Primul caz de acondroplazie descoperit în Republica Moldova. Necropola medievală de la Costești-*Gârlea*, mormântul 19

Angela Simalcsik, Vlad Vornic

Rezumat. În lucrare este prezentat primul caz de acondroplazie descoperit în Republica Moldova, în necropola medievală (sec. al XIV-lea) de la Costești-*Gârlea*. Osemintele provin dintr-un mormânt descoperit printr-o intervenție de salvare, pe un drum de țară din partea de sud-est a cetății de pământ. Scheletul era orientat pe direcția vest-est, la adâncimea de cca. 0,20 m de la suprafața solului, depus în decubit dorsal, cu mâinile așezate pe bazin. Pe latura nordică s-au păstrat urme de lemn putrezit. Mormântul nu are inventar. Scheletul, care provine de la un individ de sex masculin, cu vârsta biologică de circa 50-55 ani, este aproximativ complet, bine conservat. Din punct de vedere morfometric, se disting câteva caracteristici care ne determină să afirmăm prezența acondroplaziei – o formă de nanism disproporționat, dizarmonic, caracterizat prin subdimensionarea oaselor membrelor superioare și inferioare în contrast cu dezvoltarea normală a oaselor craniului și centurilor. Calota craniană este brahicrană, fruntea este bombată, cu eminențe foarte accentuate, bolta palatină are adâncime mare, mandibula sugerează un ușor prognatism alveolar, oasele membrelor superioare și inferioare sunt robuste și scurte, subdimensionate față de valorile normale. Statura scheletică, calculată după toate elementele întregi ale membrelor, indică o valoare de cel mult 140 cm. La nivelul dentiției au fost identificate hipodonția și tartrul supragingival. Dintre anomaliile de osificare menționăm sacralizarea ultimei vertebre lombare și joncțiunea manubrio-mezosternală. Legat de indicatorii stresului ocupațional, s-a constatat o ușoară asimetrie osoasă, inserții musculare extrem de dezvoltate, în special pe clavicule, humerusuri și femure, dar și o serie de modificări entezopatice. Din șirul patologiilor osoase, sunt prezente hiperostoza porotică și osteoartrita la nivelul coloanei vertebrale.
Cuvinte cheie: Costești-*Gârlea*, necropolă medievală, secolul al XIV-lea, acondroplazie, analiză antropologică

The first case of achondroplasia discovered in the Republic of Moldova. Medieval necropolis from Costești-*Gârlea*, grave 19. The paper presents the first case of achondroplasia discovered in the Republic of Moldova, in the Medieval necropolis (14th century) from Costești-*Gârlea*. The bones come from a grave discovered by a rescue intervention, on a country road from the south-eastern part of the earth fortress. The skeleton was oriented west-east, at a depth of about 0.20

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

m from the surface of the ground, lying on his back, with the hands placed on the pelvis. On the northern side, traces of rotten wood were kept. The grave has no inventory. The skeleton, which comes from a male individual, with a biological age of about 50-55 years, is approximately complete, well preserved. From a morphometric point of view, there are several characteristics that determine us to assert the presence of achondroplasia – a disproportionate, disharmony-like form of dwarfism, characterized by shortening of the upper and lower limb bones in contrast to the normal development of the skull and girdle bones. The neurocranium is brachycephalic, the forehead has very prominent eminences, the palatine vault has great depth, the mandible suggests a slight alveolar prognathism, the bones of the upper and lower limbs are robust and sub-dimensioned compared to those of normal size. The skeletal stature, estimated according to all complete elements of the limbs, indicates a value of at most 140 cm. At the dentition level, hypodontia and supragingival calculus were identified. Of the ossification anomalies we mention the sacralization of the L5 vertebra and the manubrio-mesosternal junction. Regarding the daily activity markers, we mention a slight bone asymmetry, extremely developed muscle insertions, especially on the clavicles, humeri and femurs, but also a series of enthesopathic changes. From the range of bone pathologies, porotic hyperostosis and spine osteoarthritis are present.
Keywords: Costeşti-*Gârlea*, medieval necropolis, 14th century, achondroplasia, anthropological analysis

.....

Acondroplazia este cea mai frecventă displazie scheletică neletală; o formă de nanism disproporționat, dizarmonic, caracterizat prin oprirea creșterii oaselor membrelor superioare și inferioare (încă din perioada intrauterină), în contrast cu dezvoltarea normală a oaselor craniului și centurilor (scapulară și pelviană). Acondroplazia este o anomalie congenitală cauzată de mutația genetică a cromozomului 4, cel mai frecvent produsă *de novo* (accident mutațional), însă poate avea și caracter familial (în circa 10% din cazuri), fiind transmisă de unul dintre părinți (transmitere autozomal dominantă). Defectul care stă la baza anomaliei este o inhibare severă a cartilajului proliferativ, ceea ce limitează creșterea endocondrală în toate zonele scheletului. Incidența acondroplaziei este de 1/26.000 de nou-născuți vii de ambele sexe (Aufderheide, Rodriguez Martin 1998, p. 357-360; Ortner 2003, p. 481-489; Waldron 2009, p. 197).

Din punct de vedere fenotipic, un individ purtător de acondroplazie are membrele foarte scurte și robuste (micromelice), disproporționate față de restul corpului și prezintă o serie de modificări dimensionale ale oaselor faciale, cum ar fi brahicranie, frunte înaltă, eminențe frontale accentuate, apertură nazală largă, schelet facial prăbușit/scund în regiunea mediană. Statura scheletică este foarte mică, depășind arareori 140 cm. Nanismul dizarmonic se asociază, de cele mai multe ori, cu tulburări ale staticii vertebrale, hipotonie și laxitate ligamentară în perioada copilăriei și poate determina deformații scheletice moderate, hiperlordoză și *genu varum* (Aufderheide, Rodriguez Martin 1998, p. 357-360; Ortner 2003, p. 481-489; Waldron 2009, p. 197).

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

În cele ce urmează, vom prezenta primul caz de acondroplazie descoperit pe teritoriul Republicii Moldova – scheletul din mormântul 19 din necropola medievală (sec. al XIV-lea) de la Costeşti-*Gârlea,* scos la lumină în vara anului 2018.

Contextul descoperirii

Cercetările arheologice de salvare din anul 2018 în situl medieval din secolul al XIV-lea de la Costeşti-*Gârlea* s-au desfăşurat în câteva etape şi în zone diferite. O intervenţie de salvare a fost efectuată la începutul lunii iulie, pe un drum de ţară din partea de sud-est a cetăţii de pământ, într-o zonă care nu a fost cercetată din punct de vedere arheologic până în prezent. Intervenţia a constat în cercetarea a trei morminte de inhumaţie parţial distruse, ieşite la iveală în urma ploilor torenţiale. Toate înmormântările aveau orientarea generală vest-est, cu gropile înguste, de formă rectangulară sau trapezoidală şi scheletele depuse în decubit dorsal, cu mâinile întinse de-a lungul corpului sau aşezate pe bazin ori abdomen. După toate probabilităţile, aceste complexe funerare, aflate la o distanţă de 10 şi, respectiv, 55 m unul faţă de altul, fac parte din cimitirul descoperit de Em. Rikman în anul 1954 şi localizat pe versantul vestic al cetăţii de pământ din sec. al XIV-lea de la Costeşti-*Gârlea (*Рикман 1955, 105). Aşa cum au arătat însă cercetările perieghetice şi descoperirile întâmplătoare recente, acest cimitir, notat cu nr. 1, are dimensiuni mai mari decât cele estimate iniţial, situl funerar extinzându-se atât spre sud, pe versantul meridional al cetăţii, cât şi spre est, pe panta stângă a văii râului Botna, şi atinge o lungime totală de circa 600 m.

