Es sind Teile des Manubriums und Corpus sterni, sowie einige vollständige und fragmentierte Rippen erhalten. Im Bereich der Brustwirbelsäule sind einige nicht angeschlossene Wirbelbogen erhalten. Des Weiteren sind der linke Humerus, beide Ulnae, beide Radii, beide Femora, beide Tibiae und beide Fibulae erhalten sowie Finger- und Fußknochen mit stark degradierter Oberfläche. Die Einzelteile vom Os sacrum und den Ossa coxae (Os ischium, Os ilium und Os pubis) sind noch nicht knöchern verwachsen.

Alter: Infans I (3-4 Jahre ± 12 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: Beiderseits: die Oberfläche der Ansatzstelle des Musculus gluteus maximus (Tuberositas glutea) ist leicht entzündlich verändert.

Campus 50/10 111

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Es sind nur 5 kleine Fragmente erhalten (eines davon evtl. vom Langknochen).

Alter: Neonat bis Infans I (0-6 Jahre)

Geschlecht: ND



Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

Campus 50/10 113

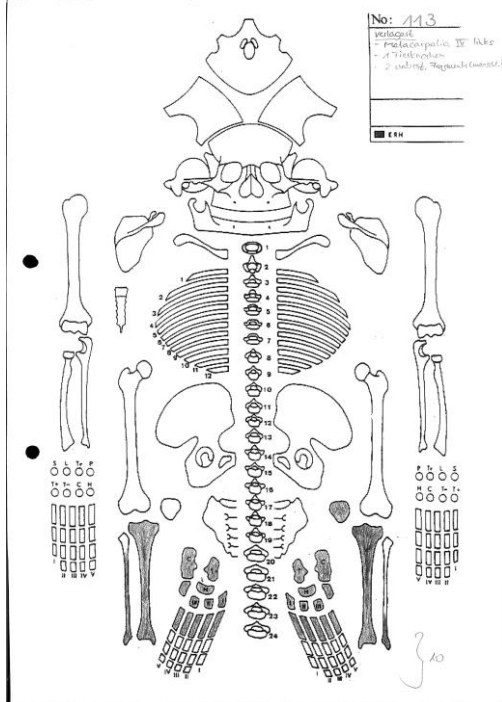
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur wenige Knochen sind erhalten. Es sind die linke Patella, beider Tibiae, beide Fibulae und einige Fußwurzel- sowie Mittelfußknochen erhalten. Bei der rechten Fibula fehlt das proximale Gelenk und bei der linken ist lediglich das distale Gelenk erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Frau (♀))



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Oberfläche auf der anterioren Seite im proximalen Diaphysendrittel ist abgeflacht und die Oberfläche ringsherum ist streifig. Links: die Facies des Condylus lat. tibiae ist massiv eburnisierter und die Ränder sind ausgezogen. Patella links: die posteriore Fläche ist stark arthrotisch verändert, Arthrosegrad VI, mit anschließender entzündlicher Komponente. Fibulae beiderseits: die Oberfläche proximal der Facies articularis malleoli lateralis ist unruhig und leicht ausgezogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re Grad II], li Grad III-V) und Retropatellargelenk (li Grad VI), oberes Sprunggelenk (BWZ re 2.1, li 2.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 2.0).

Campus 50/10 114

A. Personalstatus

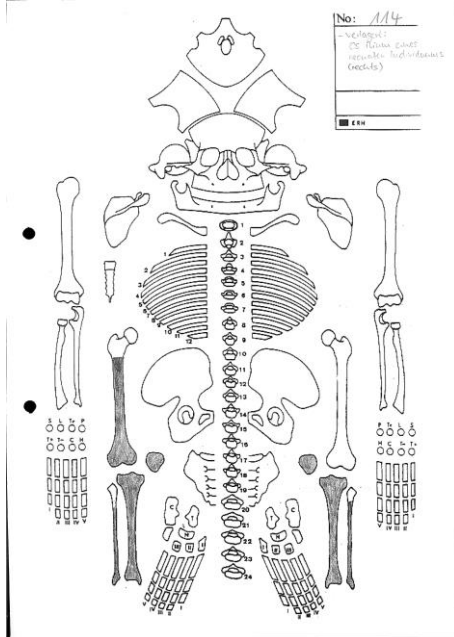
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur wenige Knochen sind erhalten. Es sind der rechte Femur, beide Tibiae, Fibulae und Patellae erhalten. Die proximale Epiphyse des rechten Femurs und das proximale Gelenk beider Fibulae fehlen.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Ein rechtes Os ilium eines neonaten Individuums liegt den Knochen bei.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: Rechts: mittig stark nach lateral gebogen.

Unterschenkel: Patellae beiderseits: die lateralen Flächen sind unregelmäßig geformt. Tibia rechts: die Linea m. solei ist stark ausgeprägt.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad II, [li Grad II]) und Retropatellargelenk (BWZ re 1.5; li Grad III), oberes Sprunggelenk (re = li Grad I-II).

Campus 50/10 115

A. Personalstatus

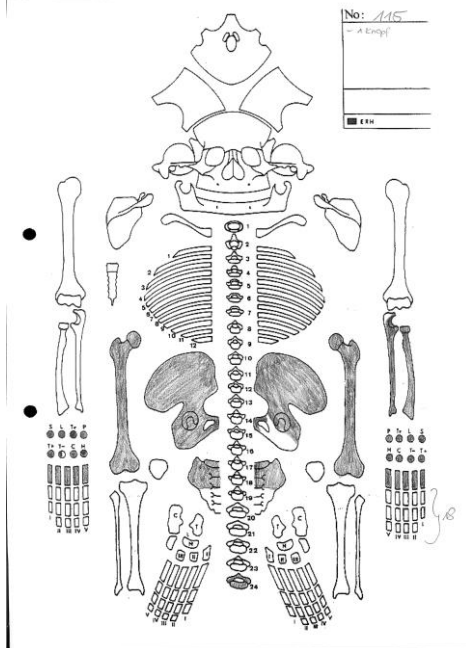
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind der 5. Lendenwirbel, die linke Ulna und der linke Radius, Handknochen, das Os sacrum, beide Ossa coxae und beide Femora erhalten.

Alter: Spät matur bis senil (50-80 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: In der Tüte mit den Handknochen ist ein Knopf enthalten.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Am 5. Lendenwirbel sind an den Wirbelbogengelenkfortsätzen Eburnisationsspuren zu erkennen. Im Randbereich der Deckplatte sind massive osteophytische Ausziehungen erkennbar. Die Ansätze der Ligamenta flava sind verknöchert.

Unterarm: Ulna links: es ist eine leichte Einkerbung im Bereich der Tuberositas ulnae erkennbar und die Muskelmarke sind sehr stark ausgeprägt. Radius links: die Tuberositas radii und der Margo interosseus sind stark ausgezogen. Die Diaphyse ist mittig stark nach lateral gebogen und auf der Lateralseite uneben (verknöcherte Muskelansätze) geformt. Die Facies art. carpea ist eburnisiert und weist eine deutliche Randbildung auf.

Hand: Alle Gelenkflächen der Handknochen weisen Zeichen von arthrotische Veränderungen, Arthrosegrad III, auf. Die Kahnbeine beider Seite sind deutlich eburnisiert, Arthrosegrad IV. Das rechte Kahnbein und der rechte 2. Ossa metacarpi weisen eine zystische Strukturauslöschung auf.

Beckengürtel: Os sacrum: die linke Facies auriculares ist vollständig knöchern an die linke Os coxa angeschlossen. Ossa coxae: die Fossa acetabuli ist sehr tief. Die Muskelansätze an der Crista iliaca und der Spina iliaca ant. inferior sind verknöchert. Das Tuberculum pubicum ist stark ausgeprägt.

Oberschenkel: Beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist beiderseits anterior, vor allem distal, streifig ausgeprägt. Die Muskelansätze sind an Trochanter minor, Linea aspera und Tuberculum glutaeae verknöchert. Posterior sind die Muskelmarken proximal des Condylus medial massiv ausgezogen. Mittig ist die Diaphyse nach anterior gebogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (li Grad I-II), Radio-Ulnargelenk ([li BWZ 2.0]), oberes Handgelenk (re Grad IV, li BWZ 3.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re = li Grad II]) und Retropatellargelenk (re = li Grad II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: LWS (L5-S1: BWZ 4.0-5.0); Bogengelenke: LWS (L5-S1: BWZ re 4.0-5.0, li 5.0).

Campus 50/10 117

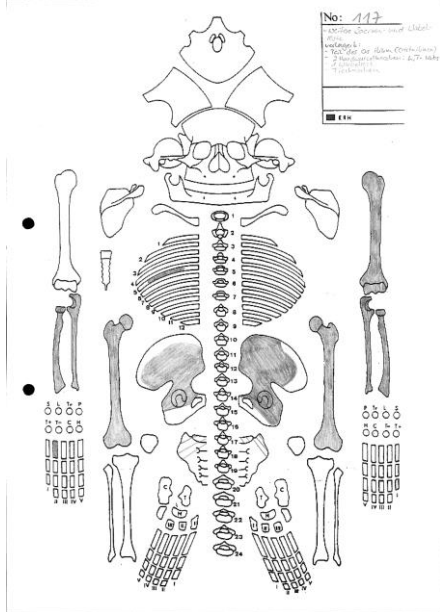
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Es sind ein Rippenfragment, einige fragmentarische Wirbelbögen, der linke Humerus, beide Ulnae und Radii, ein rechter 2. Ossa metacarpi, Fragmente des Os sacrum, beide Ossa coxae und beide Femora erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Die erhaltenen Flächen der Wirbelbogengelenke weisen einen Arthrosegrad III auf.

Oberarm: Links: der Tuber minor ist scharfkantig umrissen. Die Crista tuberculi majoris ist stark ausgezogen und auf der Fläche der Trochlea befindet sich eine knöcherne Ausziehung.

Unterarm: Ulnae beiderseits: es sind stark ausgeprägte Muskelansätze vorhanden. Rechts: befindet sich in der Tuberositas ulnae eine Einkerbung. Radii beiderseits: es sind stark ausgeprägte Muskelansätze vorhanden und die Tuberositas radii ist relativ groß.

Hand: Es ist nur der rechte 2. Ossa metacarpi erhalten, Arthrosegrad III.

Beckengürtel: Os sacrum: beide Facies auriculares weisen eine deutlich Randbildung auf. Ossa coxae: leicht verknöcherte Muskelansätze an der Crista iliaca und Spina iliaca ant. inferior. Die Fossa acetabuli ist sehr groß und tief.

Oberschenkel: Beiderseits: die Linea aspera und Tuberositas glutea sind stark ausgeprägt. Der Diaphysenschaft weist immer wiederkehrende kurze streifige Oberflächenabschnitte auf. Die Diaphyse ist distal sehr breit in ihrem Durchmesser.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (li Grad II), Ellenbogengelenk (re Grad I, li Grad I-III), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 2.25, [li BWZ 2.5]), oberes Handgelenk (re = li Grad II-III), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad II) und Retropatellargelenk (re = li Grad II).

Campus 50/10 118

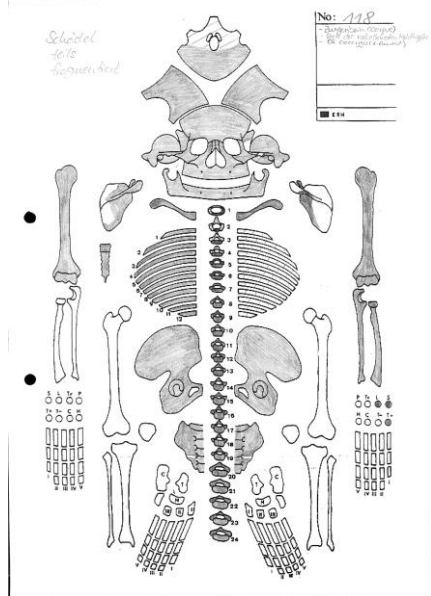
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Die Knochen caudal des Beckens fehlen. Von den Handknochen sind nur das linke Kahnbein, Mondbein und das große Vieleckbein erhalten. Die rechte Ulna und der Radius fehlen.

Alter: Mitteladult (30-35 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Im Bereich des Os frontale sind einige Foveolae granularis zu erkennen.

Schädelbasisinnenfläche: Der Sulcus sinus sphenoidalis ist in der rechten Fossa cranii med. verbreitert und mit kleineren Gefäßimpressionen durchzogen.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderter Rand. Mittelohr beiderseits: entzündlich verändert: → Chronische Mittelohrentzündung.

Augenhöhledach: In der rechten Orbita kann man deutlich Cribr orbitalia erkennen. Allerdings ist diese absolut rund angeordnet und daher wahrscheinlich eher Trauma induziert.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris beiderseits: unvollständig pneumatisiert. Rechts: raue Oberfläche.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis im vorderen Zahnbereich. Abrasion des Frontzahnbereichs vor allem im 3. und 4. Quadranten. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III. 12, 22 und 31 postmortal verloren gegangen. Von 18 ist im Gegensatz zu allen anderen Weisheitszähnen die Krone lediglich teilweise durchgebrochen und steht nicht in Okklusion.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Ansätze von Einbrüchen SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatte vom 7. Thorakalwirbel und in die Grundplatten des 6., 8. und 9. Thorakalwirbels. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatte des 8. Thorakalwirbels und die Grundplatte des 7. Thorakalwirbels. Anfänge der Verknöcherung der Ligamenta flava zwischen dem 9. und 12. Thorakalwirbel.

Brustkorb: das erste Rippenpaar zeigt sternal erste Anzeichen der Verknöcherung des Knorpels. Der Corpus sterni ist caudal leicht gespalten 1cm (Ursache ist unklar).

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: sehr starke Muskelmarken. Es befindet sich eine Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die Facies acromialis zeigt leichte Spuren von Arthrose, Grad II. Scapulae beiderseits: der Margo lateralis ist sehr breit.

Oberarm: Beiderseits: der Bereich der Crista tuberculi majoris ist deutlich erhoben gegenüber der restlichen Diaphyse. An der medialen Seite in der unteren Hälfte ist eine scharfkantige Ausziehung (ähnlich einem Processus supracondylaris) erkennen.

Unterarm: Ulna rechts: der Margo interosseus ist weit ausgezogen und ungewöhnlich dick. Es lässt sich eine Einkerbung in der Tuberositas ulnae erkennen. Radius rechts: das distale Gelenk ist relativ breit.

Beckengürtel: Os sacrum: auf der posterioren Seite sind der 3. und 4. Sakralwirbel nicht vollständig miteinander verwachsen. Ossa coxae: sehr große Fossa acetabuli.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II, li Grad I-II), Ellenbogengelenk ([re Grad I],[li BWZ 1.0]), Radio-Ulnargelenk (li BWZ 1.25), oberes Handgelenk (li BWZ 1.25), Hüftgelenk (re = li Grad II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re Grad II), unteres Kopfgelenk:

Bogengelenke (re BWZ 2.0, li Grad II), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad I); Körpergelenke: HWS (BWZ 1.0-1.5), BWS (C7-Th6: BWZ 1.5; Th6-Th7: BWZ 2.0; Th7-Th8: BWZ 3.0; Th8-Th12: BWZ 2.0), LWS (Th12-L3: BWZ 1.0-1.5; L3-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (C5-C7: BWZ re = li 2.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 2.0; Th5-Th8: BWZ re = li 2.0; Th8-Th9: BWZ re 2.0; Th9-Th12: BWZ re = li 2.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 2.0).

2. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Mittlerer Teil der knöchernen Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 119

A. Personalstatus

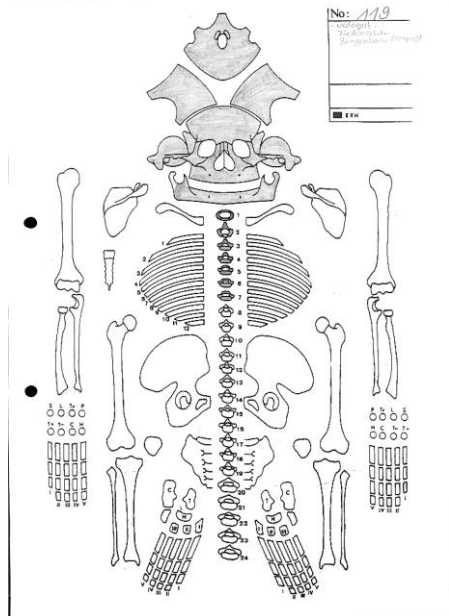
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind nur wenige Knochen erhalten. Lediglich der Schädel, die Halswirbelsäule und ein Rippenfragment sind erhalten.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Es liegt eine Extrafundtüte mit tierischen Knochen vor.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Sehr große Foveolae granularis im Os frontale und in den Ossa parietalia. Beidseitig sind sehr tiefe Impressionen der Äste der Arteria meningea media in den Ossa parietalia zu sehen. Die Oberfläche im Bereich der Sutura sagittalis ist sehr unruhig, rau und narbig.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlicher Rand.

