

Neue Notizen

aus dem

Gebiete der Natur- und Heilkunde,

gezeichnet und eingetribelt

von dem Ober-Medicinalrath Dr. Franz zu Brauer, aus dem Reichthum der Naturgeschichte und Verleger Dr. J. G. Reitz zu Berlin.

No. 646

(Nr. 8. des XXX. Bandes.)

April 1844.

Bedruckt im Landes-Industrie-Comptoir zu Weimar. Preis eines ganzen Bandes, von 24 Bogen, 2 Rth. oder 3 Rth. 30 Gr., des einzelnen Stückes 3 Rth. Die Tafel schwarze Abbildungen 3 Rth. Die Tafel colorirte Abbildungen 6 Rth.

Naturkunde.

Anatomie des Phalangium Opilio, Latr.

Von Alfred Zulk, Eq.

(Hierzu die Figuren 43. — 61. auf der mit Nummer 639. [Nr. 1. dieses Bandes] ausgegebenen Tafel.)

(Fortsetzung.)

Von den, von Treviranus als Gallengänge („Gall-gefäße“) beschriebenen beiden Gefäßpaaren windet sich das obere (Figur 45. sv, sv), nachdem es auf der hinteren Reihe der kleinen coeca eine Schlinge gebildet hat, von der Rückenseite des Darmes nach dessen Bauchseite herum, wo es bei dem Weibchen über einen Theil des ovarium streicht und mit dem Ursprunge der Tracheenstämme in Verbindung steht, dann aber auf sich selbst umgeschlagen ist und eine einfache Röhre bildet, welche gerade vorwärtsstreicht und zwischen den Muskeln des Kauapparates verschwindet. Das zweite Paar (Figur 46. sv' sv') liegt mehr seitlich vom Nahrungschlauche; ich habe es aber unmöglich gefunden, dessen Lauf genau zu verfolgen. Treviranus giebt an, es sey kürzer, als das vorige und endige zwischen den blinden Säcken. Indes setzt es sich wahrscheinlich ebenfalls nach den Kauorganen fort, und beide Paare dürften daselbst zum Aussehen einer speichelartigen Feuchtigkeit dienen.

Die von Treviranus als fettige Masse bezeichnete Structur besteht aus einer Reihe von longitudinalen und parallelen darmförmigen Körpern, welche aus häutigen Röhren bestehen, die im Innern einen gerötheten Stoff enthalten und auf der unteren Fläche des Magens liegen. Sie dürften die Function einer Leber erfüllen.

Circulationsorgane. — Diese sind bei Phalangium ebenso einfach, als die übrigen Structuren zusammengefaßt sind. Sie bestehen aus einem, in drei Kammeren getheilten, Herzen, welches auf der oberen Fläche des Nahrungschlauches in einer Rinne liegt. Die hintere Abtheilung (Figur 45. p) ist dienförmig und liegt zwischen den vorderen Enden der beiden großen oberen coeca, mit dem vorderen Ende nach Vorne, während der entsprechende Theil

der Rinne ebenfalls erweitert ist. Die mittlere Kammer (H) hat etwa denselben Umfang, wie die beiden endständigen Kammern, und ist in der Mitte fast wie eine Sanduhr eingeschnürt. Sie liegt zwischen den beiden hinteren Reihen der kleinen coeca und steht auf beiden Seiten mit der Längsportion der Schlinge der oberen Speichergefäße in Verbindung. Die vordere Abtheilung (a') hat dieselbe Form, wie die hintere, und liegt in einer Vertiefung der beiden vorderen Reihen der kleinen blinden Säcke. Sie verlängert sich schräg nach unten zu einem sehr dünnen Gefäße, welches sich auf sich selbst umschlägt und dann horizontal vorwärtsstreicht. Die Structur des Herzens besteht aus einer Reihe von transversalen, gekrümmten, muskulösen Wänden, zwischen denen sich helle häutige Portionen befinden. Sie ist stark mit Nerven versehen, welche in longitudinaler Richtung über dieselbe hinziehen.

Zeugungsorgane. — Würde der Anatom nur mit der anomalen Beschaffenheit des Zeugungsapparates bei den Lungenmilben, mit der sonderbaren Verformung der Befruchtungswert zuge an die Spitzen der Palpen des Männchens und dem Ausgehen der inneren Organe bei beiden Geschlechtern in eine einfache transversale Mündung an der unteren Fläche des abdomens bekannt, so würde er sich sehr verwundern, wenn er beim Sehen einer Afterspinne nicht nur gehörig entwickelte innere Organe, sondern auch einen männlichen und weiblichen äußeren Geschlechtsapparat sähe, der sich, nach Größe und zusammengesetzter Structur, sogar dem der Insecten an die Seite stellen läßt. In solchem Grade können wichtige Unterschiede in der Structur der inneren Theile durch ähnliche äußere Formen maskirt seyn.