La fel ca şi necropola semnalată în partea de nord-est a sitului medieval de la Costeşti-*Gârlea* în anul 1957 de L. L. Polevoi (Полевой 1969, p. 23), cimitirul din care fac parte mormintele descoperite în vara anului 2018 se atribuie populaţiei aşezării urbane a Hoardei de Aur de pe şesul Botnei, care, pe baza descoperirilor numismatice, în linii mari, poate fi datată la sfârşitul sec. al XIII-lea şi în primele şapte decenii ale sec. al XIV-lea. Referitor la apartenenţa etnică şi religioasă a populaţiei înmormântate în aceste cimitire, bazându-ne pe contextul istoric general în care au luat fiinţă şi au funcţionat oraşele Hoardei de Aur şi necropolele din preajma lor, pe izvoarele istorice care atestă oficializarea şi devenirea Islamului în perioada hanului Uzbek (1312-1343) religie de stat în cadrul Ulusului giucid, pe datele arheologice şi numismatice obţinute până în prezent din situl medieval de la Costeşti-*Gârlea* şi pe cronologia acestora, presupunem că este vorba de o populaţie eterogenă din punct de vedere etnic, preponderent de origine turcică, convertită în mare parte la religia musulmană.

În această lucrare ne vom concentra atenţia pe unul dintre complexele funerare descoperite în vara anului 2018 şi atribuite cimitirului nr. 1, şi anume pe mormântul 19 (fig. I/1-2), primul semnalat din cele trei înmormântări menţionate. Mai întâi a

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

fost observat și recuperat craniul, care se găsea în mijlocul drumului, într-un șanț format de ploi, fiind întors pe partea dreaptă, cu privirea spre sud. Restul scheletului, orientat pe direcția vest-est, se afla spre est de craniu, la adâncimea de cca. 0,20 m de la suprafața solului. Groapa nu a putut fi sesizată. Pe latura nordică s-au păstrat urme de lemn putrezit, provenit, probabil, de la un sicriu. Scheletul, cu lungimea totală *in situ* de cca. 1,50 m, era depus în decubit dorsal, cu mâinile așezate pe bazin. Mormântul nu are inventar.

Starea de reprezentare şi de conservare

Scheletul este aproximativ complet (Buikstra, Ubelaker 1994, p. 5–8) și bine conservat (Connell 2008, p. 9). Din segmentul cranian lipsesc o parte din frontal și oasele pereților orbitelor, iar din cel postcranian, unele părți din coaste și vertebre și câteva oase palmare și plantare (White, Folkens 2005) (fig. I/3).

Observații tafonomice

Liniile de ruptură care au condus la fragmentarea oaselor sunt produse *postmortem*, majoritatea fiind de dată recentă. Cu excepția urmelor produse de rădăcinile plantelor (model „macaroni") și a unor ușoare aderențe calcaroase la nivelul oaselor neurocraniului, pe *tabula externa ossis cranii* (fig. I/4-5), alte modificări tafonomice nu au fost înregistrate (Buikstra, Ubelaker 1994, p. 95-106).

Determinarea sexului şi estimarea vârstei biologice

Caracteristicile craniului și ale bazinului, robusticitatea osaturii în general și inserțiile musculare extrem de dezvoltate sunt indicatori ce ne determină să atribuim acestui schelet sexul masculin (Ubelaker 1979, p. 72-80; Buikstra, Ubelaker 1994, p. 16-21; Mays 1998, p. 33-74; Walrath *et alii* 2004). Suturile craniene aproape în întregime obliterate la nivelul neurocraniului, aspectul suprafețelor simfizare și al țesutului spongios din regiunea meta-epifizară proximală femurală și humerală, alături de degenerarea osoasă la nivelul articulațiilor și uzura moderată a coroanelor dentare sunt repere care indică o vârstă cuprinsă în intervalul 50-55 ani (adult bătrân sau *maturus III*) (Nemeskéri *et alii* 1960; Ubelaker 1979, p. 82-110; Buikstra, Ubelaker 1994, p. 21-38; Mays 1998, p. 33-74; Schmitt 2005; Latham, Finnegan 2010).

Caracteristici biomorfometrice

Calota craniană este brahicrană (largă), de formă sferoid-pentagonoidă (privită din norma verticală) și de „casă" (privită din norma occipitală). Occipitalul este mediu bombat și de înălțime moderată. Relieful cranian este accentuat. Fruntea este înaltă, cu eminențe foarte accentuate (fig. I/4-5). Fosa canină are profunzime moderată, iar zigomaticele sunt înalte. Procesul mastoid este voluminos. Bolta palatină are formă

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

elipsoidală și adâncime mare (fig. II/3). Mandibula are robusticitate moderată, simfiză piramidală proeminentă, ram vertical înalt și larg, relief foarte accentuat și ușor prognatism alveolar (fig. II/1-2) (Broca 1875; Eickstedt 1934; Martin, Saller 1957-1966; Alexeev, Debetz 1964; Olivier 1969; Buikstra, Ubelaker 1994, p. 69-84). Dimensiunile oaselor membrelor superioare (humerus, ulna și radius) și inferioare (femur, tibia și fibula) sunt mult subdimensionate față de valorile normale și disproporționate față de oasele craniului și centurilor scapulară și pelviană (fig. III/1-6). Statura scheletică, calculată după toate elementele întregi ale membrelor (femurul, tibia, fibula, humerusul, radiusul și ulna) (tab. 1-2), indică o valoare de cel mult 140 cm (Manouvrier 1892; Pearson 1899; Breitinger 1938; Trotter, Gleser 1951, 1952, 1958; Bach 1965).

Tipul antropologic

În absența oaselor faciale, tipul antropologic a fost apreciat doar după caracteristicile neurocraniului (fig. I/4-5) și ale mandibulei (fig. II/1-2) și indică un fond general europoid (Boev 1972).

Anomalii dentare

La nivelul unităților dentare M_3 (bilateral) este prezentă hipodonția (numită și absență congenitală) (fig. II/2). Hipodonția reprezintă lipsa unuia sau mai multor dinți din dentiția primară sau secundară, cauzată de lipsa formării mugurilor dentari. În general, aceasta este mai frecventă la bărbați comparativ cu femeile, manifestându-se, în special, pe maxilarul superior (Ionescu 2005, p. 15; Lingstadaas *et alii* 1996, p. 137-138).

Patologii dentare

Starea de sănătate dentară este foarte bună. Uzura coroanelor dentare este de tip atriție (fiziologică) și indică o utilizare moderată a aparatului de masticație. Așa cum era de așteptat, molarii, în special M_1 și M^1, prezintă o uzură mai avansată comparativ cu celelalte grupuri dentare (fig. II/1-3). Pe fața lingulă a coroanelor masticatoare (fig. II/2) este prezent un strat subțire de tartru supragingival/salivar – complex organo-mineral rezultat din mineralizarea plăcii bacteriene într-un mediu alcalin. În cazul de față, acesta apare ca un depozit alb-gălbui, cu consistență redusă și friabilitate ridicată, fiind ușor detașabil de pe suprafața smalțului (Aufderheide, Rodriguez-Martin 1998, p. 401-402).