Augenhöhlerdach: Links: unruhige Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris rechts: die Oberfläche ist sehr rau: → Entzündung, evtl. sogar Sinusitis.

Mittelgesichtsregion: Die Oberfläche beider Jochbeinbögen ist unregelmäßig.

Harter Gaumen: Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; Abszesse: Regionen 18 (Grad V); intravitale Verluste: 16-18, 21, 24-25 (mit offener Alveole), 27-28, 37-38, 45 und 48. Leichter Zahnstein generalisiert (Grad I). Karies 12 und 36 (Grad II). Teilweise sehr starke Abrasion. Sehr starke Transversale lineare Schmelzhypoplasien Grad V. Kiefergelenkarthrose: re = li (Grad III-IV). Postmortaler Verlust des Zahns 34.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis der HWS.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (re Grad III, li BWZ 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re 4.0, li 3.5), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0-3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re 3.0, li 3.5; C3-C7: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 120

A. Personalstatus

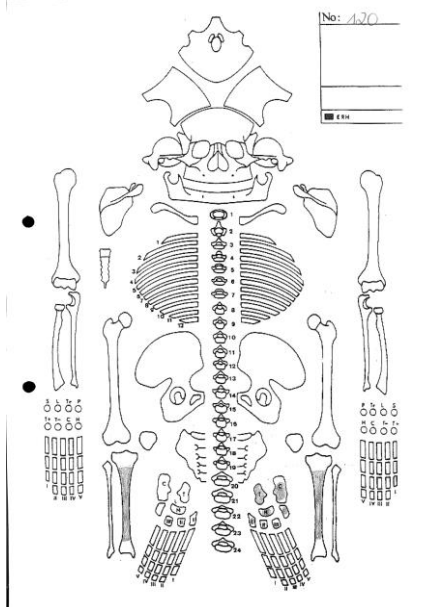
Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Es sind das rechte Femur, beide Tibiae, ein paar Fußknochen und der linke Talus erhalten.

Oberflächen: Starke Degradierung der Oberflächen, vor allem der Epiphysenbereiche.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Tendenz Frau (♀>♂))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Sprunggelenk ([re Grad I], li Grad I-II), unteres Sprunggelenk (li Grad I-II).

Campus 50/10 121

A. Personalstatus

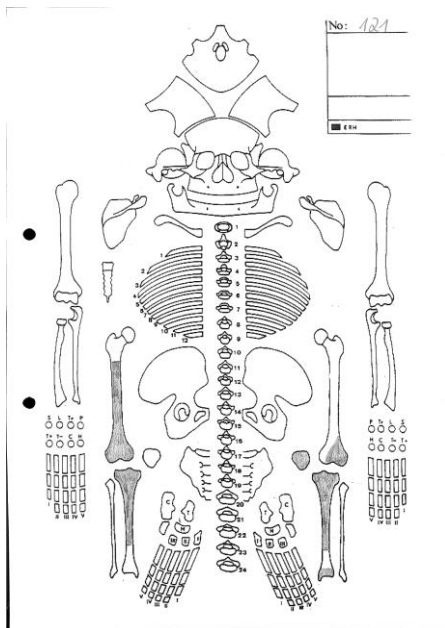
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Nur die beiden Femora (das prox. Gelenk fehlt rechts, nur das distale Gelenk erhalten links), Tibiae (das dist. Gelenk fehlt rechts) und die Linke Patella sind erhalten.

Oberflächen: Starke Degradierung.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden..

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: rechts die Linea aspera ist deutlich ausgeprägt und die distale Diaphysenoberfläche ist lateral leicht gestreift.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: deutlich ausgeprägte Linea m. solei und die Diaphysenoberflächen sind lateral (und medial links) gestreift.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad II, [links Grad II]) und Retropatellargelenk (re Grad II-III, li BWZ 2.0), oberes Sprunggelenk (li Grad II).

Campus 50/10 122 A (1) Anatomieleiche

A. Personalstatus

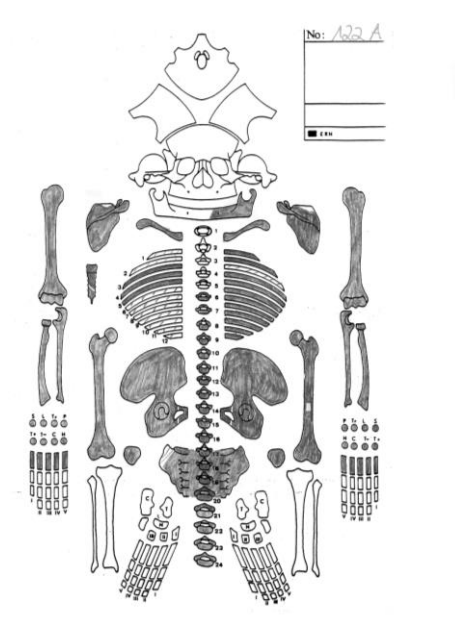
Erhaltungszustand: Sehr gut

Repräsentanz: Es fehlen das Cranium, die rechte Seite des Unterkiefers, beide Tibiae, beide Fibulae und einige Fußknochen.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung der Os coxae durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. In einer Extrafundtüte befinden sich tierische Knochen (gesägt), wahrscheinlich Pferdeknochen, die im Brustkorbbereich gefunden wurden. In einer weiteren Tüte befinden sich Knochenfragmente (gesägt, Sektion), die als tierisch ausgewiesen sind, aber wahrscheinlicher Tibia und Fibula (mit starker Osteomyelitis) eines Menschen sind.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: starke Parodontitis bei der alle Zahnhälse frei liegen. Zahnstein generalisiert (Grade I). Fissurenkaries. Teilweise starke Abrasion. Es ist lediglich der linke Unterkiefer mit den Zähnen 31 bis 38 vorhanden und ein Prämolare eines anderen Quadranten. Kiefergelenk: li Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Grundplatten des 8. und 9. und in die Deckplatte des 9. Thorakalwirbels. Des Weiteren sind die Ansätze der Ligamenta flava und der caudalen Gelenkkapseln verknöchert. An den Wirbeln Th7 und L4-S1 finden sich im Bereich der Wirbelkörper Osteophyten. Der 8. Thorakalwirbel weist Spuren von Keilwirbelbildung auf und es ist eine leichte Skoliose der Wirbelsäule erkennbar.

Brustkorb: Die Oberfläche des Manubriums und des Corpus sterni sind sehr unruhig ausgebildet. Das Manubrium zeigt an der Incisura costae prima erste Anzeichen von knöchernem Umbau der Knorpel. Der Corpus sterni ist knöchern mit dem sehr breiten Processus xiphoideus verwachsen.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: stark ausgeprägte Muskelmarken und Gradbildung an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare. Links: kleine Impression (zystische Strukturauslöschung) auf der Facies sternalis. Scapulae beiderseits: caudal der Cavitas glenoidalis lassen sich Einkerbungen finden. Rechts: auf der Fläche der Cavitas glenoidalis kleine Impression (zystische Strukturauslöschung).

Oberarm: Beiderseits: deutliche Muskelmarken.

Unterarm: Ulnae beiderseits: tiefe Einkerbung an der massiv ausgeprägten Tuberositas ulnae.

Beckengürtel: Os sacrum: medial der rechten Facies auriculares lassen sich Sägespuren erkennen. Ossa coxae beiderseits: die Ansätze der Bauchmuskeln sind am Beckenkamm leicht knöchern ausgezogen. Links: das Tuberculum pubicum ist massiv ausgeprägt.

Oberschenkel: Beiderseits: die Diaphysenoberfläche ist nahe der prominenten Linea aspera leicht streifig ausgebildet. Die Linea intertrochanterica ist ebenfalls sehr massiv ausgezogen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

An C6 ist beiderseits ein kleines, zweites Foramen transversarium zu erkennen und an C7 ist rechts der Knochen, der das Foramen transversarium bildet, nicht an den Wirbelkörper angeschlossen.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re 2.25, li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re 3.5, li 2.75), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([BWZ re = li 2.0]) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C6-C7: BWZ 2.0), BWS (C7-Th8: BWZ 3.0; Th8-Th9: BWZ 3.5; Th9-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-3.0); Bogengelenke: HWS (C6-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0, Th4-Th5: BWZ re 3.5, li 3.0; Th5-Th10: BWZ re = li 3.0; Th10-Th11: BWZ re 3.0, li 3.5; Th11-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L3: BWZ re = li 3.0; L3-S1: BWZ re 3.0-3.5, li 3.0).

2. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Steißbeins (die letzten drei der vier Segmente).

Campus 50/10 122 A (2) Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Teil einer Tibia- und Fibuladiaphyse.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: In einer Extrafundtüte befinden sich Knochen die als tierisch ausgewiesen sind, aber wahrscheinlicher Tibia und Fibula eines Menschen sind. Sektion und Öffnung der Tibia und Fibula durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia: Osteomyelitis äußert sich durch streifigen Knochenaufbau auf dem Diaphysenfragment. Fibula: starke Osteomyelitis äußert sich durch spiculaartigen Knochenaufbau auf dem Diaphysenfragment.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Infektionskrankheiten: Die Unterschenkelknochen weisen Spuren von Osteomyelitis auf.

Campus 50/10 122 B

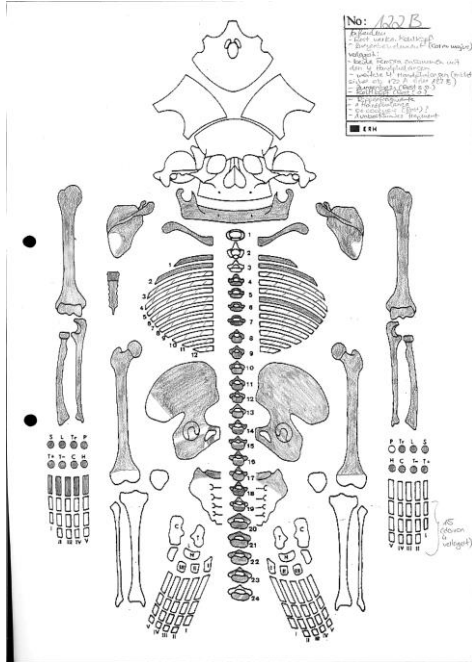
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Das Cranium und die Knochen caudal der Femora fehlen. Vom Os sacrum sind nur kleine Fragmente erhalten und an der rechten Os coxa fehlt das Os pubis.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis; Abszesse: Regionen 31-41 (Grad III); intravitale Verluste: 31, 37-38, 41 und 44-48. Zahnstein generalisiert (Grade II). Teilweise starke Abrasion. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Einbrüche SCHMORL'scher Knorpelknötchen in die Deckplatten vom 8. und 12. sowie in die Grundplatten des 6. und 7. Thorakalwirbels. Des Weiteren sind die Ansätze der Ligamenta flava verknöchert. Die unteren Thorakalwirbel haben wie auch die Lumbalwirbel deutliche Randleisten. Der 4. Lumbalwirbel zeigt sowohl in der Deckplatte als auch in der Grundplatte jeweils eine massive entzündliche Impression in der Größe einer Kidneybohne.

Brustkorb: Das Manubrium zeigt im Bereich der Incisura costalis prima erste Anzeichen von beginnender Verknöcherung der Knorpel auf. Der Corpus sternalis ist mit dem Processus xiphoideus knöchern verwachsen. Die sternalen Enden der Costae zeigen im Bereich der Knorpel eine beginnende Verknöcherung. Die Ansatzstellen für die Wirbel sind arthrotische verändert, Arthrosegrad III.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: massive Einkerbung und Gradbildung an Ansatzstelle für Ligamentum costoclaviculare. Scapulae beiderseits:

Oberarm: Beiderseits: sehr breit ausgezogene Tuberositas deltoidea.

Unterarm: Ulnae beiderseits: massive Tuberositas ulnae mit tiefer Einkerbung und starker Margo interosseus. Rechts: entzündlich verändertes Foramen nutricum. Radis beiderseits: breite Tuberositas radii und massiver Margo interosseus.

Hand: Randbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os coxae beiderseits: es sind erste Anzeichen der Verknöcherung der Muskelansätze an den Beckenkämmen sichtbar. Links: großer Tuberculum pubicum und sehr breiter Ramus pub. inferior.

Oberschenkel: Beiderseits: massiv ausgezogene Linea intertrochanterica sowie Linea aspera. Raue Oberfläche der Tuberositas glutaea raus ausgeprägt (links zusätzlich ausgezogen). Der Durchmesser der distalen Diaphyse ist ungewöhnlich groß.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Die Halswirbel C5 und C6 haben beiderseits doppelte Foramen transversarium.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: HWS (C4-C7: BWZ 3.0), BWS (C7-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-L3: BWZ 3.0; L3-S1: BWZ 4.0-4.5); Bogengelenke: HWS (C4-C5: BWZ re = li 4.0; C5-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th2: BWZ 3.5-4.0; Th2-Th3: BWZ re = li 3.0; Th3-Th6: BWZ re = li 3.5-4.0; Th6-Th9: BWZ re = li 3.0; Th9-Th10: BWZ li 3.0; Th11-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (L2-L3: BWZ re = li 3.0; S1: re = li Grad III).

3. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Es sind Teile des knöchern verwachsenen Zungenbeins (Os hyoideum) erhalten.

Campus 50/10 123 Anatomieleiche

A. Personalstatus

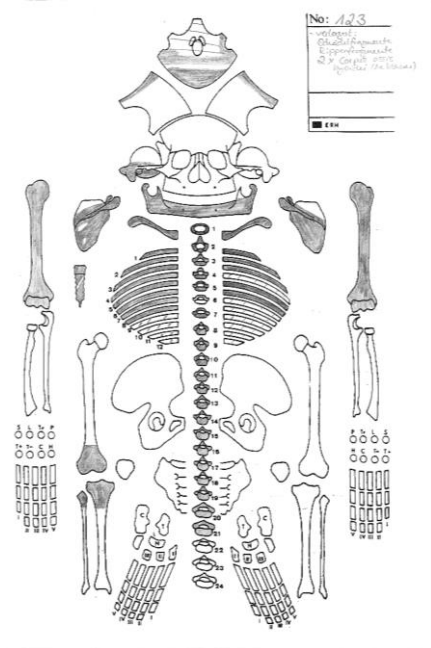
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Die Wirbel C6 und L3-L5, Ulnae, Radii, Ossa manus, das Os sacrum, die Os coxae, das rechte Femur, die Patellae, die rechte Tibia, die rechte Fibulae und die Ossa pedis fehlen. Der Schädel ist nur teilweise und fragmentiert erhalten. Von den linken Bein Knochen sind nur das distale Gelenk und Diaphysendrittel des Femurs und das proximale Gelenk und Diaphysendrittel der Tibia und Fibulae vorhanden.

Alter: Mitteladulthood bis mittelmatur (30-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Die Reste der gesägten Beinknochen befanden sich im Thoraxbereich. Eine Extradundtüte enthält verlagerte Knochen, z. B. den Teil eines Os hyoideums. 3 Zahnkronen sind mit einer Goldfüllung versehen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

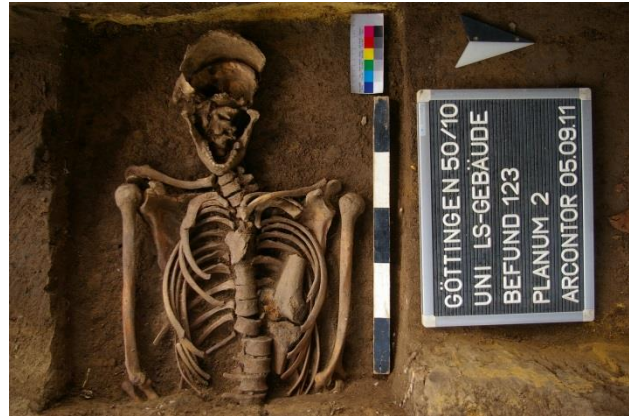


Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schähdachaußenfläche: Das linke Os parietale wirkt leicht eingedrückt, evtl. postmortal entstanden. Die Lamina externa ist unregelmäßig vernarbt. Die Diploe ist unterschiedlich dick.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med. rechts: viele kleine Gefäßimpressionen im Sulcus sinus sigmoideus.

Venöse Hirnblutleiter: Siehe Schädelbasisinnenfläche.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus rechts: raue Oberfläche, entzündl. veränderter Rand.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus und Gehöreingang rechts: Torus auditivus (epigenetisches Merkmal).

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: intravitale Verluste: 37. Zahnstein generalisiert (Grade I). Durch Karies entstandene Löcher in Zahn 38, 47 und 48 sind durch Goldfüllungen versiegelt. Transversale lineare Schmelzhyoplasien an den Schneidezähnen (Grad III). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Der Atlas und das Hinterhaupt weisen rund um die Gelenkflächen Spuren einer Zerrung des Bandapparates mit begleitender Arthrose auf (Kopfnicken). Die linke caudale Gelenkfläche von Th7 und craniale von Th8 sind zweigeteilt. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten vom 11.-12.

