

# Zur Kasuistik von Hüftgelenkluxation, tuberkulärer Osteomyelitis, fibrösem Corticalis-Defekt und Panzerschädel in der Præhisterie

Olav Röhler-Ertl, Karl Schneider und Dietbert Hahn

Anlässlich der Bearbeitung von Gräberserien aus Franken und Niederbayern wurden routinemäßig auch paläopathologische Befunde erhoben und einer Fachdiagnose zugeführt. Einige davon scheinen einer Notiz wert, da sie bislang aus vergleichbarem Zusammenhang noch nicht beschrieben wurden. Es handelt sich dabei um:



Abb. 1: Ansicht des rechten Acetabulums mit sekundärer Gelenkpfanne des spät-adulten Mannes WMF167-I von ventro-basal. Gut erkennbar ist die sekundäre, arthrotische Überformung und Vergrößerung des sekundären Gelenks (Hüftgelenkluxation).

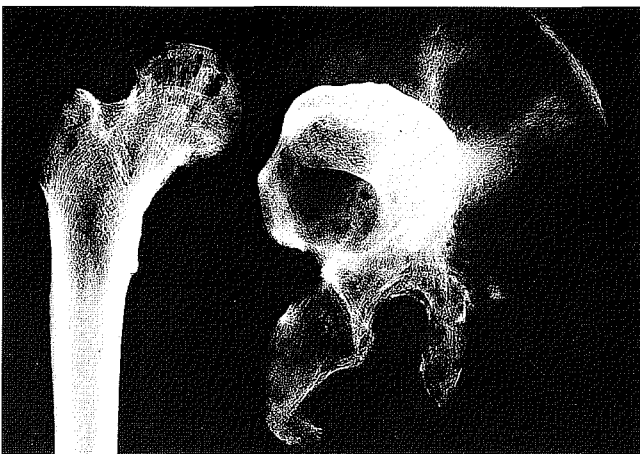


Abb. 2: Röntgenbild von linkem Pelvis mit Femur des spät-adulten Mannes WMF167-I von baso-ventral bzw. ventral. Insbesondere die arthrotischen Deformationen sind in ihren Strukturen gut erkennbar

1. Den spät-adulten Mann WMF167-I aus Weismain, Lkr. Lichtenfels (slawisch/karoling.-otton. Zeit), welcher am rechten Os ilium vertico-lateral des atrophierten Acetabulums eine 2. Gelenkpfanne zeigt (Abb. 1), die sekundär sehr deutlich arthrotisch überformt ist und fast eine 3/4-Hohlkugel bildet (Dm. außen baso-ventral: 61,3 mm, dorso-ventral: 72,9 mm, laterale Höhe 59,6 mm, Caput femoris baso-ventral 55,0 mm, dorso-ventral: 48,6 mm). Das Caput femoris zeigt sich komplementär dazu deformiert (Abb. 2) und konnte zum Todeszeitpunkt nur noch wenig bewegt werden. Damit liegt eindeutig eine Hüftgelenkluxation vor, deren exakte Genese nur vermutet werden kann. Weil die Luxatio iliaca gleichwiese am häufigsten vorkommt, wird hier auf eine angeborene (congenitale) Luxation durch Gelenkdysplasie geschlossen. (Eine traumatische oder auch habituelle Ursache kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.)

2. Die früh-mature Frau WMF147-IA aus Weismain zeigt an allen Extremitätenknochen – besonders deutlich aber an den unteren (Abb. 3) – S-förmige Schaftverkrümmungen und Auftreibungen der Corticalis speziell in den Diaphysenmitten der langen Röhrenknochen. Ein solcher Befund – röntgendiagnostisch untermauert – erscheint nicht typisch für einen nichtmetabolischen Prozeß (z.B. nutritiv), nicht als congenitaler Fehlbefund, nicht als posttraumatischer Prozeß und nicht als Neoplasie (Tumor). Somit handelt es sich hierbei um eine infektiöse Osteomyelitis (symmetrisch) an typischer Stelle, wie sie im Gefolge von Lues und TBC auftritt. Da die Syphilis bekanntlich erst nach 1492 in Europa eingeschleppt wurde (also rund 400–500 Jahre nach der Grablegung), kann es sich in diesem Falle somit wohl nur um eine tuberkulöse Osteomyelitis handeln. Soweit bekannt, wurde ein derartiger Fall aus der Præhisterie bisher noch nicht beschrieben.