Anomalii de osificare

La nivelul sacrumului a fost identificată sacralizarea completă și simetrică a ultimei vertebre lombare (L5) – anomalie mai frecvent semnalată în seriile scheletice

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

masculine comparativ cu cele feminine (Aufderheide, Rodriguez-Martin 1998, p. 65-66). Frontiera lombo-sacrală este deplasată în direcție cefalică, osul sacrum având aspect supradimensionat (fig. II/4). Uneori acest fenomen poate avea și un oarecare caracter patologic. Un individ cu sacrum supradimensionat poate suferi, după sacralizare, de anumite disfuncții ale coloanei vertebrale (Shore 1930). Menționăm că sacralizarea, fie lombară, fie coccigiană, este uneori inclusă în șirul trăsăturilor epigenetice/non-metrice postcraniene.

Sternul, os care în mod normal este format din trei elemente (manubriu, mezostern și apofiza xifoidă), prezintă joncțiune manubrio-mezosternală completă (fig. II/5). Este o anomalie prezentă la circa 10% dintre adulții maturi (Barnes 1994, p. 211-212) și, uneori, poate provoca durere și disconfort la nivelul cutiei toracice în tipul mișcărilor respiratorii.

Asimetria osoasă

Pentru aprecierea asimetriei osoase, au fost luate în calcul lungimile maxime ale oaselor membrelor superioare și inferioare, diametrele, circumferințele și raportul dintre aceste dimensiuni (tab. 1-2). Chiar dacă diferențele între părți (stânga *vs.* dreapta) sunt nesemnificative, se cuvine să menționăm o ușoară asimetrie. În cazul oaselor humerus, diferența este în favoarea părții stângi (tab. 1, fig. III/1), iar în cazul femurelor (tab. 2, fig. III/4) și tibiilor (tab. 2, fig. III/5), în favoarea părții drepte, ceea ce ne sugerează că bărbatul din mormântul 19 din necropola medievală de la Costești-*Gârlea* avea o predilecție în a-și utiliza în timpul activităților cotidiene membrul superior stâng și membrul inferior drept (era stângaci).

Indicatori ocupaționali și modificări entezopatice

Scheletul analizat are inserțiile musculare extrem de dezvoltate. Acestea au excavat peretele osos în locurile de inserție, situație valabilă, în deosebi, în cazul claviculei, humerusului, radiusului, ulnei, femurului, tibiei și fibulei. La adaptările funcționale și la indicatorii stresului ocupațional și ai stilului de viață (Hawkey, Merbs 1995; Pálfi, Dutour 1996; Chapman 1997; Hawkey 1998; Robb 1998; Molnar 2006; Molleson 2007; Myszka, Piontek 2012) ne vom referi, pe scurt, în cele ce urmează.

Secțiunea diafizei humerale este influențată de dezvoltarea musculaturii brațului și poate fi interpretată prin analiza indicelui de secțiune a diafizei. În cazul de față, această caracteristică indică euribrahie accentuată (tab. 1, fig. III/1). Deducem că musculatura brațelor era foarte dezvoltată, astfel încât a generat inserții musculare reliefate și a modificat forma diafizei în direcție transversală.

Pilastria femurală, influențată de dezvoltarea musculaturii coapsei, este un bun indicator al stresului biomecanic la nivelul membrului inferior, fiind bine corelat cu intensitatea mobilității terestre, adică cu stresul biomecanic provocat de

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

menținerea îndelungată a corpului în poziție verticală. Pilastria poate fi decelată prin interpretarea indicelui de pilastrie femurală (tab. 2, fig. III/4), care, în cazul individului analizat, este de 100, ceea ce se traduce prin pilastrie slabă, incipientă.

Platimeria femurală este dată de dezvoltarea zonei subtrohanteriene (unde se inserează marele grup muscular al coapsei), sub influența stresului biomecanic, fiind asociată, în general, cu activități fizice prelungite, cu mersul pe jos pe terenuri accidentate, denivelate. Platimeria poate fi decelată prin interpretarea indicelui de platimerie femurală. Un femur platimer, așa cum este în cazul bărbatului din mormântul 19 de la Costești-*Gârlea*, are un diametru antero-posterior mai mare decât un femur eurimer (tab. 2, fig. III/4), creștere datorată dezvoltării accentuate a inserțiilor musculare din regiunea subtrohanteriană.

Indicele cnemic, care arată gradul de aplatizare a părții superioare a tibiei, poate fi influențat de activitățile fizice care implică mobilitatea membrelor inferioare. În cazul de față, acest indicator este euricnem (tab. 2, fig. III/5), ceea ce se traduce prin inserții musculare dezvoltate ale tibiei.

Modificările entezopatice și *entezofitele.* Entezofitele sunt excrescențe osoase formate în zonele de inserție musculară (ligamente și tendoane) și, de cele mai multe ori, sunt o formă de răspuns al organismului la acțiunea factorilor de stres musculo-scheletic. Cel mai frecvent, suprasolicitarea musculară provoacă doar slabe modificări entezopatice în locașurile de inserție; uneori ligamentele și tendoanele se pot osifica, formând entezofite de mari dimensiuni. Cel mai frecvent entezofitele apar în zonele de inserție musculară din jurul articulațiilor genunchiului, șoldului, cotului, umărului, degetelor și sugerează activități fizice intense ale mușchilor ce se inserează în respectivele locusuri (Ortner 2003, p. 546-570; Waldron 2009, p. 26-71).

Prezența entezofitelor în cazul de față a fost semnalată mai întâi în regiunea costo-claviculară a claviculelor (fig. II/6), ceea ce trădează suprasolicitarea mușchilor *deltoid* (anterior lateral), *trapez* (posterior lateral), *marele pectoral* (anterior medial) și *sternocleidomastoidian* (posterior medial). Porțiunea claviculară a mușchiului *deltoid* are rol în anteducția și rotația internă a brațului. Mușchiul *trapez* participă la menținerea gâtului și intervine în mișcările de ridicare a umerilor. Mușchiul *marele pectoral* are funcția de a realiza mișcarea laterală a brațelor și rol adductor al brațului spre trunchi. Mușchiul *sternocleidomastoidian* are rol în înclinarea laterală a capului și rotirea acestuia (Teodorescu 1982, p. 10-14, 84, 94-95). Reamintim că unii autori includ sulcusul costo-clavicular în șirul trăsăturilor epigenetice/non-metrice postcraniene.