Thorakalwirbel und 1-2. Lumbalwirbel sowie in die Grundplatten des 10.-12. Thorakalwirbel und 1. Lumbalwirbel.

Verknöcherung der Bandansätze der Ligamenta flava zwischen den cranialen Wirbelbogengelenkfortsätzen und der caudalen Gelenkkapseln der BWS.

Brustkorb: Manubrium: sehr groß, minimal Arthrose an den Gelenken. Corpus sterni: ebenfalls groß, Gefäßabdrücke auf der ventralen Seite, der Processus xyphoideus fehlt. Costae: der Knorpel am sternalen Ende ist leicht verknöchert. Die Ansatzstellen für die Wirbel sind arthrotische verändert, Arthrosegrad III. Die caudale Kante ist ungewöhnlich stark nach caudal ausgezogen.

Schultergürtel: Clavicula links: 0,5cm länger als rechts. Rechts: ausgezogener Rand an der Ansatzstelle für das Ligamentum costoclaviculare. Beiderseits: massive Muskelmarken (Tuberositas conoidea und Linea trapezoidea). Scapulae beiderseits: die Oberfläche des Acromions ist cranial und caudal mit plattenartigen Neubildungen versehen. Caudal der Cavitas glenoidalis befindet sich eine Einziehung. Links: entzündliche, längliche Auslöschung auf der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Humerus beiderseits: markante Muskelmarken (Tuberositas deltoidea, Crista tuberculi majoris und minoris).

Oberschenkel: Femur links: die Oberfläche der Ansatzstelle des vorderen Kreuzbands ist entzündlich verändert. Proximal der Fossa intercondylaris und medial des Condylus medialis befinden sich raue Stellen mit schuppenartigen Knochenneubildungen.

Unterschenkel: Tibia links: schuppenförmige und plattenartige, poröse Knochenneubildungen lateral und posterior der Tuberositas tibiae. Fibula links: die Facies articularis capitis ist unregelmäßig geformt.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Die linke caudale Gelenkfläche von Th7 und craniale von Th8 sind zweigeteilt.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re 2.5, li 3.0), Ellenbogengelenk (re = li Grad I-II), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (li Grad II-III) und Retropatellargelenk (li Grad I).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 2.0-2.5; C5: Grad II; C7: Grad III), BWS (C7-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-L2: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C5: BWZ re 2.0-3.0, li 3.0; C5: re = li Grad II; C7: re = li 2.0), BWS (C7-Th1: BWZ re = li 2.5; Th1-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L2: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 126

A. Personalstatus

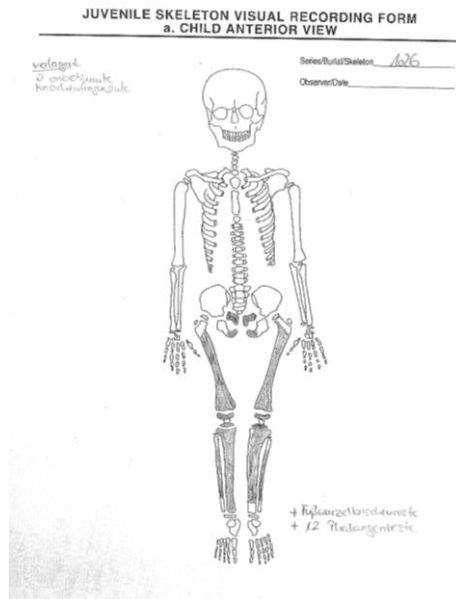
Erhaltungszustand: Mäßig bis schlecht

Repräsentanz: Das rechte Os pubis (noch nicht knöchern angeschlossen), beide Femora (nicht angeschlossene Epiphysen), beide Patellae (nicht angeschlossene Epiphysen), beide Fibulae (nicht angeschlossene Epiphysen, dist. Diaphyse fehlt) und einige fragmentierte Fußknochen sind erhalten.

Oberflächen: Starke Degradierung.

Alter: Infans II bis frühjuvenil (<15 Jahre)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Fibula rechts: der proximale Diaphysenschaft ist medial verdickt.

Campus 50/10 128

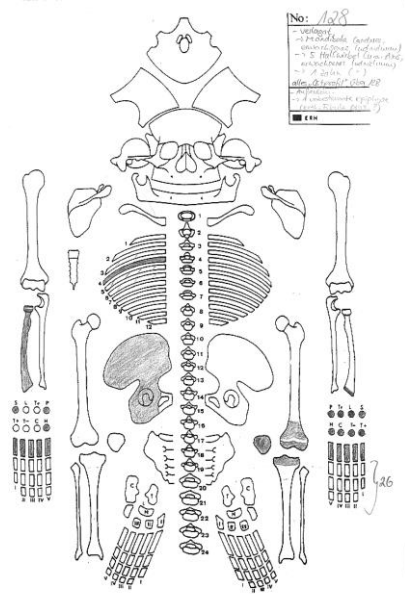
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind Rippenfragmente der rechten Seite, die rechten Unterarmknochen, einige Ossa manus, die rechte Os coxa (ohne Os pubis), der linke distale Femurschaft, die linke Tibia und die linke Patella erhalten. Die distalen Epiphysen der Unterarmknochen, die Epiphysen der Handknochen, der Beckenkamm und die Epiphysen der Bein Knochen sind noch nicht angeschlossen.

Alter: Juvenil (15-17 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia links: es finden sich lange, flache Impressionen auf der cranialen Fläche.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re Grad I-II), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 2.0), oberes Handgelenk (re BWZ 1.0], li Grad I), Hüftgelenk (re Grad II), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (li BWZ 1.4) und Retropatellargelenk (li BWZ 1.75).

Campus 50/10 Ostprofil über 128

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Nur wenige Knochen (Unterkiefer, einige Halswirbel und ein Molar aus dem Oberkiefer) sind erhalten.

Alter: Senil

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne, Alveolarregionen: Es ist nur der Unterkiefer ohne Zähne, intravitaler Verlust aller Zähne des 3. und 4. Quadranten, erhalten. Der Oberkiefer ist nicht erhalten, aber ein Molar aus ihm.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylarthrosis der wenigen vorhandenen Halswirbel.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re = li Grad III), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad III); Körpergelenke: HWS (C2-C4: BWZ 3.5; C6-C7: BWZ 5.5); Bogengelenke: HWS (C2-C4: BWZ li 3.5; C6: re = li Grad III; C7: li Grad III).

Campus 50/10 129

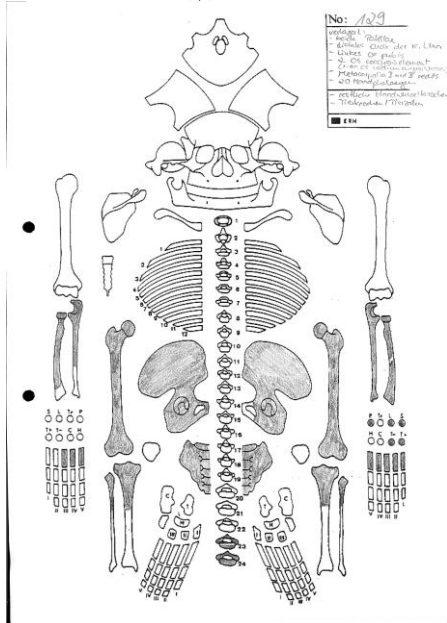
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen der Schädel, Wirbel C1-L3, die Humeri, die Claviculae, die Scapulae, Manubrium und Corpus sterni, die Costae, die distalen Gelenkenden der Fibulae und Tibiae und die Fußknochen.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Kirschkernegröße (und etwas größere) Impressionen in die Grund- und Deckplatte des 5. Lumbalwirbels. Einbruch SCHMORLScher Knorpelknötchen in die Deckplatte des 4. Lumbalwirbels.

Unterarm: Ulnae beiderseits: tiefe Einkerbung im Bereich der Tuberositas ulnae, rechts tiefer als links. Die Facies anterior ist rechts im mittleren Diaphysenteil nahe dem Margo interosseus unregelmäßig ausgeprägt und links im distalen Diaphysenteil: → periostale Reaktionen. Links: arthrotische Randbildung in Verlängerung des dorsalen Randes der Incisura radialis.

Hand: Randbildung an den Gelenken der Handwurzelknochen.

Beckengürtel: Os sacrum: beide Facies auriculares haben eine leicht poröse Oberfläche und arthrotische Veränderungen im Randbereich. Der unterste Sakralwirbel zeigt eine leichte Neigung nach links. Die Grundplatte dieses Wirbels ist arthrotisch verändert; Grad III. Ossa coxae: die Facies auriculares ist wie am Sacrum gestaltet. Der Übergang von Facies lunata zur Fossa acetabuli ist entzündlich verändert. Rechts: kirschgroße Strukturauslöschung durch einen Abszess im Bereich der Spina iliaca posterior superior. Die anteriore Oberfläche der Facies glutaea ist entzündlich verändert. Links: Das Os pubis ist anterior wie auch die Facies symphysialis entzündlich verändert und teilweise nekrotisch verändert.

Oberschenkel: Rechts: Verdickung der gesamten Diaphyse mit streifiger Oberfläche: → Osteomyelitis mit Periostitis (aktiv). Gefäßeinschnürungen (sogn. Schnürfurchen) sichtbar. Starke Nekrose im gesamten distalen Diaphysendrittel (posterior, medial, anterior) mit Spiculae und Knochenneubildungen posterior. Links: stark ausgezogene Linea aspera und Tuberositas glutaea. Das distale Ende der Linea aspera ist stark streifig. Die anteriore Diaphysenoberfläche ist streifig, vor allem distal. Es sind verknöcherte Muskelansätze am Trochanter major und minor erkennbar. Links: leicht streifige Diaphysenoberfläche ringsherum: → Periostitis (verheilt).

Unterschenkel: Tibia rechts: die gesamte Diaphyse ist verdickt, streifig und mit einer stark unregelmäßigen Oberfläche versehen. Spuren einer Knochennekrose sind medial und anterior zu beobachten wie auch medial Knochenneubildungen in Form von Spiculae: → Osteomyelitis mit Periostitis (aktiv). Patellae beiderseits: Randbildung um die Facies articularis und raue Oberfläche der Facies anterior mit Lochbildungen. Links: kleine entzündlich veränderte Stellen auf der Facies anterior medial. Fibula rechts: die gesamte Diaphysenoberfläche ist streifig und stark unregelmäßig: → Osteomyelitis mit Periostitis (aktiv). Links: leicht unregelmäßige Oberfläche der Diaphysenmitte.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten / Entwicklungsstörungen des Skelettes:

Die unteren Sakralwirbel zeigen leicht nach links.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re Grad II, li Grad III-IV), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 2.0], li BWZ 2.75), oberes Handgelenk (re Grad III, li BWZ 2.5), Hüftgelenk (BWZ re = li 3.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 2.0, li 2.4) und Retropatellargelenk (BWZ re 2.5, li 2.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Spondylosis: Körpergelenke: LWS (L4: Grad III; L5: Grad V). Spondylarthrosis: Bogengelenke: LWS (L4-L5: BWZ re 3.5, li 3.0).

3. Traumata: Der rechte Femur ist deutlich von einer posttraumatischen Knochennekrose und Osteitis befallen. Wahrscheinlich mit hämorrhagischer Ausbreitung auf die Tibia, die Unterarmknochen und das linke Bein.

Campus 50/10 130 Anatomieleiche

A. Personalstatus

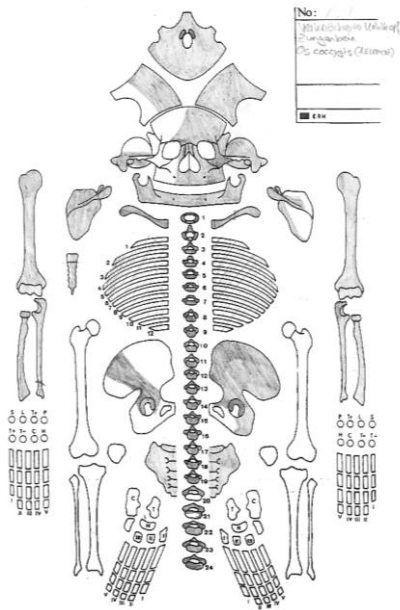
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen alle Ossa manus, Femora, Tibiae, Fibulae, Patellae, Ossa pedis und vom Becken sind nur Fragmente der Ossa iliaca vorhanden.

Alter: Mittel- bis spätadult (30-40 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19 Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friederice Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Raue, narbige Oberfläche im posterioren Bereich beider Ossa parietalia und des Os occipitale.

Schädeldachinnenfläche: Impressionen der Äste der Arteria meningea media. Des Weiteren finden sich zahlreiche Foveolae granularis im Os frontale und beiden Ossa parietalia. Entlang der Sutura sagittalis sind viele kleine Gefäßimpressionen sichtbar. Die gesamte Lamina interna zeigt Impressiones digitatae ähnliche Vertiefungen.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. rechts: aufgelagerte, reiskorngroße Knochenstrukturen. Links: zarte Gefäßimpressionen. Fossa cranii med. links: löchrig, poröse Oberfläche nahe dem Foramen rotundum. Fossa cranii post. rechts: tiefer und breiter Sulcus sinus sigmoidei mit Gefäßimpressionen. Des Weiteren ist ein Loch durch einen Entzündungsvorgang von außen nach innen erkennbar. Die Crista occipitale interna ist ca. um 2 cm nach rechts verschoben. Links: leicht verbreiterter Sulcus sinus sigmoidei mit Gefäßimpressionen. Alle Teile der Schädelbasisinnenseite zeigen Impressiones digitatae ähnliche Vertiefungen: → V.a. Hirndrucksymptomatik.

Venöse Hirnblutleiter: Verbreiteter Abdruck des Sinus sigmoideus.

Schädelbasisaußenfläche: Es ist rechts ein massiv vergrößerter Canalis condylaris mit Entzündungsspuren und Lochdefekt auf der Innenseite erkennbar. Die caudale Seite des Felsenbeins ist beiderseits porös und entzündlich verändert.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderte Oberfläche.

Paukenhöhle: Mittelohr beiderseits: entzündlich veränderte Oberfläche.

Augenhöhle: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalia I.

Augenhöhlenboden: Beiderseits: es sind einige Gefäßimpressionen erkennbar.

Tränennasengang: Duct. nasolacrimalis links: vergrößerter Durchmesser.

Nasenhöhle: Beiderseits: raue, poröse Oberfläche.

Nasennebenhöhlen: Sinus frontalis rechts: nicht vollständig pneumatisiert. Links: raue, poröse Oberfläche. Sinus maxillaris links: raue, poröse Oberfläche: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis und durch gebrochenem Abszess.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis gesamter Kiefer; Abszesse: Regionen 23 (Grad IV); intravitale Verluste: 24, 25, 36 und 46. Karies Zahn 37 (Grad II), 11(III) und 26 (VI). Starke Abrasion. Leichte Transversale lineare Schmelzhypoplasien Grad I. Kiefergelenkarthrose: re Grad IV und li Grad III. Zahn 17 mit deutlicher Wurzelhyperzementose. Es fehlen in allen Quadranten die Weisheitszähne wobei aus Fragmentationsgründen nicht

ausgeschlossen werden kann, dass jene überhaupt nicht angelegt sind. Es ist weiter nicht klar ob folgende Zähne evtl. nur postmortal verloren gegangen sind: 16, 23 und 47.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Leichte Skoliose der Brustwirbelsäule. Randbildung an den Wirbelkörpern und Verknöcherte Ansätze der Ligamenta flava. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Deckplatten des 10.-12. Thorakalwirbels und in die Grundplatten des 6., 7. und 9. Thorakalwirbels. Der Dens axis ist ungewöhnlich breit.

Brustkorb: An den Rippen sind deutliche Muskelmarken erkennbar des kleinen Brustmuskels.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: sehr unruhige, schlecht verschlossene Facies articularis sternalis. Rechts: die Facies art. acromialis ist deutlich erkennbar. Die Extremitas acromialis ist sehr breit. Links: etwas schmaler und mit weniger Muskelmarken als rechts ausgeprägt. Scapulae rechts: Einkerbung caudal der Cavitas glenoidalis. Die Facies articularis clavicularis ist deutlich erkennbar. Links: der Margo lateralis ist caudal nach lateral ausgezogen.

Oberarm: Beiderseits: deutlich ausgeprägtes Tuberculum minus. Raue Oberfläche der Tuberositas deltoidea und Crista tuberculi majoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: deutlich ausgezogene Crista m. supinatoris. Massive Robustizität. Radii beiderseits: Einkerbung mit Randbildung der Tuberositas radii. Massive Robustizität.