3. Das 12-jährige (infans II) Mädchen WMF153 aus Weismain zeigt latero-dorsal im distalen Bereich des rechten Os femoris (Metaphyse) eine scheinbare Läsion, wobei die scharfgratig gekammert erscheinende Vertiefung aber vollständig mit Corticalis bedeckt ist (Abb. 4). Hier handelt es sich um einen fibrösen Corticalis-Defekt an typischer Stelle, wie er zwischen 5 und 10 (maximal 18) Jahren mit unbekannter Ursache relativ häufig an Orten der Muskelinsertion bei unterschiedlicher Zugbelastung auftritt. Dieser Defekt heilt problemlos wieder ab.

4. Im spätbronzezeitlichen Urnenfeld von Mintraching-Sengkofen, Lkr. Regensburg fand sich das durch Urnensetzung stark ge- und zerstörte mittelpaläolithische Kör-



Abb. 3: Ventralsicht auf Femora und Tibiae der frühmaturen Frau WMF147-IA. Gut erkennbar sind sowohl S-förmige Krümmungen als auch Corticalisverdickungen im Bereich der Diaphysenmitten (tuberkulöse Osteomyelitis).

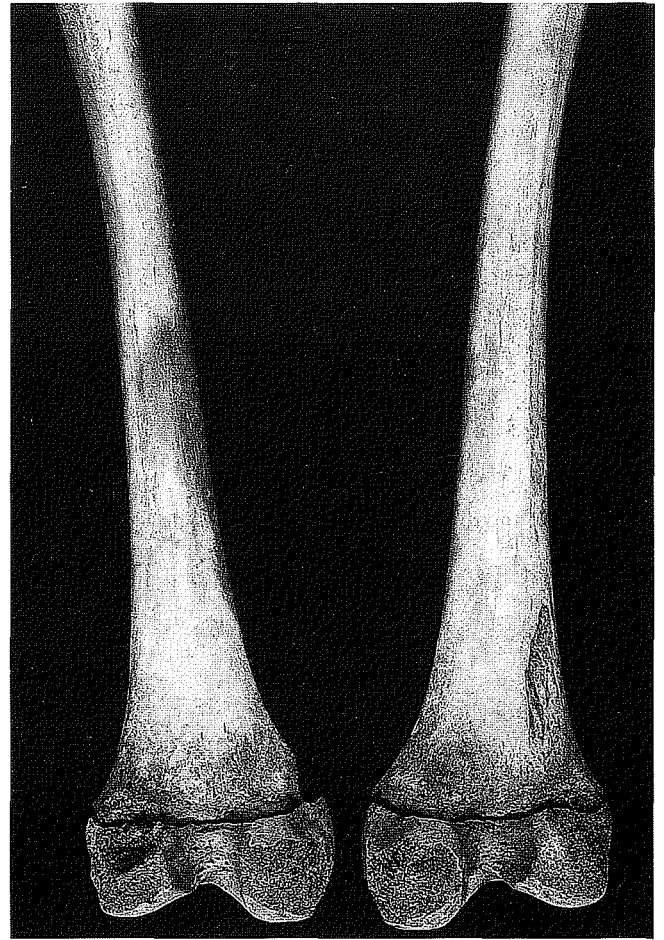


Abb. 4: Dorsale Aufsicht auf die distalen Bereiche beider Femora des 12jährigen Mädchens WMF153. Im latero-distalen Metaphysenbereich des rechten Femurs ist eine scharfgratig gekammerte »Läsion« gut erkennbar. Hierbei handelt es sich um einen fibrösen Corticalis-Defekt an typischer Stelle.