Menționăm și prezența inserțiilor musculare accentuate, însoțite de entezofite, pe oasele lungi ale membrelor superioare. Ne referim mai întâi la cele de pe fața anterioară a diafizei humerale (fig. III/1), unde se inseră mușchii *deltoid* (rol în

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

mişcarea braţului în sens anterior, posterior şi lateral) şi *brahial* (cu rol în flexia antebraţului şi mişcarea de supinaţie) şi pe faţa posterioară a diafizei humerale, unde se inseră *tricepsul brahial* (cu rol extensor al antebraţului). Pe marginea anterioară se inseră tendonul muşchiului *marele pectoral* (cu rol adductor al braţului), muşchiul *deltoid* şi muşchiul *brahial* (Teodorescu 1982, p. 10-14, 84-85, 96-97). Inserţiile accentuate şi rugoase pe suprafaţa diafizei humerusului, însoţite de entezofite, sugerează activităţi care solicită intens muşchii braţelor (căratul poverilor, ridicatul greutăţilor, etc).

Inserţiile musculare accentuate, însoţite de modificări entezopatice, au fost semnalate şi pe femure (fig. III/4). Pe faţa posterioară a diafizelor femurale se află *linea aspera* sau creasta femurală, care indică locul de inserţie a muşchilor *vast lateral*, *vast medial* şi *adductori* (lung, scurt şi mare), capul scurt al *bicepsului femural* şi al muşchiului *fesier mare* (în partea proximală a *linea aspera*). Muşchii *vast lateral* şi *vast median* ajută la extensia membrului inferior. Muşchii *adductori* au rol în adducţia, flexia şi rotaţia externă a coapsei. *Bicepsul femural* are rol în extensia coapsei şi flexia genunchiului. Muşchiul *fesier mare* are rol în abducţia şi rotaţia laterală a membrului inferior (Teodorescu 1982, p. 10-14, 86-88, 105-106). O *linea aspera* proeminentă, rugoasă şi cu entezofite indică suprasolicitarea acestui mare grup de muşchi prin mers susţinut pe teren denivelat cu poveri pe spate, menţinerea îndelungată a corpului în poziţie verticală, activităţi ecvestre (Blondiaux 1994, p. 97-110; Molleson, Blondiaux 1994, p. 312-316).

Astfel de modificări au fost identificate şi pe faţa posterioară a diafizelor tibiale (fig. III/5), unde se inseră muşchii *solear* (cel mai puternic muşchi al gambei) şi *gastrocnemian* (cel ce formează cea mai mare parte a musculaturii gambei), ambii cu rol flexor (Teodorescu 1982, p. 10-14, 87-89, 106-107). În situaţiile în care aceşti muşchi sunt suprasolicitaţi, pot lăsa impresiuni/amprente accentuate care aproape că excavează peretele osos al diafizei.

Trohanterul femural suplimentar, numit şi al treilea trohanter, apare ca o rugozitate mai mult sau mai puţin evidenţiată, localizată bilateral, în treimea proximală a femurului, pe faţa posterioară a osului, în imediata apropiere a tuberozităţii gluteale. În cazul de faţă, acesta este prezent bilateral şi are formă circulară-ovoidală. Unii autori includ trohanterul suplimentar în categoria trăsăturilor epigenetice/non-metrice postcraniene, iar alţii, în special atunci când este de mari dimensiuni, în cea a indicatorilor activităţilor ecvestre (Blondiaux 1994, p. 97-110; Molleson, Blondiaux 1994, p. 312-316).

Faţetele suplimentare pe epifiza distală a tibiei. Extremităţile inferioare ale tibiilor acestui individ prezintă arii suplimentare de articulaţie, de mici dimensiuni (fig. III/5), care pot furniza informaţii directe cu privire la condiţiile lui de viaţă şi activităţile de zi cu zi. Există două teorii cu privire la cauzele formării faţetelor

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

suplimentare. Prima ipoteză pledează pentru moştenirea genetică a acestei trăsături, incluse în lunga listă a trăsăturilor postcraniene non-metrice/epigenetice (Satinoff 1972, p. 209-212). A doua ipoteză este cea a stresului mecanic, adică a obişnuinţei de a sta în poziţie hiperdorsiflexată (ghemuită, chircită). În cazul ghemuitului repetitiv, se produce remodelarea osoasă, în special în cazul indivizilor care prestează activităţi fizice, menţinându-şi corpul în această poziţie (Prasada Rao 1966, p. 51-56; Tulsi, Prasada Rao 1968, p. 232-235). În consecinţă, localizarea faţetelor depinde de punctul sau direcţia în care cade greutatea corpului. Pe lângă articulaţia tibio-talară, ghemuitul, îngenunchiatul sau genuflexiunea, repetitiv efectuate, implică hiperflexia şi la nivelul articulaţiilor coxo-femurală (a şoldului), femuro-tibială (a genunchiului) şi subtalară (a călcâiului). După unii autori, faţeta suplimentară de articulaţie de la nivelul articulaţiei tibio-talare indică, de fapt, intensitatea sau regularitatea utilizării posturii ghemuite (Ari *et alii* 2003, p. 143-146). Ghemuirea a fost un obicei constant până la sfârşitul evului mediu. După această perioadă tendinţa s-a diminuat, în special din cauza diversificării stilurilor de viaţă (Boulle 2001, p. 50-56).

Patologii osoase

Pe suprafaţa oaselor neurocraniului este prezentă hiperostoza porotică, numită şi porozitate exocraniană, care reprezintă rezultatul unei creşteri anormale a ţesutului osos pe tăblia externă a calotei craniene (*cribra cranii*) sau pe peretele superior al orbitelor (*cribra orbitalia*), cauzată de o hiperplazie şi hipertrofie a acestuia. Porozităţile exocraniene pot sugera diverse anemii, hipervascularizări sau procese inflamatorii locale cauzate de traumatisme, dar pot apărea şi în urma unor diseminări secundare ale proceselor inflamatorii (Ortner 2003, p. 136-137). Cel mai frecvent este invocat deficitul de fier (anemia sideropenică). Indiferent de localizare, prezenţa hiperostozei porotice este frecvent utilizată ca instrument al evaluării stării de sănătate, statutului nutriţional şi calităţii vieţii la un moment dat într-o anumită populaţie dispărută. În consecinţă, această patologie devine şi un instrument util în analiza stratificării socio-economice (Bergman 1993, p. 63-75; Wapler *et alii* 2004, p. 333-339; Walker *et alii* 2009, p. 109-125). Porozităţile localizate pe *tabula externa ossis cranii* se dezvoltă în special în timpul copilăriei timpurii (Piontek, Kozlowski 2002, p. 202-203), fiind mai puţin frecvente printre adolescenţi şi mult mai rare printre adulţi (Stuart-Macadam 1985, p. 391-392; Mays 1998, p. 142-145). În cazul individului analizat în studiul de faţă, hiperostoza porotică (*cribra cranii*) era activă în momentul decesului (semnele de vindecare lipsesc), gradul de severitate fiind de 2 spre 3 (Stuart-Macadam 1985).

Aşa cum era de aşteptat, fiind vorba de un individ de vârstă matură (50-55 ani), din tabloul clinic nu putea să lipsească osteoartrita/osteoartroza – boală

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

degenerativă a articulațiilor, de tip neuromecanic, cu caracter proliferativ și eroziv, caracterizată prin pierderea cartilajului care protejează suprafețele articulare. Principalii factori care conduc la dezvoltarea osteoartritei sunt vârsta înaintată și mișcarea, ultimul fiind obligatoriu în dezvoltarea bolii (Waldron 2009, p. 26-71; Ortner 2003, p. 545-560). În cazul de față, surprinzător, osteoartrita a afectat doar articulațiile segmentului vertebral lombar (fig. III/7), fiind identificată prin formarea de osteofite – excrescențe osoase formate pe marginea suprafețelor de articulație, adică a corpurilor vertebrale.