Beckengürtel: Os sacrum: Osteophyt anterior am Übergang von L5 zu S1. Die Grundplatte von S5 ist arthrotisch verändert, Grad IV-V. Os coxa links: Muskelmarken am Beckenkamm erkennbar.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen in der linken Sutura lambdoidea.

2. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia I.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 1.75), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Handgelenk (re = li Grad I-II), Hüftgelenk (re = li Grad III).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 1.0); Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 2.5; C3-C7: BWZ 3.0), BWS (C7-Th1: BWZ 3.0; Th1-Th2: BWZ 3.5; Th2-Th11: BWZ 3.0; Th11-Th12: BWZ 3.5), LWS (Th12-L2: BWZ 3.0; L4: Grad IV; L5-S1: BWZ 3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re = li 2.5; C3-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (Th1-Th5: BWZ re = li 3.0-3.5; Th5-Th7: BWZ re 3.5-4.0, li 3.0; Th7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L3: BWZ re 3.0-3.5, li 3.0; L3-L4: re BWZ 3.0, li Grad III; L4-S1: BWZ re = li 3.0-3.5).

4. Hinweis auf mögliche altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Kehlkopfes (Larynx).

Campus 50/10 131 Anatomieleiche

A. Personalstatus

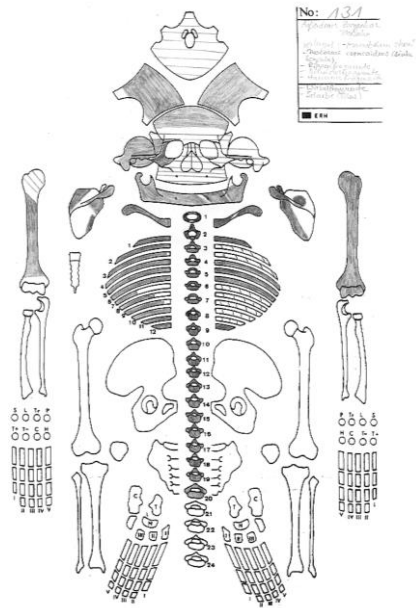
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind lediglich der Schädel, Claviculae, Scapulae, Manubrium, Costae, Vertebrae und die Humeri vorhanden. Vom rechten Humerus fehlen allerdings das proximale und distale Gelenk.

Alter: Früh- bis mittelmatur (40-50 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert. Es liegt dem Individuum ein tierischer Backenzahn bei.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Impressionen der Äste der Arteria meningea media in beiden Ossa parietalia sichtbar. Im Os frontale und in beiden Ossa parietalia befinden sich einige Foveolae granularis. Allgemein ist die Lamina interna sehr uneben gestaltet.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii med. rechts: sehr tiefer und breiter Sulcus sinus sigmoidei. Fossa cranii post. rechts: eine tiefe Mulde neben der nach rechts verschobenen Crista occipitale interna.

Venöse Hirnblutleiter: Der linke Sinus sigmoideus muss verbreitert gewesen sein.

Augenhöhle: Rechts: knöcherne Auflagerung.

Nasenbenhöhle: Sinus frontalis rechts: raue Oberfläche mit Auflagerungen: → Sinusitis. Sinus maxillaris rechts: raue Oberfläche mit Auflagerungen: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Sehr starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis im gesamten Kiefer; intravitale Verluste: 47. Fissurenkaries. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Bei dem Wirbel Th12 sind Rippenansätze vorhanden, allerdings stehen die Wirbelbogengelenke wie bei einem Lumbalwirbel. Randbildung an den Wirbelkörpern und Verknöcherte Ansätze der Ligamenta flava sowie caudalen Gelenkkapseln im Bereich der Brustwirbelsäule. Einbrüche SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Grundplatten des 6., 7. und 10. Thorakalwirbels. Im Übergangsbereich zwischen dem 4. und 5. Thorakalwirbel hat sich auf der linken Seite ein Abszess befunden.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: starke Muskelmarken, die Ansatzstelle für das Ligamenta costoclavicularia ist ausgezogen mit einer poröse, entzündlich veränderten Oberfläche. Die Extremitas acromialis ist sehr massiv und breit ausgeprägt. Scapulae beiderseits: Einziehung caudal der Cavitas glenoidalis. Links: die caudale Fläche des Acromions ist rau ausgeprägt. Der Margo lateralis ist caudal nach lateral leicht ausgezogen.

Oberarm: Beiderseits: ausgezogene Muskelmarke auf der Crista tuberculi majoris. Posterior finden sich auf dem Collum chirurgicum leichte Knochenauflagerungen. Links: die Tuberositas deltoidea ist etwas prominenter als rechts.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II, li BWZ 2.0), Ellenbogengelenk (li Grad II), Radio-Ulnargelenk (li Grad II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.5); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0), BWS (C7-Th2: BWZ 3.0; Th2-Th3: BWZ 2.5; Th3-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-L1: BWZ 2.5); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0; Th4-Th5: re BWZ 3.0, li Grad VI; Th5-Th7: BWZ re = li 3.0-3.5; Th7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L1: BWZ re = li 3.0).

2. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) erhalten.

Campus 50/10 132

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Es sind nur wenige, stark degradierte Knochenfragmente erhalten, Zugehörigkeit unklar: → keine Beurteilung möglich.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

Campus 50/10 133

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Es sind nur wenige Knochenfragmente erhalten, Zugehörigkeit unklar: → keine Beurteilung möglich. Einige wenige Zahnkronen sind erhalten und ein Schneidezahn mit Wurzel.

Oberflächen: Starke Degradierung.

Alter: Infans I (1 Jahr ± 4 Monate)

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

Campus 50/10 134

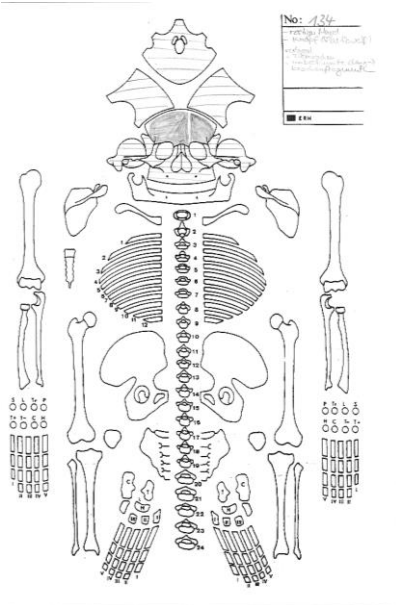
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es sind nur wenige Schädelfragmente erhalten.

Alter: Neonat (9 Monate \pm 3 Monate)

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Augenhöhlerdach: Beiderseits: poröse Oberfläche: \rightarrow Cribra orbitalia II.

Harter Gaumen: Stark poröse Oberfläche.

Zähne, Alveolarregionen: Die Oberflächen der Alveolen sind stark porös. Die Kronen der Milchzähne sind entwickelt und brechen teilweise schon durch.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalia II.

Campus 50/10 135 A

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Nur die Felsenbeine und einige Langknochenfragmente, wahrscheinlich Femoradiaphysen, sind erhalten. Des Weiteren sind nur wenige Knochenfragmente erhalten.

Oberflächen: Starke Degradierung und Brushitbildung.

Alter: Neonat bis Infans I (18 Monate ± 6 Monate)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: In einer Extradfundtüte befinden sich Reste einer Kette mit einzelnen Perlengliedern und ein Knopf. In einer weiteren Tüte sind Tierknochen (incl. Os sacrum) enthalten.



Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne: die Milchschnidezähne sind fast komplett ausgebildet, während bei den Milcheck- und Prämolarenzähne nur die Kronen angelegt sind.

Campus 50/10 135 B

A. Personalstatus

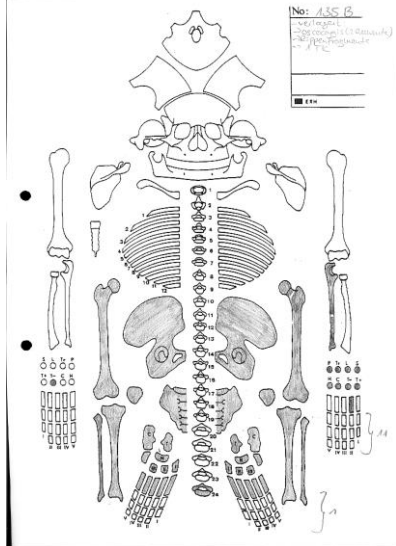
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind nur der 5. Lumbalwirbel, das Os sacrum, beide Ossa coxae, Femora, Tibiae, Patellae, Fibulae und einige Fußknochen vorhanden.

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: In einer Extrafundtüte befindet sich das Os coccygis und ein Tierknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Der 5. Lumbalwirbel zeigt leichte Anzeichen von Spondylosis/Spondylarthrosis.

Beckengürtel: Os sacrum: knöchern mit dem Os coccygis verwachsen (postmortal abgebrochen). Ossa coxae: Sulcus praeauriculares. Osteophyt an Os pubis anterior. Sichtbare Muskelansatzstellen an den Beckenkämmen. Links: Knochenneubildungen auf der Facies auriculares.

Oberschenkel: Beiderseits: Ansatz der Gelenkkapsel deutlich sichtbar. Collum zwischen Caput femoris und Kapselansatzstelle liegt tiefer und die Trabekel sind deutlich erkennbar. Linea aspera und Tuberositas glutea massiv ausgezogen. Ansatzstelle für M. gastrocnemius sehr prominent ausgebildet.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: die Linea m. solei ist deutlich sichtbar. Der Margo anterior ist scharfkantig und die Diaphysenoberfläche medial streifig gestaltet. Die Oberfläche proximal der Incisura fibularis ist entzündlich verändert. Fibulae beiderseits: die Margo sind allesamt sehr scharfkantig. Rechts: die Facies articularis malleoli lateralis ist arthrotisch verändert. Patellae beiderseits: stark poröse (großporig) Facies lat. der posterioren Fläche. Osteophyten auf der cranialen Fläche der Patella. Links: Ausziehung des Randes.

Fuß: Gradbildung an den Gelenken.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (li Grad II), Radio-Ulnargelenk (li Grad I-II), oberes Handgelenk (li Grad I-II), Hüftgelenk (BWZ re 3.0, li 3.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re 3.2, li 3.0) und Retropatellargelenk (BWZ re 3.75, li 3.5), oberes Sprunggelenk (BWZ re 2.2, li 2.3), unteres Sprunggelenk (BWZ re 2.5, li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: LWS (L5-S1: BWZ 4.0); Bogengelenke: LWS (L5-S1: BWZ re = li 3.0).

Campus 50/10 136

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

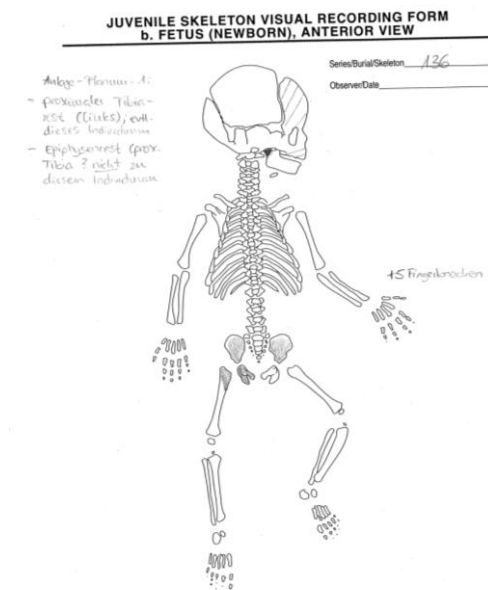
Repräsentanz: Es sind nur wenige Knochenfragmente erhalten, Zugehörigkeit unklar: → keine Beurteilung möglich. Es sind vorhanden: das linke Orbitadach, ein Teil des linken Oberkiefers, einige Phalangen (evtl. Hand), beide Ossa ilia und die linke proximale Schafthälfte des Femur.

Oberflächen: Starke Degradierung.

Alter: Neonat (Geburt – 6 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Es ist eine Extradfundtüte mit Knochen eines wahrscheinlich älteren Individuums beigelegt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

Campus 50/10 137 A Anatomieleiche

A. Personalstatus

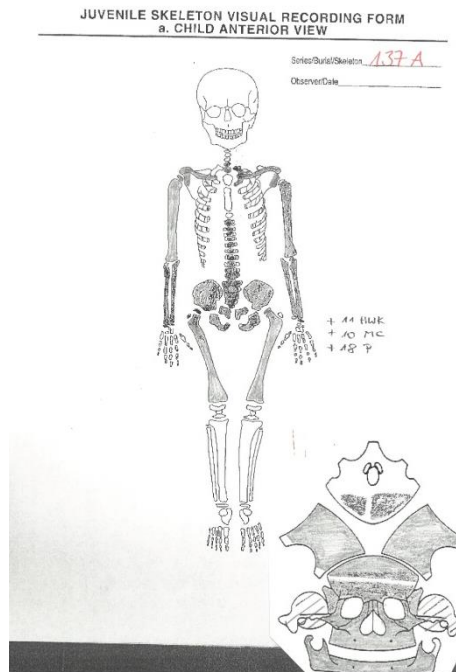
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es fehlen die Tibien und Fibulae, das Manubrium, der Corpus sterni, die Patellae und Ossa pedis. Die Costae sind nur stark fragmentiert erhalten. Bei allen Knochen sind die Epiphysen noch nicht angeschlossen. Im Bereich der Wirbel sind nur einige Lumbal- und Sacralwirbel erhalten. Die einzelnen Teile der Ossa coxae (Os ilium, Os pubis und Os ischium) sind noch nicht verwachsen.

Alter: Infans II (9 Jahre ± 24 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel Der Schädel ist außergewöhnlich groß und rund: → angeborener Hydrocephalus.

Schädeldachinnenfläche: Es sind viele Gefäßabdrücke und unruhige, poröse Oberflächenabschnitte im Os frontale und beiden Ossa parietalia erkennbar. Außerdem befindet sich im Os frontale eine große Foveola granularis.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: leichte Impressiones digitatae.

Venöse Hirnblutleiter: Sulcus sinus frontalis tief eingekerbt.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus rechts: nicht pneumatisiert.

Augenhöhldach: Beiderseits: poröse Oberfläche: → Cribra orbitalis II.

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: leichte Parodontose im gesamten Kiefer. Karies Zahn 36 (Grad VI). Schwache Transversale lineare Schmelzhypoplasien Grad II. Jeweils der 3. und 7. Zahn pro Quadrant stehen noch nicht in Okklusion. 21 ist postmortal verloren gegangen.

II. Postcraniales Skelett

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Ansatzstellen für die Ligamentum costoclavicularia sind sehr tief eingekerbt.

Oberarm: Beiderseits: Tuberositas deltoidea bereits stark entwickelt. Links: Enthesiopathie im Bereich der Crista tuberculi minoris.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten / Entwicklungsstörungen des Skelettes:

Großes Os bregmaticum. Ungewöhnliche Schädelform (absolut rund). Hydrocephalus, Vergrößerung vor Nahtverschluss.

2. Mangelkrankungen: Beiderseits: Cribra orbitalis II.

Campus 50/10 137 B

A. Personalstatus

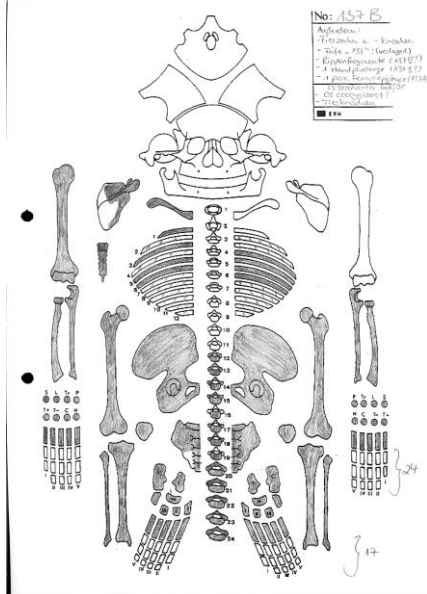
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen der Schädel, die linke Clavicula, Scapula und der linke Humerus.

Alter: Mittelmatur bis mittelsenil (50-70 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂) (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Es liegt dem Individuum ein tierischer Zahn bei.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis und Spondylarthritis (Th5-6). Linksseitig haben die Lumbalwirbel kurze Lendenrippen angelegt. Verknöcherte Ansätze der Ligamenta flava und Einbruch eines SCHMORL'schen Knorpelknötchen in die Grundplatte des 7. Thorakalwirbels.

Brustkorb: Die Knorpel an den sternalen Rippenenden fangen an zu verknöchern. An zwei Rippen lassen sich schnittspuren entdecken, die aber wahrscheinlich postmortal bei der Ausgrabung entstanden sind. Manubrium: die Incisura costalis prima ist beiderseits entzündlich verändert und die Knorpelansätze sind verknöchert.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare ist stark ausgezogen und mit einer tiefen Einkerbung versehen. Scapula rechts: die Facies articularis clavicularis ist arthrotisch verändert.