Die Zeugungsorgane bestehen beim Männchen des Phalangium Opilio in einem penis, der in einer Scheide eingeschlossen ist, in einem vas deferens und gewissen spermirenden Drüsen, die den Hoden entsprechen. Alle diese Theile liegen in der Abdominalhöhle in der Nähe ihres vorderen Endes, an der unteren Fläche hin, unmittelbar unter den Hautbedeckungen.

Die Hoden bestehen aus einem Häufchen länglicher, schmaler und etwas gewundener blinder Nöhren (Figur 49. st), welche, wenn der penis sich an seiner normalen Stelle befindet, über der Scheide desselben liegen, und welche, in dem sie nach einem gemeinschaftlichen Mittelpunkte convergiren, sich zu einem einzigen Saamengange (v) vereinigen, welcher nach dem Ende des männlichen Organs weiterreicht. Das Häufchen Saamenschläuche steht oben mit dem Medianabdominalnerven, welcher über dasselbe hinreicht, und der unteren Fläche des Magensacks in Beziehung. Zu beiden Seiten desselben sieht man die laminae unteren coeca des letzteren, und zwischen den seitlichen Nöhren ragen die, diese Organe versorgenden, Nervenganglien (ng) hervor.

Das vas deferens (v), welches in der bereits bemerkten Weise weiterreicht, läuft in gewundener Richtung über die Hoden denen es im hintern Theile seines Verlaufs in der Structur sehr ähnlich ist, und erstreckt sich etwa zwei Mal so weit, wie diese, in die Abdominalhöhle. Seine vordere Hälfte ist küh und hornartig (v^o) und bis fast zu der Stelle, wo es in den penis tritt, von einem länglich-eisförmigen Körper von beträchtlicher Consistenz und Dicke (v^o) umgeben.

Der penis (Figur 50 p) bietet zwar eine einfache Structur dar, ist aber wegen seiner Länge, die fast der Hälfte der Länge des abdomens gleichkommt, merkwürdig. Er besteht aus zwei deutlich verschiedenen Portionen, einem Körper (p) und einer Eichel (g), die beide eine sehr feste leberartige Textur darbieten.

Der Körper, welcher bei Weitem die größere Portion des Organes ist, zeigt nach seiner ganzen Länge eine gelinde Krümmung, deren Convexität aufwärts gekrümmt ist, und während er anfangs breit ist, wird er nach dem vordern Ende zu allmählig schmaler. Er ist von Oben nach Unten plattgedrückt und auf der oberen Seite gefurcht. In seiner Basis bietet er oben eine große halbmondförmige Öffnung (o) dar, welche die Fortsetzung des Saamenganges, oder den ductus ejaculatorius durchläßt, welcher ihn nach seiner ganzen Länge als eine fester, hornige Röhre durchseht und in die Basis der Eichel mündet. Das vordere Ende des Körpers des penis ist etwas aufgetrieben und trägt zwei kleine concave und concave Platten (ps), welche an dessen oberer Seite liegen und zu beiden Seiten der Rückenfläche scharf divergiren. Sie sind dunkler gefärbt, als der übrige Körper und an der Innenseite durch einen schmalen Zwischenraum voneinander getrennt. Der dunkelbraune äußere Rand verlängert sich in der Mitte in Gestalt eines Dreiecks und biegt sich nach der Medianlinie zu. Die zweite Portion des penis, die Eichel (g), ist an die erste gelenkartig angefügt und ruht scharf abwärts auf den erwähnten Platten. Sie ist nach Hinten zu am Breitesten und tritt dort in Gestalt einer runden Basis hervor, an welcher zwei dünne Nebemuskeln angefügt sind; an ihrer oberen und unteren Fläche ist sie concav und an dem Gipfel mit einem spitzen, leicht gebogenen, beweglichen Häufchen besetzt, an dessen Basis sich unten eine winzige dreieckige Öffnung befindet, durch welche der Same austritt.