Analogii din perspectivă paleoantropologică

În literatura de specialitate, cazurile de acondroplazie descoperite în context arheologic nu sunt numeroase, iar dacă ne referim la cele care au beneficiat de analiză antropologică și au intrat în circuitul științific prin publicare, atunci numărul acestora este de ordinul unităților. Până în prezent, pentru spațiul românesc, cunoaștem trei asemenea cazuri, două din preistorie (eneolitic și epoca bronzului) și unul din evul mediu.

Mai întâi de toate menționăm tumulul de la Brăilița (jud. Brăila), cercetat de arheologii N. Harțuche și I. Dragomir. Antropologii O. Necrasov, E.Floru și D. Nicolăescu-Plopșor analizează 20 de schelete provenite din 19 morminte atribuite epocii eneolitice. Scheletul din mormântul 14 (M.14), care aparține unei femei adulte, prezintă indicii clare de acondroplazie (anomalie denumită în publicație sub termenul general de *nanism*), cu statura scheletică de cel mult 138 cm (Necrasov *et alii* 1958).

Tumulul de la Stoicani-*Cetățuie* (jud. Galați) a fost cercetat în anii 1949-1950 de arheologii I. Nestor, M. Petrescu-Dîmbovița și V. Zirra, fiind atribuit epocii bronzului. Analiza antropologică este semnată de N. Haas și C. Maximilian. Scheletul din mormântul 1 (M.1), care este atribuit unei femei juvenile, cu vârsta biologică de circa 17-18 ani, are statura scheletică de cel mult 131 cm (Haas, Maximilian 1958, p. 141).

Cea mai apropiată analogie din punct de vedere cronologic este cea din necropola medievală (sec. XIV-XVII) de la Săbăoani (județul Neamț), care a fost cercetată de arheologul D. Hordilă în intervalul 1985-2000, fiind descoperite, în total, 1455 morminte (Hordilă 2000). Colecția osteologică medievală de la Săbăoani însumează 937 schelete, fiind studiată de antropologul R. D. Simalcsik și se află în curs de publicare (Simalcsik 2014). Important pentru demersul nostru este mormântul 300 (mormânt dublu), materialul osteologic fiind analizat, imediat după descoperire, de antropologul D. Botezatu. Scheletul B din M.300 provine de la un bărbat cu vârsta biologică de 35-45 ani, iar în momentul primei analize antropologice era foarte bine reprezentat și conservat. În prezent s-au păstrat doar câteva elemente din regiunea postcraniană (fig. IV-1-4). Conform caracteristicilor morfometrice ale oaselor

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

membrelor superioare şi inferioare (fig. IV/1-4), care sunt mult subdimensionate şi extrem de robuste, cu inserţii musculare accentuate şi statura scheletică de cel mult 138 cm (tab. 1-2)[1], acest bărbat suferea de acondroplazie.

Consideraţii finale

Descoperirea mormântului 19 din necropola medievală (sec. al XIV-lea) de la Costeşti-*Gârlea* constituie primul caz de acondroplazie semnalat în Republica Moldova, descoperit în context arheologic. Rezultatele analizei antropologice s-au dovedit a fi extrem de interesante şi ne-au permis să întărim primele supoziţii legate de prezenţa unei anumite forme de nanism (acondroplazie) la acest individ.

Bărbatul de 50-55 ani, înhumat în necropola de la Costeşti-*Gârlea*, avea craniul larg (brahicran), relief cranian accentuat, frunte înaltă şi bombată, cu eminenţe accentuate, pomeţi înalţi, mandibulă cu uşor prognatism alveolar, membre foarte robuste şi cu o musculatură foarte dezvoltată, mult subdimensionate faţă de valorile normale şi faţă de oasele craniului şi centurilor, astfel încât statura sa nu era mai mare de 140 cm. Trăsăturile tipologice cefalo-faciale sunt de tip europoid.

Condiţiile de igienă şi obiceiurile alimentare se pot deduce din analiza bolilor dentare. În cazul acestui bărbat, cu excepţia unui strat subţire de tartru supragingival, care sugerează preferinţa pentru produsele de origine animală, alte patologii dentare nu au fost înregistrate, ceea ce arată o stare de sănătate dentară foarte bună.

Anomaliile la nivel dentar şi osos pot fi asociate, de cele mai multe ori, cu anomaliile genetice şi cu gradul de endogamie al populaţiei din care face parte subiectul analizat. În cazul de faţă, singura anomalie la nivel dentar este hipodonţia, iar la nivel osos, asimilarea ultimei vertebre lombare la sacrum şi joncţiunea manubrio-mezosternală.

Au fost înregistrate o serie de caracteristici incluse de unii autori în şirul trăsăturilor non-metrice (epigenetice), iar de alţii, în cel al indicatorilor ocupaţionali, considerate a fi rezultatul unor activităţi fizice şi suprasolicitări scheletice, reflectând astfel stilul de viaţă. Ne referim la sulcusul costo-clavicular, trohanterul femural suplimentar şi faţetele suplimentare de pe articulaţia tibio-talară.

În ceea ce priveşte prezenţa osteopatiilor, care ar putea indica posibile anemii şi carenţe, menţionăm *hiperostosa porotica* (*cribra cranii*), prezenţa căreia serveşte pe post de instrument în evaluarea stării de sănătate şi a statusului nutriţional, fiind un posibil indicator al unor condiţii nefavorabile de trai, igienă sau poziţii sociale în comunitatea din care făcea parte subiectul.

[1] Datele biomorfometrice au fost preluate din fişa individuală de analiză, care se află în arhiva Centrului de Cercetări Antropologice „Olga Necrasov" din Iaşi. În colecţia osteologică a aceleiaşi instituţii s-au păstrat şi osemintele acestui individ.

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

Din grupul bolilor osoase degenerative, dar și cu determinism ocupațional, a fost identificată osteoartrita la nivelul segmentului vertebral lombar – indicator al mediului de viață (climă relativ umedă, care a favorizat dezvoltarea bolii). Fără îndoială, un rol important în dezvoltarea osteoartritei revine anumitor activități fizice și ocupații specifice, cum ar fi suprasarcinile cărate în spate, efort fizic depus cu ajutorul membrelor superioare sau mersul pe distanțe lungi și pe teren denivelat cu poveri pe spate. Toate aceste activități au lăsat urme vizibile și profunde pe scheletul acestui individ, atât pe oasele membrelor superioare și inferioare, cât și pe cele ale centurilor și coloanei vertebrale.

Studiul morfologiei zonelor de inserție musculară ne ajută să decelăm o serie de activități cotidiene ale subiectului analizat. Asimetria osoasă la nivelul oaselor pereche arată că acest bărbat era stângaci. Caracteristicile diafizelor humerale indică o musculatură a brațelor foarte accentuată, platimeria femurală – activități fizice prelungite, mersul pe jos pe terenuri accidentate, denivelate, iar indicii cnemici tibiali – activități fizice care implică mobilitatea membrelor inferioare. Trohanterul femural suplimentar indică hiperdorsiflexia, mișcările de flexie-extensie ale coapsei sau alergatul. Fațetele suplimentare de articulație formate pe tibie trădează hiperdorsiflexia, îngenunchiatul și ghemuitul repetitive, furnizând astfel informații cu privire la condițiile de viață și activitățile de zi cu zi ale acestui individ. Modificările entezopatice sunt o formă de răspuns al organismului la acțiunea factorilor de stres, în special la suprasolicitarea musculo-scheletică.