Unterarm: Ulna rechts: leichte Einkerbung im Bereich der Tuberositas ulnae. Links: knöchernen Ausziehung unter dem dorsalen Rand der Incisura radialis.

Hand: Leichte Gradbildung an den Gelenkflächen.

Beckengürtel: Os sacrum: leichte arthrotische Randbildung beiderseits. Ossa coxae beiderseits: deutliche Muskelansätze am Beckenkamm erkennbar. Rechts: arthrotisch veränderte Facies auriculares.

Oberschenkel: Beiderseits: leichte Torsion des Caput femoris: → die Beine (Knie) sind leicht nach innen gedreht. Die Linea aspera und die Tuberositas glutea sind prominent ausgeprägt. Links: der Femur ist ca. 1 cm größer als der rechte.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: der Margo anterior ist weit nach lateral gelagert (evtl. um die Torsion des Caput femoris auszugleichen). Links: Gefäßimpressionen in der Facies articularis inferior. Fibulae beiderseits: distales Diaphysenende hat einen ungewöhnlich großen Durchmesser.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Torsion beider Caput femoris mit einer leichten Drehung der Beine (Knie) nach innen.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 2.0), Ellenbogengelenk (re BWZ 2.0, li Grad II), Radio-Ulnargelenk (BWZ re = li 2.25), oberes Handgelenk (BWZ re 2.25, li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re BWZ 2.0, [li 2.0]) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.75), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 1.83), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th5-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.0-4.0); Bogengelenke: BWS (Th6-Th9: BWZ re = li 3.0; Th9-Th10: re Grad III, li BWZ 3.0), LWS (L1-S1: BWZ re = li 3.0).
Arthritis: Bogengelenke: BWS (Th5-Th6: BWZ re = li 4.0).

Campus 50/10 138

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

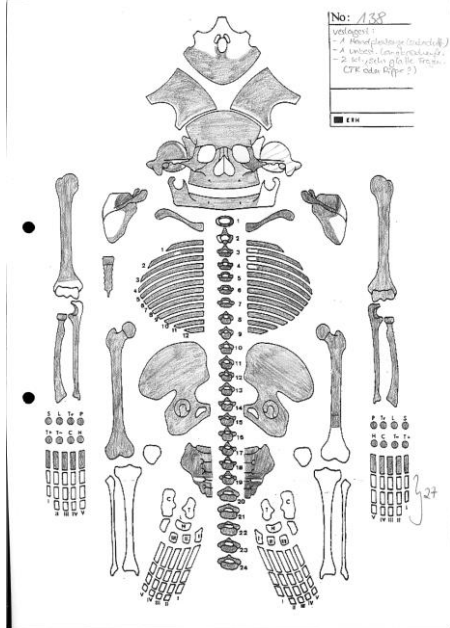
Repräsentanz: Es fehlt das rechte distale Femurgelenk, beide Tibiae, Fibulae, Patellae und alle Ossa pedis.

Oberflächen: Brushitbildung im Schädelbereich.

Alter: Frühadult (18-23 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Eine Extradfundtüte mit verlagerten Knochenelementen enthält eine Phalanx eines Individuums im Alter Infans I. Einige der Phalangen des erwachsenen Individuums weisen infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schäeldachinnenfläche: Eine flache Foveola granularis ist im linken Os frontale sichtbar. Impressionen der Äste der Arteria meningea media in beiden Ossa parietalia sowie eine Vielzahl von kleinen, diffusen Gefäßimpressionen.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: Impressiones digitatae: → V.a. Hirndrucksymptomatik. Fossa cranii med. rechts: tiefer, breiter Sulcus sinus sigmoidei.

Venöse Hirnblutleiter: Abdruck des Sinus frontalis erkennbar. Der rechte Sinus sigmoideus ist sehr breit ausgebildet gewesen.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus rechts: leicht entzündlicher Rand.

Paukenhöhle: Mittelohr: leicht entzündlich.

Warzenfortsatzzellen: Proc. mastoideus: schmal aber breit, evtl. schlecht pneumatisiert.

Tränennasengang: Duct. nasolacrimalis beiderseits: relativ groß.

Nasenhöhle: Nasenseptum stark nach links gebogen.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris links und Siebbein: mit knöchernen Auflagerungen: → V.a. Pansinusitis.

Harter Gaumen: Leichte Stomatitis. Über die Norm porös, evtl. aseptische Entzündung der Gaumenmitte (Erhebung).

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis im gesamten Kieferbereich; Abszesse: Regionen 36 (Grad III). Zahnstein im Unterkiefer generalisiert (Grade I). 16-17 Fissurenkaries, Karies Zahn 46-47 (Grad V) und 36 (VI). Minimale Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad I). Kiefergelenkarthrose: re Grad II. Die Weisheitszähne sind teilweise schon erkennbar, aber noch nicht vollständig durchgebrochen.

Die Ausbildung der Muskelmarken deutet auf eine starke Kaumusculatur hin.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Verknöcherte Ansätze der Ligamenta flava und der caudalen Gelenkkapseln. Der 11. und 12. Thorakalwirbel haben ungewöhnlich nach cranial ausgezogene Procesus transversi. Osteochondrose der LWS, Kyphose der BWS und Beginn einer Skoliose.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: Facies sternalis noch nicht angeschlossen. Rechts: die Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare weist eine leichte Delle auf.

Oberarm: Rechts: ausgezogene Crista tuberculi majoris. Links: Enthesiopathie im Bereich der Crista tuberculi majoris.

Unterarm: Ulnae beiderseits: Einkerbung auf der Tuberositas ulnae. Radii beiderseits: großer Durchmesser der Tuberositas radii. Rechts: Margo interosseus distal als spitze Kante ausgeprägt.

Beckengürtel: Os sacrum links: Enthesopathie durch einseitige Überlastung aufgrund des langen Tuberkulosegeschehens. Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen. Ossa coxae beiderseits: Beckenkamm noch nicht vollständig angeschlossen und leichter Sulcus praeauricularis. Rechts: massive Zerstörung des Acetabulums mit entzündlicher Komponente und zwei Durchbrüchen auf die Innenseite des Beckens. Verknöchertes Kapselanteile infolge Subluxation. Die Beckenschaufel selbst sowie das Os pubis sind ausgeprägt sehr stark grazil, fast zerbrechlich ausgebildet. Im Bereich der beiden Durchbrüche zur Innenseite findet sich auf der Innenseite der Fossa iliaca eine entzündlich veränderte Oberfläche. Links: das Becken ist zwar sehr grazil, aber nicht so stark wie die rechte Seite. Deutlich ausgeprägtes Tuberculum pubicum.

Oberschenkel: Rechts: beide Trochanter sowie das distale Gelenke zeigen eine vollständige Auflösung der Spongiosa (Arthropathie – osteoporotische Verdünnung) mit Öffnung. Der Caput femoris ist vollständig zerstört, am Collum sind deutliche Zeichen einer entzündlichen Komponente ausgebildet. Die Linea intertrochanterica ist mit spitzen Knochenneubildungen versehen. Die Diaphyse ist teilweise und fingerdick. Subluxation und daraus resultierender verknöchertes Kapselanteile. Links: Enthesopathie im Bereich der Tuberositas glutea. Streifige Diaphysenoberfläche vor allem lateral.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen in der linken Sutura lambdoidea. Nur S2 und S3 sind posterior miteinander verwachsen. Der 5. und der 6. Cervicalwirbel weisen rechts und links doppelte Foramina transversa auf. Der 11. und 12. Thorakalwirbel haben ungewöhnlich nach cranial ausgezogene Processus transversi. Harris Linien distal im linken Femur.

Os sacrum: Der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig verschlossen.

2. Erkrankungen: Das rechte Femur ist wahrscheinlich durch eine Hüftgelenkstuberkulose stark in seiner natürlichen Form verändert. Beide Trochanter und auch das distale Gelenke zeigen eine vollständige Auflösung der Spongiosa mit Austrittsloch. Das Caput femoris und das Acetabulum sind vollständig zerstört.

3. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 1.0), Ellenbogengelenk (li BWZ 1.25), Radio-Ulnargelenk ([re BWZ 1.0], li BWZ 1.25), oberes Handgelenk (BWZ re = li 1.0), Hüftgelenk (BWZ re 6.0, li 1.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad I-II) und Retropatellargelenk (re Grad II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Spondylosis: unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re 1.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (Grad 0); Körpergelenke: HWS (C2-C5: BWZ 1.0; C5-C7: BWZ 1.5), BWS (C7-Th12: BWZ 1.0), LWS (Th12-L3: BWZ 0-0.5; L3-S1: BWZ 1.0-1.5). Spondylarthrosis: Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 1.0), BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 1.5-2.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 1.0-1.5).

Campus 50/10 139

A. Personalstatus

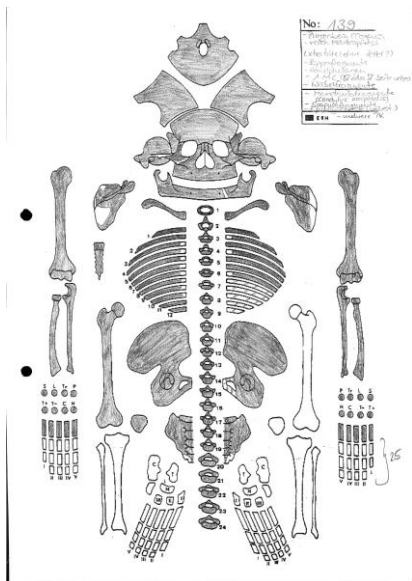
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen das linke Os pubis, das linke Femur, die linke Patella, beide Tibiae, beide Fibulae und alle Ossa pedis.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Alle Ossa manus der rechten Hand, das distale Gelenk des rechten Radius und der Ulna, die proximale Hälfte des rechten Femur, zwei rechte Rippen und die Processi spinosus des 1. und 2. Lumbalwirbels sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich. Eine Extradfundtüte enthält neben „verlagerten“ Knochenfragmenten auch einen tierischen Knochen.



Übersichtsskizze Friederige Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Ausziehung im posterioren Bereich der Sutura sagittalis.

Schädeldachinnenfläche: Im linken Os parietale ist eine Impression des Astes der Arteria meningea media sichtbar. In der Lamina interna sind einige, sehr tiefe Foveolae granularis erkennbar.

Nasenhöhle: Das Septum hat auf der rechten Seite eine leichte Ausziehung.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris rechts: leichte, knöcherne Auflagerungen.

Harter Gaumen: Stomatitis und Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose (im hinteren Kieferbereich); Parodontitis (im vorderen Kieferbereich); intravitale Verluste: 14, 16, 24, 25, 36-38 und 46-48. Leichter Zahnstein generalisiert (Grad I). Karies Zahn 11 (Grad II), 12, 44 (III), 17 (IV) und 15, 45 (VI). Starke Abrasion generalisiert. Schwache Transversale lineare Schmelzhyoplasien (Grad I). Kiefergelenkarthrose: li Grad III-IV. Eventuell postmortal verloren gegangene Zähne sind: 18 und 26. 28 ist nicht durchgebrochen.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis.

Brustkorb: Die sternalen Enden beginnen am Knorpelanteil zu verknöchern, vor allem das 1. Rippenpaar. Ebenso beginnen die Gelenkkapseln zu den Wirbeln zu verknöchern. Die Rippen des 2. Rippenpaar sind beide mit starken Muskelmarken versehen und nach caudal verdreht, was dazu führt, dass der Brustkorbdurchmesser schmaler ist. Die Oberfläche der Incisura costalis prima ist beiderseits porös. Die Fläche, an der der Processus xiphoideus angewachsen sein sollte, ist die Oberfläche porös gestaltet.

Schultergürtel: Clavicula rechts: längliche, unregelmäßige Einkerbung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die Facies acromialis ist leicht arthrotisch verändert. Links: Einkerbung mit Randbildung an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Die Diaphysenmitte ist etwas breiter im Durchschnitt als die rechte. Scapula rechts: die caudale und craniale Oberfläche des Acromions ist rau.

Oberarm: Beiderseits: die Muskelansätze sind an Tuberositas deltoidea und Crista tuberculi minoris deutlich ausgeprägt, rechts stärker als links. Tuberculum minus (Ansatzstelle für M. subscapularis) ist entzündlich verändert und ausgezogen. Rechts: Enthesiopathie im Bereich der Crista tuberculi majoris. Links: Crista tuberculi majoris nur ausgezogen.

Unterarm: Ulnae beiderseits. leichte Einkerbung an Tuberositas ulnae. Rechts: distales Gelenk mit Resten von mumifiziertem Gewebe. Radii beiderseits: Tuberositas radii arthritisch verändert. Rechts. distales Gelenk rund um mit Resten von mumifiziertem Gewebe.

Hand: Rechts: die Ossa manus zeigen allesamt Resten von mumifiziertem Gewebe auf.

Beckengürtel: Os coxa rechts: massives Tuberculum pubicum. Unregelmäßige und entzündlich veränderte Facies symphysialis.

Oberschenkel: Rechts: mittig etwas nach anterior gebogen.

Unterschenkel: Patella rechts: ungewöhnlich klein, allerdings ist der Condylus des Femurs auch sehr klein.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Eventuell Überreste eines stark verknöcherten Os bregmaticum.
Nasenseptum weist Ausziehung nach rechts auf.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 3.0), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 2.25, li 2.0), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (re BWZ 2.25, li Grad II), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([re Grad II]) und Retropatellargelenk (re BWZ 2.0).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re 4.0, li 3.5), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0), BWS (Th1-Th5: BWZ 2.0, Th5-Th8: BWZ 3.0-4.0, Th8-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.5-4.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (Th1-Th5: BWZ re = li 2.5-3.0, Th5-Th8: BWZ re 4.0-4.5, li 3.0, Th8-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

3. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und des Kehlkopfes (Larynx) teilweise erhalten.

Campus 50/10 140

A. Personalstatus

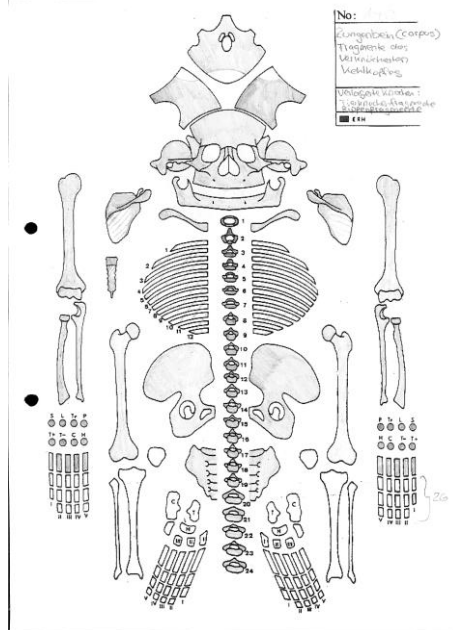
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen die beiden Patellae, Tibiae, Fibulae und sämtliche Ossa pedis.

Alter: Mittel- bis spätmatur (50-60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Eine Extrafundtüte enthält tierische Knochen und Zähne.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel Die Nasenbeinwurzel ist außergewöhnlich breit, was zu weit auseinander stehenden Augen führt.

Schäeldachinnenfläche: Es sind im linken Os parietale zwei Foveolae granularis sichtbar und in beiden Ossa parietalia sind massive Impressionen der Äste der Arteria meningea media.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: entzündlich veränderter Rand.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus rechts: nicht pneumatisiert.

Mittelgesichtsregion: Apertura piriformis beiderseits: klein, langes Os nasale und caudal mittig spitz ausgezogen.

Harter Gaumen: Große Foramen incisivum umgeben von vielen millimetergroßen knöchernen Ausziehungen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontose im gesamten Kiefer; Abszesse: Regionen 21-22 und 44 (Grad III); intravitale Verluste: 14, 25, 34-36 und 45. Zahnstein frontal unten (Grade I). Karies Zahn 24, 33, 46 (Grad IV), 23 (V) und 11-12, 16, 21-22, 37, 43-44 (VI). Kiefergelenkarthrose: li Grad IV. Der Verbleib von 28, 38 und 48 ist unklar.

Beiderseits ist die Pars tympanica als Verlängerung der Fossa mandibularis vergrößert und an den Rändern ausgezogen → V.a. Chronische Dislokation (Subluxation) des Kiefergelenkes.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Leichte Spondylosis/Spondylarthrosis. Das linke Foramen transversum des 7. Cervicalwirbels ist durch Knochenwachstum ein wenig verengt.

Brustkorb: Das Manubrium und der Corpus sterni sind sehr dünn. Am Manubrium sind die Ansatzstellen der Knorpel an der Incisura costalis prima beidseitig bereits minimal verknöchert. Das caudale Ende des Corpus sterni ist ungleichmäßig geformt.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: die Ansatzstellen für das Ligamentum costoclaviculare sind nur ganz leicht erkennbar. Die Muskelmarken auf der caudalen Seite der Extremitas acromialis sind deutlich sichtbar. Die Facies sternalis weist kleine, poröse Stellen auf.