pergrab MSo24 eines 3jährigen (infans I) Knaben. Auffällig erschien, daß alle gefundenen Schädelnähte verstrichen waren, was vollständig für die Sutura sagittalis, aber ebenso auch für die Sutura coronalis gilt. Im letzteren Fall zeigte sie sich lediglich rechts in Pterion-Nähe an der Tabula interna noch nicht voll verstrichen. Fragmente von Schädelbasis, Maxilla und Mandibula (hier die Rami mand.) zeigten sich als dysplastisch, also deformiert. Das gilt insbesondere für den linken Condylus mand., welcher auffällig vergrößert erscheint und eine geflechtartig aufgelockerte Struktur zeigt. Die Calottenwandstärke in der Zone 1a nach GEJVALL beträgt mit 4 mm gut doppelt so viel, wie für dieses Alter in Südostdeutschland als Regel gefunden wurde und basal davon (in Richtung Pterion) noch immer 3 mm. Auf einem medialen Fragment des Os frontale findet sich ein knöcherner Grat, welcher etwa vom Nasion zum Bregma zieht. Alle Calottenfragmente zeigen röntgenologisch eine wabig-wolkige Struktur. Auch wenn andere Symptome, wie z.B. Zahnfehlstellungen nicht mehr nachweisbar wurden, ergibt sich aus diesem Befund eindeutig die Diagnose auf Morbus Crouzon, also eine Dysostosis cranio-

facialis – in voce populi: Panzerschädel. Wegen des Fehlens von Weichteilen war eine eingehendere differentialdiagnostische Untersuchung nicht möglich. Morbus Crouzon kann als Folge einer idiopathischen praematuren Hyperostose angesehen werden. Z. B. können Gonadenbereichs- und/oder Nebennierenprozesse stattfinden, in deren Verlauf es zur vorzeitigen Ausschüttung von Geschlechtshormonen und damit einer Praematurierung mit autosomal-dominanter Vererbung (ca. 25% Neumutationen) kommt. Es handelt sich also um ein Fehlbildungssyndrom mit charakteristischer Kopfform (»Turmschädel« bzw. Dyscephalie) und Gesichtsdysmorphie infolge vorzeitiger Verknöcherung von Schädelnähten (mediale Knochenleiste auf Os frontale, Hypoplasie der Maxilla, Zahnstellungsanomalien, Gefahr der Opticusatrophie etc.). Infolge der intercraniellen Drucksteigerung kommt es zu Kopfschmerzen, Erbrechen, epileptischen Anfällen, wobei psychomotorische Retardation möglich ist. Als Folge treten oft Exophthalmismus (Vortreten der Augäpfel) und Strabismus (Abweichungen der Augachsen von der Normalstellung) auf. Es besteht die Gefahr der Erblindung, aber auch Ertau-

bung etc. Morbus Crouzon gilt heute nicht mehr als primäre Sterbeursache.

Damit konnten erneut – wohl durchgehend erstmals – einige Erkrankungen für die Præhistorie als existent belegt werden, was bedeutet, daß beim Menschen retrospektive Vergleiche auf epidemiologischem Gebiet wohl nicht grundsätzlich abzulehnen sein sollten. Das verwendete Material befindet sich in der Anthropologischen Staatssammlung München.

### Danksagung

Für die Anfertigung der photographischen Aufnahmen danken die Verfasser D. SCHULZEBEER, Univ.-Poliklinik München.

### Anschriften der Verfasser:

DDr. Olav Röhrer-Ertl  
Primatologie ASS i.d. ZSM  
Zoologische Staatssammlung  
Münchhausenstraße 21  
D-81247 München

PD Dr. Karl Schneider  
Röntgendiagnostik  
Haunersche Kinderklinik der LMU  
Lindwurmstraße 4  
D-80336 München

Prof. Dr. Dietbert Hahn  
Institut für Röntgendiagnostik  
Luitpoldkrankenhaus  
Josef-Schneider-Straße 2/4  
D-97080 Würzburg