Bibliografie

Alexeev, Debetz 1964: V. P. Alexeev, G. F. Debetz, *Kraniometria. Metodika antropologhiceskih issledovanij*, Moskva, 1964.

Ari *et alii* **2003:** I. Ari, I. H. Oygucu, E. Sendemir, *The squatting facets on the tibia of Byzantine (13th) skeletons*, European Journal of Anatomy 7, 3, 2003, p. 143-146.

Aufderheide, Rodriguez-Martin 1998: A. C. Aufderheide, C. Rodriguez-Martin, *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*, Cambridge, 1998.

Bach 1965: H. Bach, *Zur Berenchnung der Körperhöhe aus den langen Gliedmassenknochen weiblicher Skelette*, Anthropologhischer Anzeiger 29, 1965, p. 12–21.

Barnes 1994: E. Barnes, *Developmental defects of the axial skeleton in paleopathology*, Niwot, 1994.

Bergman 1993: P. Bergman, *The occurrence of selected non-metrical traits of the skull in relation to cribra orbitalia and grave equipment*, Variability and Evolution 2, 3, 1993, p. 63-75.

Blondiaux 1994: J. Blondiaux, *A propos de la dame d'Hochfelden et de la practique cavaliere: discussion autour des sites fonctionnels femoraux*, în: (L. Buchet ed.), *La femme pendant le Moyen Age et l'Epoque Moderne*, Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1994, p. 97-110.

Boev 1972: P. Boev, *Die Rassentypen der Balkanhalbinsel und der Ostagaischen Inselwelt und deren Bedeutung fur die Herkunft ihrer Bevolkerung*, Sofia, 1972.

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

Boulle 2001: E. Boulle, *Evolution of two human skeletal markers of the squatting position: a diachronic study from antiquity to the modern age*, American Journal of Physical Anthropology 115, 2001, p. 50-56.

Breitinger 1938: E. Breitinger, *Zur Berenchnung der Korperhohe aus den langen Gliedmassenknochen*, Anthropologhischer Anzeiger 14, 1938, p. 249-274.

Broca 1875: P. Broca, *Instructions craniologiques et craniométriques*, Bulletins et Mémoires de la Société d' Anthropologie de Paris 2, 1875, p. 1-204.

Buikstra, Ubelaker 1994: J. E. Buikstra, D. H. Ubelaker, *Standards for Data Collection from Human Skeletal Remains*, Arkansas Archaeological Survey Research Series, No 44, Fayetteville, 1994.

Chapman 1997: N. E. Chapman, *Evidence for Spanish influence on activity induced musculoskeletal stress markers at Pecos Pueblo*, International Journal of Osteoarchaeology 8, 1997, p. 390-411.

Connell 2008: B. Connell, *Preservation and archaeological data*, în *Human osteology method statement* (ed. N. Powers), London, 2008, p. 9.

Eickstedt 1934: von Eickstedt, E., *Rassenkunde und Rassengeschichte der Menschheit*, Stuttgart, 1934.

Haas, Maximilian 1958: N. Haas, C. Maximilian, *Antropologiceskije issledovanija okrashennyh kostjakov iz komplexa moghil s ohroj v Glăvăneștii Vechi, Corlăteni i Stoicani-Cetățuie*, Sovetskaja Antropologija 4, 1958, p. 133-146.

Hawkey 1998: D. E. Hawkey, *Disability compassion and the skeletal record: using musculoskeletal stress markers (MSM) to reconstruct an osteobiography from early New Mexico*, International Journal of Osteoarchaeology 8, 1998, p. 326-340.

Hawkey, Merbs 1995: D. E. Hawkey, Ch. F. Merbs, *Activity-induced musculoskeletal stress markers (MSM) and subsistence strategy changes among ancient Hudson Bay Eskimos*, International Journal of Osteoarchaeology 5, 4, 1995, p. 324-338.

Hordilă 2000: D. Hordilă, *Câteva considerații de ordin arheologic privind populația catolică din zona Romanului în secolele XIV-XIX*, Buletin Istoric 1, 2000, p. 59-82.

Ionescu 2005: I. Ionescu, *Anomaliile dentare*, București, 2005.

Latham, Finnegan 2010: K. E. Latham, M. Finnegan (eds.), *Age Estimation of the Human Skeleton*, Illinois, Springfield, 2010.

Lingstadaas *et alii* **1996:** S. P. Lingstadaas, H. Nordbo, T. Gedde-Dahl, P. S. Thrane, *On the genetics of hypodontia and microdontia: synergism or allelism of major genes in a family with six affected members*, Journal of Medical Genetics 33, 1996, p. 137-142.

Manouvrier 1892: L. Manouvrier, *Determination de la taille d'après les grands os des members*, Revue de l'Ecole d'Anthropologie 2, 1892, p. 227–233.

Martin, Saller 1957-1966: R. Martin, K. Saller, *Lehrbuch de Anthropologie*, Stuttgart, 1957-1966.

Mays 1998: S. Mays, *The archaeology of human bones*, London, New York, 1998.

Molleson 2007: T. Molleson, *A method for the study of activity related skeletal morphologies*, Bioarchaeology of the Near East 1, 2007, p. 5-33.

Molleson, Blondiaux 1994: T. Molleson, J. Blondiaux, *Riders' bones from Kish*, Cambridge Archaeological Journal 4, 1994, p. 312-316.

Molnar 2006: P. Molnar, *Tracing prehistoric activities: Musculoskeletal stress marker analysis of a stone-age population on the Island of Gotland in the Baltic sea*, American Journal of Physical Anthropology 129, 1, 2006, p. 12-23.

Myszka, Piontek 2012: A. Myszka, J. Piontek, *Variation of Musculoskeletal Stress Markers in the Medieval Population from Cedynia (Poland) – proposal of Standardized Scoring Method Application*, Collegium Anthropologicum 36, 3, 2012, p. 1009-1017.

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

Necrasov *et alii* **1958:** O. Necrasov, E. Floru, D. Nicolaescu-Plopşor, *Contribution à l'étude de la pathologie osseuse des populations néolithiques et énéolithique*s, Analele Ştiinţifice ale Universităţii "Alexandru Ioan Cuza" Iaşi IV, 1, 1958, p. 37-46.

Nemeskéri *et alii* **1960:** J. Nemeskéri, L. Harsányi, Gy. Acsády, *Methoden zur Diagnose des Lebensalters von Skelettfunden*, în Anthropologhischer Anzeiger 24, 1960, p. 70-95.

Olivier 1969: G. Olivier, *Practical anthropology*, Michigan, Springfield, 1969.

Ortner 2003: D. J. Ortner, *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*, Oxford, 2003.

Pálfi, Dutour 1996: Gy. Pálfi, O. Dutour, *Activity-induced skeletal markers in historical anthropological material*, International Journal of Osteoarchaeology 11, 1, 1996, p. 41-55.