Oberarm: Beiderseits: die Crista tuberculi majoris ist leicht vom Rest abgehoben.

Unterarm: Ulnae beiderseits: die Tuberositas ulnae sind prominent. Die rechten Unterarmknochen (Radius und Ulna) sind etwas robuster als die linken.

Beckengürtel: Sacrum: die Ränder der Facies auriculares sind leicht ausgezogen und die Flächen leicht porös. Ossa coxae: die Ränder der Facies auriculares sind leicht ausgezogen und die Flächen leicht porös. Leichter Sulcus praeauriculares.

Außergewöhnlich enge Incisura ischiadica major für eine Frau dieser Population. Die Anschlussstellen des Beckenkamms sind teilweise immer noch sichtbar. Rechts: leichtes Geburtstrauma am Os pubicum auf der Innenseite entlang der Facies symphysialis. Tiefe Impression im Bereich der Fossa acetabuli am Rand der Incisura lunata.

Oberschenkel: Beiderseits: leichte Muskelansatzstellen an der Linea aspera. Leichte Enthesiopathie im Bereich der Tuberositas glutea. Leicht ausgezogene Linea intertrochanterica.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Der Schädel weist eine Sutura metopica auf.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (BWZ re = li 2.5), Ellenbogengelenk (BWZ re = li 2.0), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 1.5, li 1.75), oberes Handgelenk (BWZ re = li 2.0), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.0), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re = li Grad II) und Retropatellargelenk (re = li Grad I-II).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 2.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 2.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 2.0), BWS (Th1-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 2.0-2.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: re Grad II, li BWZ 2.5; C3-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L4: BWZ re = li 3.0; L4-L5: BWZ re 3.0, li 3.5; L5-S1: BWZ re = li 3.0).

3. Traumata: Beiderseits ist die Pars tympanica als Verlängerung der Fossa mandibularis vergrößert und an den Rändern ausgezogen → v.a. Chronische Dislokation (Subluxation) des Kiefergelenkes.

4. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherne Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum) und Kehlkopfes (Larynx).

Campus 50/10 141

A. Personalstatus

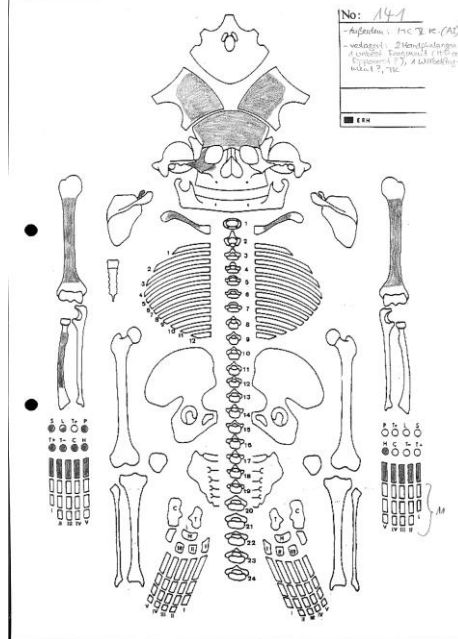
Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Nur die Calotte, Zähne. Ossa manus, rechte Radiusdiaphyse, beide Humerusdiaphysen, die rechte Claviculadiaphyse und kleinere Knochenfragmente sind erhalten.

Alter: Juvenil (15-18 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀) (molekulargenetisch: ND)

Besonderheiten: Einige der Mittelhandknochen und Phalangen sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Insgesamt ist die Lamina interna sehr narbig und unregelmäßig geformt. Im linken Os parietale befindet sich eine Foveolae granularis wie auch im rechten Bereich des Os frontale.

Venöse Hirnblutleiter: Tiefer Sulcus sinus sagittalis.

Zähne, Alveolarregionen: Parodontopathien: postmortale Verluste: 11, 14, 32 und 42. Zahnstein unten vorn (Grad I). Leichte Abrasion des Frontzahnbereichs. Leichte Transversale lineare Schmelzhypoplasien (Grad II). Die Kronen zweier Weisheitszähne (evtl. 18 und 28) sind angelegt, die restlichen beiden fehlen.

II. Postcraniales Skelett

Oberarm: Links: im distalen Diaphysendrittel auf der posterioren Seite befinden sich Impressionen, wahrscheinlich Wurzelusuren.

Hand: Die Epiphysen sind teilweise noch nicht knöchern angewachsen.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Handgelenk ([re Grad 0]).

Campus 50/10 142 A Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Schlecht

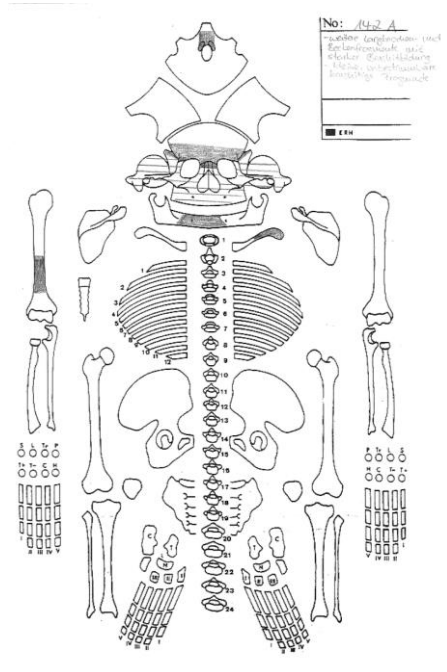
Repräsentanz: Viele kleine Knochenfragmente, die nicht näher zu bestimmen und zu beurteilen sind. Es sind Teile des Gesichtsschädels, die linke Extremitas acromialis und einige Langknochenfragmente (evtl. Tibia) vorhanden.

Oberflächen: Stark degradierte Knochenfragmente.

Alter: Infans I (4 Jahre ± 12 Monate)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Frau (♀))

Besonderheiten: Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19 Jahrhundert stattgefunden hat.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Nasenhöhle: Sinus maxillaris beiderseits: die Oberfläche ist rau, porös und weist viele neugebildete Knochenplatten auf: → Sinusitis.

Harter Gaumen: Massive Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen: Die ersten fünf Milchzähne jedes Quadranten stehen in Okklusion. Die Krone des sechsten ist jeweils angelegt. 61 und 82 sind postmortal verloren gegangen.

Campus 50/10 142 B Anatomieleiche

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Sehr schlecht

Repräsentanz: Viele kleine Knochenfragmente, die nicht näher zu bestimmen und zu beurteilen sind. Es sind lediglich Milchzähne erhalten, wobei bis zur Krone des 6 alle Zähne angelegt sind.

Oberflächen: Stark degradierte Knochenfragmente.

Alter: Infans I (3-4 Jahre \pm 12 Monate)

Geschlecht: ND

Besonderheiten: An einem Schädelfragment ist zu erkennen, dass eine Sektion und Öffnung des Craniums durch Anatomie der Uni Göttingen im 19. Jahrhundert stattgefunden hat. In einer Extradundtüte befinden sich ein Rippenfragment und ein Knochen unbestimmter Herkunft (evtl. Becken).

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

Campus 50/10 143

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind nur drei Schädelfragmente und ein Fragment des Corpus sterni erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: ND)

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Die Diploe ist sehr dick.

Campus 50/10 146

A. Personalstatus

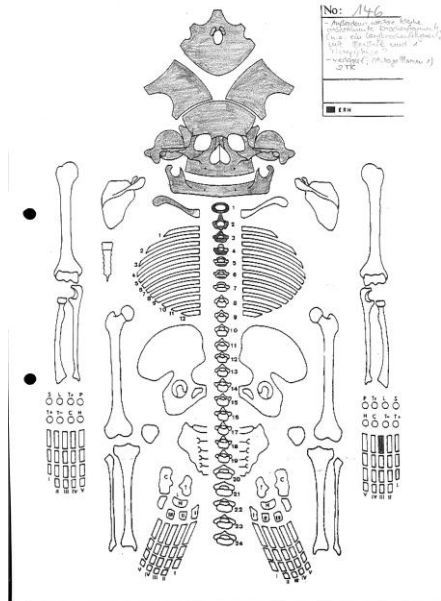
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind nur der Schädel, der Unterkiefer, die rechte Clavicula, die Wirbel C1-C4 und der linke Metakarpalknochen erhalten. Im dorsalen Bereich der Ossa parietalia und dem Os occipitale ist die Lamina externa stark erodiert.

Alter: Senil (60 Jahre <)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀)

Besonderheiten: In einer Extrafundtüte befinden sich viele kleine, unbestimmbare Knochenfragmente.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Im Bereich der rechten Sutura lambdoidea ist das Os occipitale etwas nach dorsal versetzt, was zu einer Stufe führt.

Schädeldachinnenfläche: Eine Foveola granularis findet sich relativ mittig im Os frontale.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: leicht entzündlich veränderter Rand.

Warzenfortsatzzellen: Wahrscheinlich ist der Processus mastoideus beiderseits nicht vollständig pneumatisiert, da er sehr flach ist, was mit breite wieder kompensiert wird.

Augenhöhlerdach: Links: leicht poröse Oberfläche.

Tränennasengang: Ductus nasolacrimalis rechts: unregelmäßige Oberfläche.

Nasenhöhle: Apertura piriformis beiderseits: zackiger Rand. Die Oberfläche der Nasenhöhlen ist beiderseits unruhig und porös.

Nasennebenhöhlen: Sinus maxillaris rechts: unregelmäßige Oberfläche.

Mittelgesichtsregion: Jochbeinaußenfläche beiderseits: leicht poröse Oberfläche.

Harter Gaumen: Stomatitis und Exostosen. Die Fossa incisiva ist vergrößert mit beidseitigen entzündlichen Durchbrüchen durch die Maxilla (Nasenboden).

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: intravitale Verluste aller Zähne bis auf einen. Karies Zahn 43 (Grad IV). Transversale lineare Schmelzhyoplasien am Zahn 43 Grad III. Kiefergelenkarthrose: re = li Grad IV.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Starke Spondylitis des 3. und 4. Cervicalwirbels. Die Oberflächen der Foramina transversa sind beim 2. Cervicalwirbel porös. Des Weiteren ist die caudale Oberfläche der Processus spinosus porös und unruhig.

Schultergürtel: Clavicula rechts: der Ansatz der Ligamenta costoclaviculare ist ausgezogen. Die Oberfläche der Extremitas acromialis ist caudal unruhig und porös. Die Facies acromialis ist arthritisch verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.5); Bogengelenke: HWS (C2-C3: BWZ re = li 3.0; C3-C4: re BWZ 3.0, li Grad III). Arthritis: Körpergelenke: HWS (C2-C3: BWZ 3.5; C3-C4: BWZ 5.0).

Campus 50/10 149

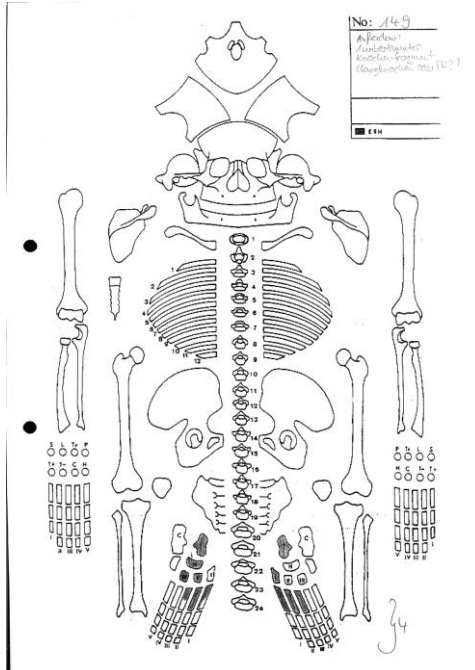
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es sind nur ein paar fragmentierte Fußknochen erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Fuß: Die Oberfläche ist versehen mit leicht entzündlichen Stellen und ausgezogenen Ansatzstellen für Muskel- und Weichgewebe.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Sprunggelenk (re = li Grad II), unteres Sprunggelenk ([re Grad II], li Grad II).

Campus 50/10 153

A. Personalstatus

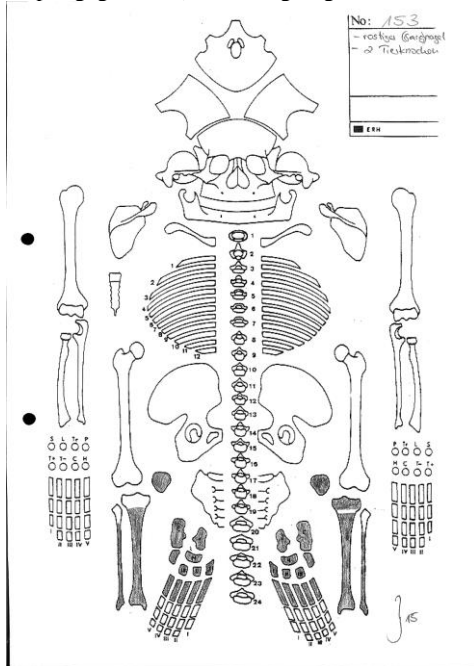
Erhaltungszustand: Schlecht

Repräsentanz: Es sind nur die beiden Patellae, Tibiae (prox. Gelenk rechts fehlt und die Diaphysenoberfläche ist stark degradiert), Fibulae (prox. Gelenke fehlen und die Diaphysenoberflächen sind stark degradiert) und Fußknochen (Fußwurzelknochen, Metatarsi und Ossa digitorum pedis) erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Einige der kleinen Fußknochen sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngefärbt.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Patellae beiderseits: knöcherne Ausziehung (Muskel- oder Sehnenansätze) nach caudal auf der ventralen Fläche. Deutliche arthrotisch bedingte Randbildung um die dorsalen Gelenksflächen. Tibiae beiderseits: Margo anterior weit nach ventral ausgezogen. Links: die Diaphysenoberfläche ist medial leicht streifig ausgebildet. Fibulae beiderseits: der Malleolus lateralis besitzt knöcherne Ausziehungen nach ventral (Muskel- oder Sehnenansätze).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk ([li Grad II]) und Retropatellargelenk (re Grad III-IV, li III), oberes Sprunggelenk (BWZ re = li 2.0), unteres Sprunggelenk (BWZ re = li 2.25).

Campus 50/10 154

A. Personalstatus

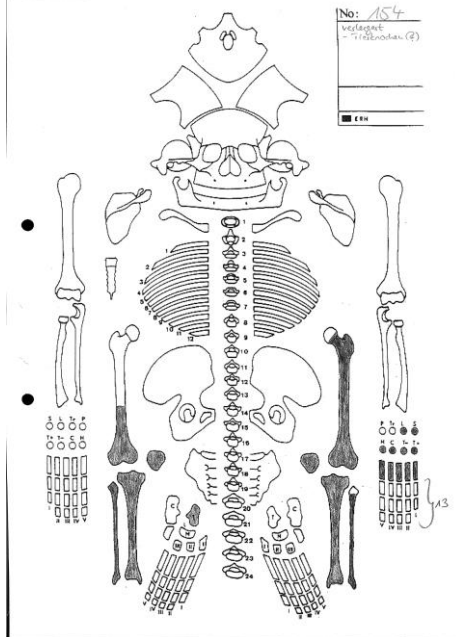
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind nur die Knochen der linken Hand, beide Femora (die proximale Diaphysenhälfte und das Gelenk fehlen – glatte Schnittfläche), beide Patellae, beide Tibiae, beide Fibulae und der rechte Talus erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))

Besonderheiten: Zwei Ossa digitorum manus sind infolge einer Metallimprägnierung (Cu-Ionen aus einem Bronze- oder Kupfergegenstand) deutlich grüngelblich. In einer Extrafundtüte befinden sich Fragmente von Langknochen.



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberschenkel: Beiderseits: leicht streifige Diaphysenoberfläche lateral, anterior und medial. Einkerbung (Enthesiopathie) in der Fossa intercondylaris wo vorderes Kreuzband anhaftet. Links: Diaphyse stark nach anterior gebogen. Tuberositas glutea ist unruhig und eingekerbt (Enthesiopathie).

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: Einkerbung (Enthesiopathie) in Area intercondylaris anterior (Ansatzstelle des vorderen Kreuzbandes). Rechts: oberes Ende der Linea solei ist scharfkantig ausgezogen. Es findet sich eine Gefäßimpression auf dem Malleolus medialis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Handgelenk (li Grad II), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 2.2) und Retropatellargelenk (BWZ re = li 2.0), oberes Sprunggelenk (re = li Grad II), unteres Sprunggelenk (re Grad II).