Diese ganze penis ist in einer Scheide (Figur 51. sk) enthalten, welche theilweise in der Höhlung des sternum (s) und theilweise an den Bauchwandungen liegt, und etwa noch ein Mal so lang ist, wie das erstere. Sie ist dreier, als das von ihr umhüllte Organ, und läßt, bei ihrer durchdringenden Durchsichtigkeit, den Umriß des penis (p) sehr deutlich durch ihre Wandungen hindurch erkennen. Derselbe Treviranus dieses Organ als eine einfache Scheide beschreibt, so besteht es doch aus zwei langen Portionen mit sehr deutlichen Rändern, welche miteinander durch eine Membran verbunden sind, die beider Seiten sehr leicht zerfällt, wenn man nicht besonders sorgfältig verfährt, und auf den ersten Blick den Glauben veranlassen könnte, das Organ bestehe aus zwei abgesonderten Klappen. Das untere dieser Stücke ist gekielt und auf diese Weise der entsprechenden Oberfläche des penis angepaßt, an der es liegt; hinterwärts hängt es mit dem untern Theile des Randes der in der Basis des Organes befindlichen Öffnung zusammen. Seine Seitenträger werden nach dem vordern Ende zu dicker und gehen in zwei auswärtsgebogene hornige Hasen (h) aus, welche zu beiden Seiten mit den Rändern der Sternalplatte zusammenhängen, die einwärts gebogen ist und an dieser Stelle sich mit dem vordern Theile der Scheide versmälert (a). Die zweite Portion der Scheide, welche an den Rand der Öffnung der urethra angefügt ist, erstreckt sich nach über die gefurchte Oberfläche des penis und geht von in einen runden, freien Saum (c) aus. Aus der Öffnung der beiden zusammengesetzten Stücke der Eichel ragt das männliche Organ hervor.

Die natürliche Lage der obenbeschriebenen Theile ist, wie folgt: Unten, in seiner Scheide in der Convexität des sternum, liegt der penis. Darüber und die vordere Hälfte der Scheide bedeckend, während die divergierenden Ränder der letzteren und die Eichel sichtbar bleiben, befindet sich das Häufchen der Saamenschläuche. Gleich hinter dem letzten liegt die hornige Portion des vas deferens in ihrem Pfortner der Länge nach auf der oberen Fläche der hintern Hälfte der Scheide, aber nicht ganz bis an deren Ende reichend, so daß die Öffnung in den penis vollkommen sichtbar bleibt. Die zwei Structuren, welche Treviranus die Hasen der Scheide nennt, sind unstrittig ein Paar mm. retractores (Figur. 49. rm). Sie entspringen zu beiden Seiten der Öffnung in der Basis des penis, wo sie am Breitesten sind, und streichen rückwärts längs der untern Flächen des abdomens, wo sie zu den beiden Ästen des Medianabdominalnerven und seinen Ganglien (ng) in Beziehung treten, worauf sie divergiren und sich in die seitlichen Winkel des vorderen Rückenbogens einfügen. Ein Theil der Hasen dieses Muskels streicht jenseits seines Ursprungs weiter und bildet eine muskulöse Scheide, welche scheinbar aus starken isolirten Elementarfäden besteht, die, nebeneinanderstehend, eine einfache, die Scheide des penis, das vas deferens und die Saamenschläuche bedeckende, Schicht bilden.

Hinter den Hoden und sich quer über die untere Fläche des Magens erstreckend, sieht man eine breite darmförmige

Röhre (*), welche sackförmig gebogen und an 5, oder mehr Stellen eingeschnürt ist. Treviranus war der Ansicht, sie gehöre zum Zeugungsapparate des Männchens, da sie dem Weibchen fehlt, und spielte bei der Abföderung des Samens irgend eine Rolle. Sie ist häutig, enthält eine gekörnte Substanz und geht an beiden Enden in zwei lange sackförmige Röhren aus, von denen Treviranus angiebt, daß sie sich zwischen den blinden Enden des Darmcanals verlieren. Ich habe den Verlauf dieser winzigen Canäle höchst sorgfältig untersucht und gefunden, daß sie vorwärts streichen und sich in der Nähe des Ursprungs der Tracheenstämme um diese von Oben nach Unten krümmen, worauf sie sich am innern Ende der Spiracularfurche verlieren, wo sie wahrscheinlich nach Außen münden. Die Function dieser Organe wird auf diese Weise äußerst problematisch.