Pearson 1899: K. Pearson, *Mathematic contributions to the theory of evolution. On the reconstruction of stature of prehistoric races*, în Philosophical Transactions of the Royal Society Series A 192, 1899, p. 169–244.

Piontek, Kozlowski 2002: J. Piontek, T. Kozlowski, *Frequency of Cribra Orbitalia in the Subadult Medieval Population from Gruczno, Poland*, International Journal of Osteoarchaeology 12, 2002, p. 202-208.

Prasada Rao 1966: P. D. Prasada Rao, *Squatting facets on the talus and tibia in Australian Aborigines*, Archaeology and Physical Anthropology in Oceania 1, 1, 1966, p. 51-56.

Robb 1998: J. E. Robb, *The interpretation of skeletal muscle sites: a statistical approach*, International Journal of Osteoarchaeology 8, 5, 1998, p. 363-377.

Satinoff 1972: M. I. Satinoff, *Study of the squatting facets of the talus and tibia in ancient Egyptians*, Journal of Human Evolution 1, 2, 1972, p. 209-212.

Schmitt 2005: A. Schmitt, *Une nouvelle methode pour estimer l'age au deces des adultes a partir de la surface sacro-pelvienne iliaque*, Bulletins et Mémoires de la Société d' Anthropologie de Paris 17, 1-2, 2005, p. 1-13.

Shore 1930: L. R. Shore, *Abnormalities of the vertebral column in a series of skeletons of Bantu Natives of South Africa*, în Journal of Anatomy 64, 2, 1930, p. 206-238.

Simalcsik 2014: R. D. Simalcsik, *Evoluţia în timp a structurii antropologice a populaţiilor de pe teritoriul comunei Săbăoani, judeţul Neamţ*, Teză de doctorat, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" Iaşi, Facultatea de Biologie, Iaşi, 2014.

Stuart-Macadam 1985: P. Stuart-Macadam, *Porotic hyperostosis: Representative of a childhood condition*, American Journal of Physical Anthropology 66, 4, 1985, p. 391-398.

Teodorescu 1982: D. Teodorescu, *Mic atlas de anatomia omului*, Bucureşti, 1982.

Trotter, Gleser 1951: M. Trotter, G. Gleser, *The effect of ageing on stature*, American Journal of Physical Anthropology 9, 1951, p. 311-324.

Trotter, Gleser 1952: M. Trotter, G. Gleser, *Estimation of stature from long bones of American whites and Negroes*, American Journal of Physical Anthropology 10, 1952, p. 469-514.

Trotter, Gleser 1958: M. Trotter, G. Gleser, *A Reevaluation of Estimation of Stature Based on Measurements of Stature Taken during Life and of Long Bones after Death*, American Journal of Physical Anthropology 16, 1958, p. 79-123.

Tulsi, Prasada Rao 1968: R. S. Tulsi, P. D. Prasada Rao, *Ilio-tibial facet of the tibia in the Australian Aborigine*, Archaeology and Physical Anthropology in Oceania 3, 1968, p. 232–235.

Ubelaker 1979: D. H. Ubelaker, *Human Skeletal Remains: Excavation, Analysis and Interpretation*, Washington D.C., 1979.

Waldron 2009: T. Waldron, *Palaeopathology*, Cambridge, New York, 2009.

Walker *et alii* **2009:** P. L. Walker, R. R. Bathurst, R. Richman, T. Gjerdrum, V. A. Andrushko, *The Causes of Porotic Hyperostosis and Cribra Orbitalia: A Reappraisal of the Iron-Deficiency-Anemia Hypothesis*, American Journal of Physical Anthropology 139, 2009, p. 109-125.

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

Walrath *et alii* **2004:** D. E. Walrath, P. Turner, J. Bruzek, *Reliability test of the visual assessment of cranial traits for sex determination*, în American Journal of Physical Anthropology 125, 2004, p. 132-137.

Wapler *et alii* **2004:** U. Wapler, E. Crubezy, M. Schultz, *Is cribra orbitalia synonymous with anemia? Analysis and interpretation of cranial pathology in Sudan*, American Journal of Physical Anthropology 123, 4, 2004, p. 333-339.

White, Folkens 2005: T. D. White, P. A. Folkens, *The Human Bone Manual*, Amsterdam, Boston, 2005.

Полевой 1969: Л. Л. Полевой, *Городское гончарство Пруто-Поднестровья в XIV веке*, Кишинев, 1969.

Рикман 1955: Э. А. Рикман, *Археологические работы в 1954 г. на городище у с. Костешты*. Изв. МФ АН СССР 5(25), 1955, 95-112.

	Nr. Martin	Dimensiunea (în mm)	Costeşti-*Gârlea*, M.19	Săbăoani, M.300B
Humerusul drept	1	Lungimea maximă	247	257
	4	Lărgimea maximă epicondilară	63	66
	5	Diametrul maxim la mijlocul diafizei	28	21
	6	Diametrul minim la mijlocul diafizei	24	16
	7	Perimetrul minim	72	70
Humerusul stâng	1	Lungimea maximă	250	-
	4	Lărgimea maximă epicondilară	62	-
	5	Diametrul maxim la mijlocul diafizei	27	-
	6	Diametrul minim la mijlocul diafizei	22	-
	7	Perimetrul minim	73	-
Radiusul drept	1	Lungimea maximă	205	174
	3	Perimetrul minim	45	39
	4	Diametrul antero-posterior	12	10
	5	Diametrul transversal	19	17
Radiusul stâng	1	Lungimea maximă	205	171
	3	Perimetrul minim	46	39
	4	Diametrul antero-posterior	12	10
	5	Diametrul transversal	17	17
Ulna dreaptă	1	Lungimea maximă	-	197
	3	Perimetrul minim	-	39
	11	Diametrul transversal	13	12
	12	Diametrul antero-posterior	15	14
Ulna stângă	1	Lungimea maximă	230	196
	3	Perimetrul minim	41	38
	11	Diametrul transversal	14	11
	12	Diametrul antero-posterior	17	14

Tab. 1. Dimensiunile postcraniene absolute ale oaselor membrelor superioare la individul din M.19 Costeşti-*Gârlea* şi la cel din M.300B Săbăoani

Tabl. 1. The absolute postcranial dimensions of the upper limb bones at the individual from G.19 Costeşti-*Gârlea* and the one from M.300B Săbăoani

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

	Nr. Martin	Dimensiunea (în mm)	Costeşti-*Gârlea*, M.19	Săbăoani, M.300B
Femurul drept	1	Lungimea maximă	370	301
	6	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	27	27
	7	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	27	26
	8	Perimetrul la mijlocul diafizei	87	86
	9	Diametrul transversal superior	32	35
	10	Diametrul antero-posterior superior	24	24
	21	Lărgimea intercondilară maximă	84	66
Femurul stâng	1	Lungimea maximă	365	301
	6	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	28	25
	7	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	28	23
	8	Perimetrul la mijlocul diafizei	87	82
	9	Diametrul transversal superior	31	34
	10	Diametrul antero-posterior superior	24	22
	21	Lărgimea intercondilară maximă	84	69
Tibia dreaptă	1	Lungimea maximă	293	253
	8	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	32	27
	9	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	23	22
	8a	Diametrul antero-posterior superior	36	32
	9a	Diametrul transversal superior	26	21
	10b	Perimetrul minim	82	72
Tibia stângă	1	Lungimea maximă	290	255
	8	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	32	27
	9	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	24	21
	8a	Diametrul antero-posterior superior	34	32
	9a	Diametrul transversal superior	26	22
	10b	Perimetrul minim	85	73
Fibula dreaptă	1	Lungimea maximă	-	255
	2	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	13	10
	3	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	16	13
	4a	Perimetrul minim	37	-
Fibula stângă	1	Lungimea maximă	-	-
	2	Diametrul antero-posterior la mijlocul diafizei	13	-
	3	Diametrul transversal la mijlocul diafizei	16	-
	4a	Perimetrul minim	38	-