Campus 50/10 157

A. Personalstatus

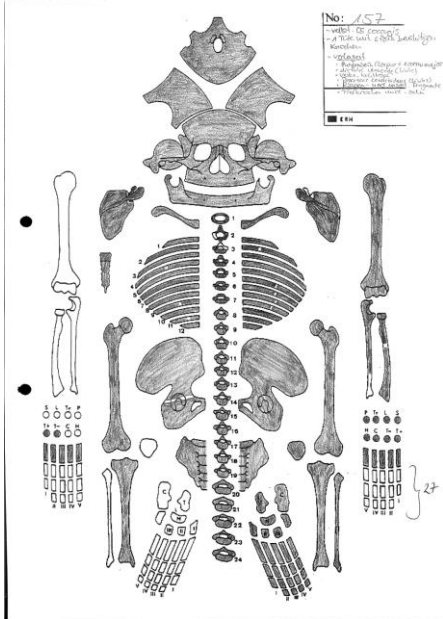
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es fehlen der rechte Humerus, die rechte Ulna und der rechte Radius sowie die rechte Patella und Fibula. Des Weiteren fehlen etliche linke und alle rechten Fußknochen und ein paar rechte Handwurzelknochen.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Dem Skelett liegt eine Extrafundtüte mit weißen Knochenfragmenten (Brandknochen) bei. In einer weiteren Tüte befinden sich verlagerte Knochen (Tierknochen, Tierzahn, dist. linkes Ulnagelenk, Os hyoideum, Kehlkopffragment und Processus coracoideus).



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachaußenfläche: Im Bereich der Sutura sagittalis beider Scheitelbeine leichte, diffus angeordnete Spuren einer alten Kopfschwartentzündung.

Schädeldachinnenfläche: Im linken Os parietale sind tiefe Foveolae granularis erkennbar.

Schädelbasisaußenfläche: Die rechte Fossa jugularis ist fingergroß vergrößert.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus beiderseits: der äußere Rand ist entzündlich verändert.

Augenhöhle: Links: poröse Oberfläche: → V.a. Trauma oder entzündliche Veränderung.

Tränennasengang: Der Ductus nasolacrimalis beiderseits: groß.

Nasenhöhle: Beiderseits: poröse Oberfläche mit Gefäßimpressionen. Apertura piriformis beiderseits: unregelmäßiger Rand und die Spina nasalis anterior ist weit nach anterior ausgezogen.

Mittelgesichtsregion: Die Oberfläche des linken Jochbeins ist leicht porös. Die Oberflächen beider Arcus superciliaris und der Glabella sind porös.

Harter Gaumen: Sehr starke Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: leichte Parodontitis; intravitale Verluste: 11 (offene Alveole) und 16. Zahnstein generalisiert im vorderen Unterkiefer (Grade I). Karies Zahn 17 und 27 (Grad IV). Transversale lineare Schmelzhypoplasien im Schneidezahnbereich und punktförmige Schmelzhypoplasien an Zähnen 36-38 und 46-48 (Grad II-III). Kiefergelenkarthrose: re = li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Leichte Skoliose, in der untere BWS sind die Wirbelkörper links flacher und in der mittleren die rechten. Einbruch SCHMORLscher Knorpelknötchen in die Grundplatten des 4.-12. Thorakalwirbels und 1.-4. Lumbalwirbels sowie in die Deckplatten des 6., 8., 11.-12. Thorakalwirbels und 2.-4. Lumbalwirbels: → V.a. Morbus Scheuermann.

Brustkorb: Poröse Oberfläche von Manubrium und Corpus sterni. Costae: sternal offen, Gelenke zu den Wirbeln leicht arthrotisch verändert, Grad III.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: starke Muskelmarken. Arthrotisch veränderte Facies sternalis und Facies acromialis (Grad III). Tiefe Einkerbung (Enthesiopathie) an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare mit entzündlicher Randveränderung. Auf der cranialen Fläche befindet sich gegenüber dem Tuberculum conoideum eine flache Enthesiopathie. Scapulae beiderseits: Facies costalis mit gut ausgebildeten Lineae muscularis. Margo lateralis ist caudal weit nach lateral ausgezogen. Links: unruhige Oberfläche caudal der Cavitas glenoidalis.

Oberarm: Links: Einkerbung (Enthesiopathie) medial der Crista tuberculi majoris und minoris. Entzündlich veränderte Oberfläche des prox. Collum, vor allem medial. Unruhige Oberfläche der Fossa coronoidea.

Unterarm: Ulna links: sehr breiter Diaphysendurchmesser und Einkerbung auf der Tuberositas ulnae. Radius links: sehr breiter Diaphysendurchmesser und wulstig ausgeprägte Tuberositas radii. Leicht streifige und unruhige mittige Diaphysenoberfläche anterior und dorsal.

Beckengürtel: Os sacrum: Grübchen dorsal von der Facies auriculares sehr unregelmäßig gestaltet. Leichte Linkskrümung der Sakralwirbel. Ossa coxae beiderseits: breite Spina ischiadica. Teilweise poröse und unruhige Fossa acetabuli, rechts caudal und links dorsal. Links: der dorsale Rand der Fossa acetabuli zur Facies lunata ist arthrotisch verändert.

Oberschenkel: Beiderseits: mittel stark streifige Diaphysenoberfläche ringsherum: → Periostitis (verheilt). Entzündlich veränderte Vertiefung des Caput med. des M. gastrocnemius, links stärker als rechts. Stark ausgeprägte Linea intertrochanterica. Rechts: kleine knöcherne Ausziehungen am distalen Ende der Linea aspera.

Unterschenkel: Tibiae beiderseits: stark streifige Diaphysenoberfläche (vor allem am Übergang von medial zu dorsal): → Periostitis (verheilt). Fibula links: sehr breiter Diaphysendurchmesser.

Fuß: Die Oberfläche dorsal der Facies art. tal. post. ist porös: → entzündlich verändert.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Nahtknochen in der Sutura lambdoidea beiderseits.

Spina nasalis anterior ist weit nach anterior ausgezogen.

C6 besitzt beiderseits ein doppeltes Foramen transversum.

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad III, li BWZ 2.5), Ellenbogengelenk (li BWZ 2.0), Radio-Ulnargelenk (li BWZ 2.25), oberes Handgelenk (li BWZ 2.25), Hüftgelenk (BWZ re = li 2.5), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (BWZ re = li 2.2) und Retropatellargelenk (re Grad II, li BWZ 2.25), oberes Sprunggelenk (re Grad II-III, li BWZ 2.0), unteres Sprunggelenk (li BWZ 2.25).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk:

Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0), BWS (C7-Th5: BWZ 3.0; Th5-Th8: BWZ 3.5; Th8-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.0); Bogengelenke: HWS (C2-C4: re Grad III, li BWZ 3.0; C4-C7: BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th4: BWZ re = li 3.0; Th4-Th7: BWZ re = li 3.0-4.0; Th7-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-L1: BWZ re = li 3.5-4.0; L1-S1: BWZ re = li 3.0-3.5).

Campus 50/10 159

A. Personalstatus

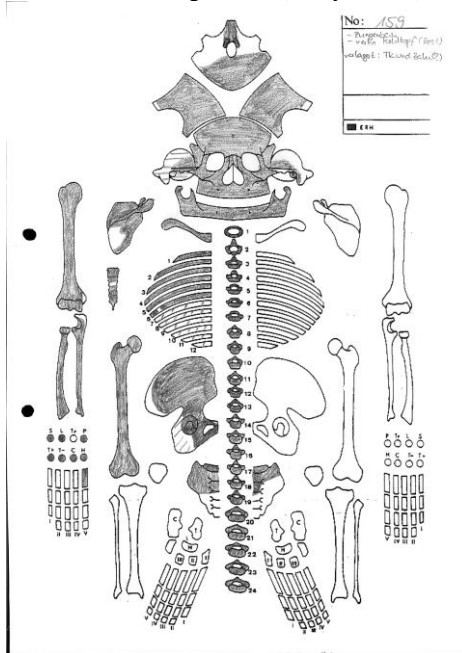
Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es fehlen die linke Clavicula, die linke Scapula, die linken Costae, der linke Humerus, die linke Ulna und der linke Radius, der linke Femur, das linke Os coxa, die linken Handknochen, rechts die meisten Metacarpi und Phalangen, beide Patellae, Tibiae, Fibulae und alle Fußknochen. Die rechten Costae sind nur fragmentarisch erhalten.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Mann (♂)

Besonderheiten: Extrafundtüte mit verlagerten Knochen, evtl. tierischen Ursprungs. Extrafundtüte mit Teilen des verknöcherten Zungenbeins (Os hyoideum) und Kehlkopfes (Larynx).



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel Der Schädel wirkt links anterior und rechts posterior dicker, evtl. durch postmortale Degradierung des Restschädels.

Schädeldachinnenfläche: Im Os frontale und in beiden Ossa parietalia befinden sich mehrere Foveolae granularis. Außerdem lassen sich entlang der Sutura sagittalis schuppige, durch Gefäßimpressionen unterbrochene knöcherne Auflagerungen erkennen: → V.a. meningealer Reaktion.

Venöse Hirnblutleiter: Fossa cranii med. rechts: Blutgefäßimpressionen in den Sulcus sinus sigmoideus.

Warzenfortsatzzellen: Processus mastoideus beiderseits: vermutlich nicht pneumatisiert (sehr geringe Tiefe).

Nasenhöhle: Das linke Os nasale reicht etwas tiefer in die Apertura piriformis als das Rechte.

Mittelgesichtregion: Jochbeinaußenflächen beiderseits: unruhige Oberfläche mit Exostosen.

Harter Gaumen: Starke Stomatitis mit Exostosen.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis in allen Zwischenräumen; Abszesse: Regionen 16 (Grad III); intravitale Verluste: 16, 37, 38 und 46. Zahnstein generalisiert (Grade II). Starke Abrasion. Kiefergelenkarthrose: re Grad II und li Grad III.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylose/Spondylarthrosis. Randbildung an den Wirbelkörpern. Verknöcherung der Ansätze der Ligamenta flava und der caudalen Gelenkkapseln. Die Wirbelkörper des 7.-9. Thorakalwirbels sind stark nach rechts gezogen. Osteophytenbildung am 3. Lumbalwirbel

Brustkorb: Das Manubrium zeigt beiderseits an der Facies costalis prima den Beginn der Verknöcherung der Knorpel. Die rechten Costae zeigen sternal ebenfalls den Beginn der Knorpelverknöcherung und die Wirbelgelenke zeigen arthrotische Veränderungen, Grad III-IV.

Schultergürtel: Clavicula rechts: massive Einkerbung (Enthesiopathie) mit entzündlicher Komponente und ausgezogenem Rand an der Ansatzstelle des Ligamentum costoclaviculare. Massive Muskelmarken. Scapula rechts: die Facies costalis ist stark nach dorsalgebogen mittig. Das Acromion ist sehr lang und der Margo lateralis breit.

Oberarm: Rechts: raue, unruhige und betonte Tuberositas deltoideus (M. deltoideus), Crista tuberculi majoris (M. Pectoris majoris) und minoris (M. latissimus dorsi). Große Fossa olecrani.

Unterarm: Ulna rechts: Einkerbung (Enthesiopathie) auf der Tuberositas ulnae (M. brachiales). Distal ist der Margo interosseus rau und ausgezogen. Radius rechts: die Tuberositas radii ist sehr groß (M. biceps). Proximal ist der Margo interosseus weit ausgezogen.

Beckengürtel: Os sacrum: der Processus spinosus des 1. Sakralwirbels ist nicht vollständig und unsymmetrisch zusammen gewachsen. Os coxa rechts: Lochbildung in der Fossa acetabuli caudal und unruhige Oberfläche cranial und caudal der Facies lunata.

Oberschenkel: Rechts: stark ausgezogene Linea aspera. Das Femur ist leicht S-förmig gebogen (proximal nach lateral zeigend).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten des Skelettes:

Doppeltes Foramen transversum bei einigen Halswirbeln (C4 rechts, C5 beiderseits und C7 links).

2. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II), Ellenbogengelenk (re Grad II), Radio-Ulnargelenk (BWZ re 2.0), oberes Handgelenk (BWZ re 2.0), Hüftgelenk ([BWZ re 2.5]), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad III) und Retropatellargelenk ([re Grad II-III]).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.5), BWS (C7-Th7: BWZ 3.0; Th7-Th8: BWZ 3.5; Th8-Th12: BWZ 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.0-4.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (C7-Th3: BWZ re = li 3.0; Th3-Th5: BWZ re 3.5-4.0, li 3.0; Th5-Th8: BWZ re = li 3.0; Th8-Th10: BWZ re 4.0, li 3.0; Th10-Th12: BWZ re 3.0-4.0, li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0).

Oberarm: Rechts: Margo lateralis ist distal nach anterior ausgezogen. Raue, massive Tuberositas deltoideus. Crista tuberculi majoris stark ausgezogen und wie auch Crista tub. minoris raus ausgeprägt. Die Oberfläche des Collums ist distal des Caput entzündlich verändert.

Unterarm: Ulna rechts: ausgezogenes Olecranon. Einkerbung im Bereich der Tuberositas ulnae. Ausgezogene und raue Veränderung der Verlängerung des dorsalen Randes der Incisura radialis. Massive Margines. Radius rechts: Tuberositas radii ist sehr breit und wulstig. Raue, massive Tuberositas pronatoria. Scharfkantige und proximal rauher Margo interosseus. Massiver Margo posterior.

Hand: Die Gelenkflächen sind arthrotisch verändert, Grad III.

Beckengürtel: Os sacrum: auf der rechten Seite ist dorsal am Übergang zwischen dem 2. und 3. Sakralwirbel eine Fläche die wie eine Gelenkfläche aussieht. An der Deckplatte des 1. Sakralwirbels befindet sich anterior ein Osteophyt. Ossa coxae beiderseits: verknöcherte Muskelansätze an der Crista iliaca und Spina iliaca ant. inf. Massiv ausgezogenes Tuberculum pubicum. Entzündliche Impression auf der Facies lunata im cranialen Bereich anterior. Aufgeworfene Ränder der Facies auriculares und cranial der Tuberositas iliaca.

Oberschenkel: Rechts: massiv ausgeprägte Muskelmarken und Linea aspera. Lateral, in Höhe der Tuberositas glutea ist der Diaphysenschaft verbreitert: → wahrscheinlich durch Muskelzug. Die Diaphysenoberfläche ist leicht streifig rings herum. Der Caput femoris ist anterior leicht ausgezogen und sieht einem Ansatz zur Reiterfacette ähnlich.

Unterschenkel: Tibia rechts: knöcherner Auszug distal-lateral von Tuberositas tibiae: → Überbeanspruchung des Muskels. Leicht streifige Diaphyse mittig medial und proximal der Incisura fibularis. Fibula rechts: sehr scharf ausgezogene Margines. Raue Diaphysenoberfläche lateral im distalen Diaphysendrittel. Patella rechts: starke osteophytische Ausziehungen auf der anterioren Fläche.

Fuß: Leichte Eburnisierungsspuren an Talus (Facies art. calcan. med. und Facies art. calcan. ant.) und Calcaneus (Facies art. tal. med. und Facies art. tal. ant.).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re BWZ 2.5, li Grad III), Ellenbogengelenk (re BWZ 2.25), Radio-Ulnargelenk (re BWZ 2.0), oberes Handgelenk (re BWZ 2.5, li Grad II), Hüftgelenk (re BWZ 2.75, li Grad III), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re BWZ 2.6) und Retropatellargelenk (re BWZ 3.0), oberes Sprunggelenk (re BWZ 2.3), unteres Sprunggelenk (re BWZ 2.5).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (BWZ re = li 3.0), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (BWZ re = li 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (C2-C4: BWZ 3.5; C4-C5: BWZ 4.0; C6-C7: BWZ 3.0), BWS (C7- Th5: BWZ 3.0-3.5; Th5-Th6: BWZ 4.0; Th6-Th12: BWZ 3.0-3.5), LWS (Th12-L4: BWZ 3.0; L4-S1: BWZ 3.5-4.0); Bogengelenke: HWS (BWZ re = li 3.0), BWS (Th1-Th12: BWZ re = li 3.0), LWS (Th12-S1: BWZ re = li 3.0-4.0). Arthritis: Körpergelenke: HWS (C5-C6: BWZ 5.0).

Campus 50/10 163

A. Personalstatus

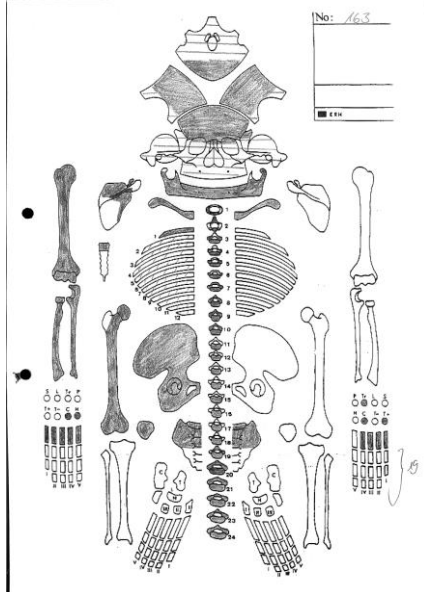
Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Bis auf die Clavicula fehlen alle Knochen der linken Seite. Rechts fehlen die Tibia, Fibula und Ossa pedis. Des Weiteren fehlen der Corpus sterni, die Phalanx distalis und Handwurzelknochen. Die Knochen der linken Körperseite fehlen.

Alter: Matur (40-60 Jahre)

Geschlecht: Frau (♀)

Besonderheiten: Femur mit Zettel wegen möglicher Verwechslung mit Individuum 103 versehen. Verwechslung nicht möglich, da der Caput femoris perfekt in das Acetabulum passt.



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Schädeldachinnenfläche: Viele große Foveolae granularis mit entzündlich veränderten Oberflächen am Grund in den Ossa parietale und vor allem im Os frontale. Im Os frontale sind beidseitig wulstige Knochenneubildungen (wahrscheinlich Reaktion auf entzündlich veränderte Foveolae granularis) zu erkennen. Im Os frontale befindet sich sehr weit rechts ein Foramen für ein Gefäß.

Schädelbasisinnenfläche: Fossa cranii ant. beiderseits: Impressiones digitatae mit spitzen Erhebungen dazwischen: → V.a. Hirndrucksymptomatik. Fossa cranii post. beiderseits: Die Protuberantia occipitale internus und die Crista occipitale interna sind sehr prominent mit zwei Foramen für Gefäße.

Äußere Ohrregion: Meatus acusticus externus links: Rand leicht entzündlich ausgezogen.

Augenhöhle: Links: leicht poröse Oberfläche: → Erosion?

Harter Gaumen: Stomatitis.

Zähne, Alveolarregionen und Kiefergelenk: Parodontopathien: Parodontitis im Oberkiefer; Abszesse: Regionen 21 (Grad III); intravitale Verluste: 36-38, 45 und 47-48. Karies Zahn 43 (Grad II) und 46 (III). Kiefergelenkarthrose: li Grad IV. Die Zähne 11-14, 21-23 und 41 sind wahrscheinlich postmortal ausgefallen, einige Zahnwurzeln und 2 Molare sind erhalten.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylose/Spondylarthrosis. Bildung von Randleisten an den Wirbelkörpern der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Vereinzelt Verknöcherung des Ligamentum flava und der caudalen Gelenkkapseln. Einbrüche der SCHMORLschen Knorpelknötchen in die Deckplatte des 5. Thorakalwirbels und in die Grundplatten des 4. und 5. Thorakalwirbels. Vertiefung an der dorsalen Seite der Wirbelkörper mit ausgeprägtem Venengeflecht (Vena basivertebralis aus dem Plexus venosus vertebralis internus).

Brustkorb: Die anteriore und posteriore Oberfläche des Manubriums ist nahe der Facies costalis prima sehr rau und unregelmäßig.

Schultergürtel: Claviculae beiderseits: deutlich ausgeprägte Tuberculum conoideum und Linea trapezoidea. Rechts: entzündlich veränderte, erbsengroße Vertiefung an der Facies sternalis anterior. Scapula links: starke Fossa subscapularis.

Oberarm: Rechts: raue Oberfläche der Tuberositas deltoidea. Ausgezogene Crista tuberculi majoris (Ansatzstelle für M. pectoralis major). Distal nach lateral gezogen.

Unterarm: Ulna rechts: raue Tuberositas ulnae (Ansatzstelle für M. brachiales). Caudale Ausziehung des dorsalen Randes der Incisura radialis. Radius rechts: anteriore Seite des distalen Gelenkes sehr schaufelförmig. Tuberositas radii (Ansatzstelle für M. biceps brachii) deutlich ausgezogen.

Beckengürtel: Os sacrum: dorsal der Facies auriculares sind beiderseits tiefe Einziehungen. Os coxa: Oberfläche am Übergang von Fossa acetabuli zu Facies lunata entzündlich verändert. Tuberculum pubicum ist spitz ausgezogen. Außerdem kann man einen Sulcus präauricularis erkennen und Grübchen an der dorsalen Seite des Os pubis. Aufgelagerte Knochenneubildungen am dorsalen Acetabulumrand (Sulcus supraacetabularis) zu erkennen. Poröse, löchrige Knochenstrukturen anterior des Ramus inferior neben der Facies symphysialis. Zusätzliche Kante fast parallel anterior zur Facies symphysialis (typ. weibl. Merkmal).

Oberschenkel: Rechts: Diaphysenoberfläche stark riefelig (wahrscheinlich postmortal – Insekten?). Stark ausgeprägte Linea intertrochanterica. Breite und raue Tuberositas glutea. Erhobene Ansatzstelle des Caput mediale des M. gastrocnemius.

Unterschenkel: Patella rechts: Osteophyten auf der cranialen Fläche.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II-III), Ellenbogengelenk (re Grad II-III), Radio-Ulnargelenk ([BWZ re 2.0]), oberes Handgelenk (re Grad III), Hüftgelenk (re BWZ 2.25), Kniegelenk: Femoro-Tibialgelenk (re Grad II-III) und Retropatellargelenk (re BWZ 2.75).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: oberes Kopfgelenk (li Grad III), unteres Kopfgelenk: Bogengelenke (re Grad III, li BWZ 3.0), mittleres Gelenk zwischen Atlas und Axis (BWZ 3.0); Körpergelenke: HWS (BWZ 3.0-4.0), BWS (C7-Th4: BWZ 3.0-3.5; Th4- Th5 4.0; Th11-Th12: BWZ 4.0), LWS (Th12-S1: BWZ 3.0-3.5); Bogengelenke: HWS (C3-C4: re BWZ 3.0; C4-C6: re BWZ 3.0, li Grad III; C6-C7: BWZ re=li 3.0), BWS (C7-Th3: BWZ re = li 3.0; Th12: li Grad III), LWS (L1-S1: BWZ re = li 3.0-3.5).

2. Hinweis auf mögliche Stoffwechselerkrankungen, altersbedingte Besonderheiten: Knöcherner Verwachsung des Zungenbeins (Os hyoideum).

Campus 50/10 nördl. von 156

A. Personalstatus

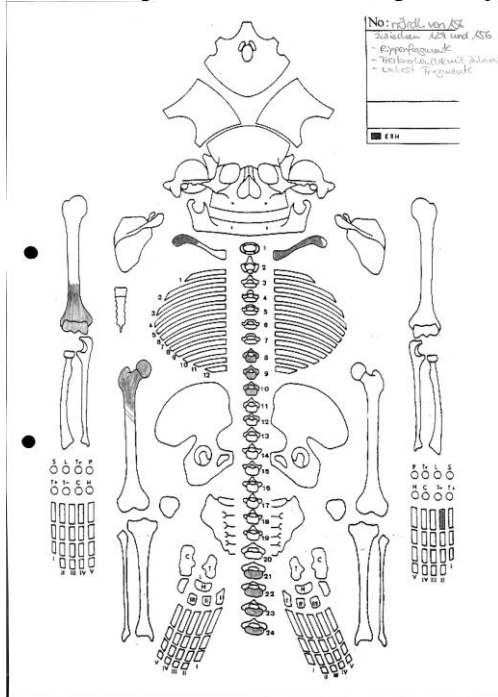
Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind 1 Molar, 4 Rippenfragmente (1-2 cm), die rechte distale Humerusdiaphyse mit Gelenk, ein Fingerknochen (linker Metacarpalia II), die rechte proximale Femurdiaphyse mit Gelenk, die linke und Teile der rechten Clavicula.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀)

Besonderheiten: Es liegt eine Extrafundtüte mit stark fragmentierten Tierknochen, z. B. Unterkiefer mit Zähnen bei. Durchtrennung eines Lendenwirbels (Säge oder Spaten?).



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.



Foto Fa. Arcontor Projekt GmbH.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne: Abrasion stark.

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Spondylosis/Spondylarthrosis. Durchtrennung eines Lendenwirbels (Säge oder Spaten?).

Brustkorb: 1 Rippenfragment mit breiter (ca. 0,5 cm) Impression.

Schultergürtel: Clavicula rechts: Facies acromialis mit knöchernen Auszügen am proximalen Rand. Links: Einkerbung an der Ansatzstelle der Ligamenta costoclaviculare mit entzündlich veränderter Oberfläche.

Oberarm: Rechts: tiefe, breite Fossa coronoidea mit proximalen knöchernen Ausziehungen. Fossa olecrani mit knöchernen Auflagerungen am Grund.

Oberschenkel: Rechts: massive Tuberositas glutaea und großer Trochanter major sowie minor. Große Löcher im Trochanter major (Enthesiopathie?).

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re Grad I-III), Hüftgelenk (re Grad III).

Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke: Arthrosis: Körpergelenke: BWS (Th1-Th3: BWZ 3.0; Th3-Th4: Grad IV; Th10-Th11: Grad IV; Th11-Th12: BWZ 3.5), LWS (L2-L3: BWZ 3.0); Bogengelenke: BWS (Th1-Th3: BWZ re 3.0-5.0, li 3.0; Th11: re Grad IV; Th12: re Grad III), LWS (L2-L3: BWZ re 3.5, li 3.0).

Campus 50/10 Streufund 1

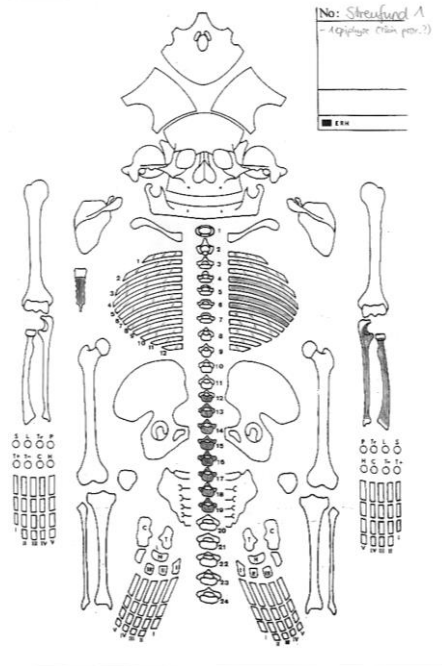
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es sind Einzelteile des Sternums, viele (vor allem rechte) Rippen, 7 (vollständig verwachsene) Wirbelbögen und 8 Wirbelkörper, eine linke Ulna, ein linker Radius und eine distale Femurepiphyse vorhanden.

Alter: Infans I (2-3 Jahre)

Geschlecht: ND (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhande Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden..

Campus 50/10 Streufund 2

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es ist nur ein Caput femoris (evtl. links) erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Hüftgelenk (links Grad III).

Campus 50/10 Streufund 3

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind 2 Rippenfragmente, 2 rechte distale Humerusdiaphysen (eine mit Gelenk), 1 Phalanx distalis und eine Femurdiaphysenmitte erhalten.

Alter: Erwachsen (alle drei)

Geschlecht: ND (alle drei) (molekulargenetisch: Tendenz Mann (♂ > ♀), ND, ND)

Besonderheiten: 2-3 Individuen.

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Oberarm: Beide rechte Humeri weisen einen massiv nach vorn ausgezogenen Margo lateralis auf: → Ansatzstelle der Radialisgruppe.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Ellenbogengelenk (re Grad II).

Campus 50/10 Streufund 4

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Mäßig

Repräsentanz: Es ist nur die rechte distale Tibiadiaphyse mit Gelenk erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Unterschenkel: Tibia rechts: kleine knöcherne Ausziehungen (Exostosen) proximal der Incisura fibularis.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: oberes Sprunggelenk (re Grad II).

Campus 50/10 Streufund 5

A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut

Repräsentanz: Es ist nur ein Brustwirbel erhalten.

Alter: Infans I (4-5 Jahre)

Geschlecht: ND

Keine Übersichtsskizze vorhanden.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Die Teile des Wirbelbogens sind mit einander verwachsen und haben gerade begonnen sich an den Wirbelkörper anzuschließen.

Campus 50/10 Streufund 6

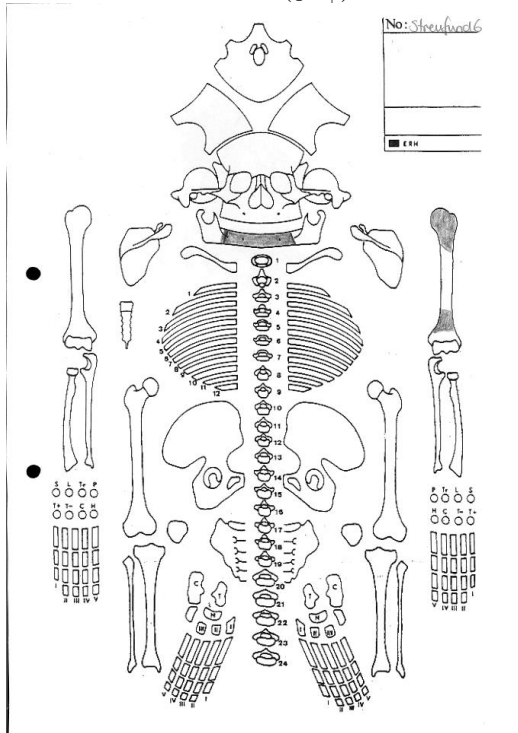
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Der Unterkiefer ist erhalten, allerdings ohne Gonion und Caput mandibulae. Des Weiteren sind rechts ein proximales Humerusdiaphysendrittel mit Gelenk und ein distales Diaphysendrittel ohne Gelenk erhalten.

Alter: Erwachsen

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀)



Übersichtsskizze Friedericke Jugert. Vorhandene Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

I. Schädel

Zähne: Parodontopathien: intravitale Verluste: 47-48. Zahnstein 42-43 (Grade I). 31-33 und 41 postmortal verloren gegangen.

II. Postcraniales Skelett

Oberarm: Rechts: die Crista tuberculi majoris ist kräftig ausgeprägt (Ansatz für M. pectoralis majoris) und der Tuber minor ebenfalls.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Gelenkerkrankungen

Erkrankungen der Extremitätengelenke: Arthrosis: Schultergelenk (re Grad II).

Campus 50/10 Streufund 7

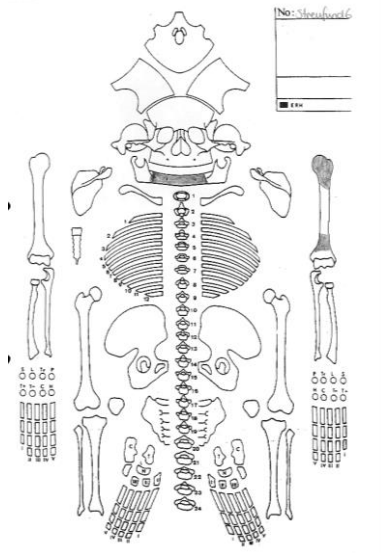
A. Personalstatus

Erhaltungszustand: Gut bis mäßig

Repräsentanz: Es sind nur wenige Knochen vorhanden. 4 linke Rippen, die Wirbel T8-L5, der linke Radius, die linke Ulna, das Os sacrum, die linke Os coxa (ohne Os pubis) und der linke Caput femoris sowie ein Stück der proximalen Femurdiaphyse.

Alter: Juvenil (15-17 Jahre)

Geschlecht: Tendenz Mann (♂ > ♀) (molekulargenetisch: Mann (♂))



Übersichtsskizze Friederike Jugert. Vorhande
Skelettelemente sind grau schraffiert.

Kein Foto vorhanden.

B. Krankheitsstatus

II. Postcraniales Skelett

Wirbelsäule: Die Wirbel weisen auf den Grund- und Deckplatten massive Vertiefungen auf, ähnlich SCHMORLschen Knorpelknötchen. Thorakal- und Lendenwirbel weisen Keilwirbelbildung auf: → V.a. Morbus Scheuermann. Einige Wirbel haben anterior am Wirbelkörper Vertiefungen (Persistierende Hahn'sche Spalten) und L2-L3 haben eine fein poröse Oberfläche anterior: → V.a. Anämie und/oder Skorbut.

Unterarm: Ulna links: die Tuberositas ulnae ist unruhig und besitzt einen scharfen, ausgezogenen Rand.

Beckengürtel: Os sacrum: S1 ist im Bereich des Processus spinosus nicht vollständig verwachsen.

Oberschenkel: Femur links: raue, unruhige Oberfläche anterior distal des Caput femoris und posterior am Diaphysenschaft.

III. Diagnose ausgewählter Krankheitsgruppen

1. Morphologische Varietäten / Entwicklungsstörungen des Skelettes:

Persistierende Hahn'sche Spalten.

Abdrücke SCHMORLscher Knorpelknötchen und Keilwirbelbildung weisen auf Morbus Scheuermann hin.

2. Mangelkrankungen: L2-L3 haben eine fein poröse Oberfläche anterior: → V.a. Anämie und/oder Skorbut.