Tab. 2. Dimensiunile postcraniene absolute ale oaselor membrelor inferioare la individul din M.19 Costeşti-*Gârlea* şi la cel din M.300B Săbăoani

Tabl. 2. The absolute postcranial dimensions of the lower limb bones at the individual from G.19 Costeşti-*Gârlea* and the one from M.300B Săbăoani

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

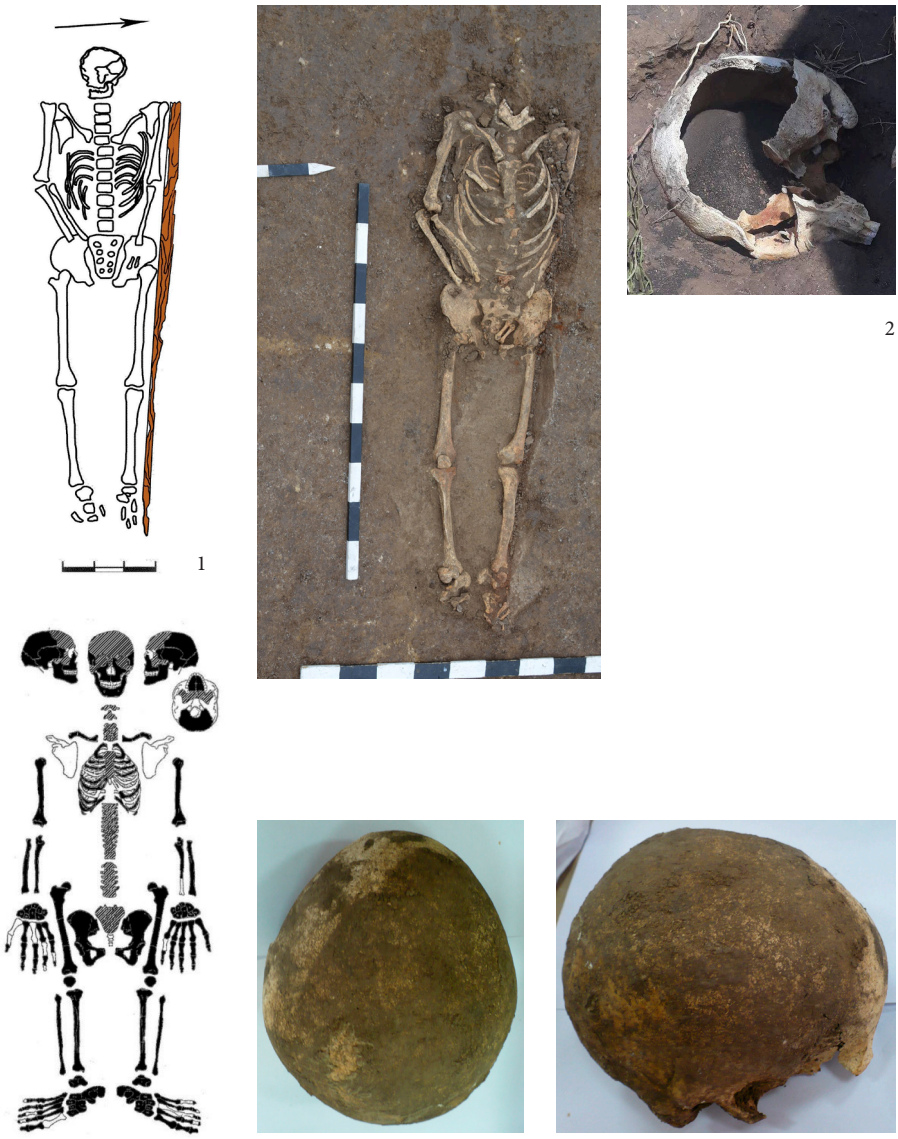

Fig. I. Necropola medievală de la Costeşti-*Gârlea*, M.19, bărbat, 50-55 ani.
1. Desen arheologic; 2. Fotografie *in situ* a craniului și a scheletului postcranian; 3. Starea de reprezentare a scheletului (negru = elemente prezente; hașurat = elemente parțial prezente; alb = elemente absente); 4. Neurocraniul văzut din plan vertical; 5. Neurocraniul văzut din plan lateral
Fig. I. Medieval necropolis from Costeşti-*Gârlea*, G.19, male, 50-55 years old.
1. Archaeological drawing; 2. Photo *in situ* of the skull and postcranial skeleton; 3. The representation degree of the skeleton (black = present elements; hatched = partially present elements; white = absent elements); 4. The neurocranium, seen from vertical view; 5. The neurocranium seen from lateral view

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

1

2

3

4

5

6

7

Fig. II. Necropola medievală de la Costeşti-*Gârlea*, M.19, bărbat, 50-55 ani.
1. Mandibula; 2. Arcada dentară inferioară; 3. Hemiarcada dentară superioară dreaptă; 4. Sacrum, incomplet, sacralizare L5; 5. Joncțiune manubrio-mezosternală; 6. Claviculele, inserții musculare accentuate; 7. Corpuri vertebrale lombare, osteofite
Fig. II. Medieval necropolis from Costeşti-*Gârlea*, G.19, male, 50-55 years old.
1. Mandible; 2. The lower dental arch; 3. The right upper dental hemiarch; 4. Sacrum, incomplete, L5 sacralization; 5. Manubriosternal junction; 6. Clavicles, pronounced muscle insertions; 7. Lumbar vertebral bodies, osteophytes

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

1

2

3

4

5

6

Fig. III. Necropola medievală de la Costeşti-*Gârlea*, M.19, bărbat, 50-55 ani.
1. Oasele humerus; 2. Oasele radius; 3. Ulnele; 4. Femurele; 5. Tibiile; 6. Fibulele
Fig. III. Medieval necropolis from Costeşti-*Gârlea*, G.19, male, 50-55 years old.
1. The humeri; 2. The radii; 3. The ulnae; 4. The femora; 5. The tibiae; 6. The fibulae

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu

1 2 3 4

Fig. IV. Necropola medievală de la Săbăoani, M.300, individul B, bărbat, 35-45 ani.
1. Humerusul drept; 2. Radiusul și ulna de pe partea dreaptă; 3. Femurul stâng; 4. Tibia dreaptă
Fig. IV. Medieval necropolis from Săbăoani, G.300, individual B, male, 35-45 years old.
1. The right humerus; 2. The right radius and ulna; 3. The left femur; 4. The right tibia

https://biblioteca-digitala.ro / http://jaais.eu