Im Verhölle bemerkt man an den Männchen des Phalangium Opilio sehr häufig, daß der penis und dessen Scheide aus ihrer Höhle völlig hervorgetrieben sind (Figur 53.), wodurch sie sich wahrscheinlich auf den Vergattungsaet vorbreiten. Hierbei wird die Innenfläche der Scheide nach Außen gekrümmt und die trümmen, biegsamen Haken an den beiden vordern Winkeln derselben ebenfalls umgekehrt, so daß sie nicht mehr aufwärts, sondern gegen das Ende des Actes hin, niederwärts und rückwärts gebogen sind. Aber nicht nur die äußeren Zeugungsorgane erleiden auf diese Weise eine bedeutende Veränderung in ihrer Lage, sondern auch die innern werden gewissermaßen verschoben. Die hornige Portion des penis und dessen mit der sie umgebende polsterartige Körper (Figur 51. v'v'), der dicht an der Wurzel des penis darangesägt ist, und die Muskeln zu beiden Seiten des letztern, werden mit diesem Organe aus der Abdominalhöhle getrieben, und treten, indem dasselbe seine Scheide verläßt, in diese ein, befinden sich aber, da dieselbe links gemacht ist, mit deren äußerer Oberfläche in Berührung. Das obgenannte Organ (Figur 52. v'v') sieht man deutlich durch die herausgetretene Scheide hindurch, und kann, selbst wenn sich sämtliche Theile in ihrer natürlichen Lage befinden, leicht in der Scheide hineingezogen werden, wenn man die Spitze des penis mit einer feinen Pinzette faßt. Die Herausstreibung wird, meiner Ansicht nach, durch die Contraction der Kammern des corium und die dadurch veranlaßte Verminderung des räumlichen Inhaltes der Abdominalhöhle, wodurch ein Druck von Hinten auf den penis entsteht, bewirkt, während die Zurückziehung des letztern und zugleich der Scheide durch die zwei oben beschriebenen, zu diesem Behufe eigens vorhandenen Muskeln geschieht. Durch das Hervortreten des vordern Theiles des penis als deflexer nimmt dasselbe in Bezug auf die blinden Samenröhren durchweg eine geradere Richtung an, so daß der Same aus letztern viel leichter in jene einfließen kann.

Die wirklichen Zeugungsorgane haben im abdomen eine ähnliche Lage, wie die männlichen und bestehen aus folgenden Theilen: einem Eierleger (ovipositor), der, gleich dem penis, in einer Scheide enthalten ist, ei-

nem Eierfacke (ovisaccus) und dem Eierfacke (ovarium). *)

Das ovarium (Figur 54. O) ist eine zarte, weiße, durchsichtige, häutige Röhre, welche sich um die ganze Peripherie der Bauchseite des abdomens zieht und sich vorn bei Oc einwärtswendet, um in den Eierfack eingumünden. Oben steht sie mit der untern Fläche des Magens und der Fettmasse in Beziehung; unten mit der endständigen Portion des Eierlegers, dem oviductus und dem Abdominalnervenganglion, während sie sich beiderseits tief unter die coxae des hintersten Fußpaares versenkt, wo die beiden Tracheenstämme in der Nähe ihres Ursprungs über dieselbe hinwegstreichen. Die vordere Hälfte dieser Röhre (Oa) ist schmal, und sie erweitert sich dann allmählich nach Hinten zu, wo sie eine große Menge Eier in allen Stadien der Entwicklung, von der Größe einer kleinen Erbsenadokuppe bis zu einem dem unbewachsenen Auge kaum erkennbaren Umfang, enthält. Ich habe stets bemerkt, daß die größten und in ihrer Entwicklung am weitesten vorgeschrittenen Eier in dem, dem Eierfack am nächsten liegenden Theile des ovarium, oder an dem innersten Theile desselben sich befinden. Jedes Ei liegt in einem besondern blinden Säckchen des ovarium fest umschlossen und kann nur wahrgenommen werden, wenn man dieses Säckchen umwendet, so daß das Ei heraustritt. Im vordern Theile des ovarium, welcher unregelmäßige Häufchen von einer unbedeutendsten, gekörnten Substanz enthält, habe ich nie Eier wahrgenommen.

Das nächste Organ, der Eierfack (Figur 54. und 55. U), nimmt den Raum ein, welcher zwischen dem innern Umkreise des Eierfackes liegt und befindet sich oben mit der Fettmasse in Berührung, während die mittleren und seitlichen Abdominalnerven darüber hinstrichen. Er besteht aus zwei Kammern oder Kammern von bedeutender Größe und conischer Gestalt, deren Gipfel vorwärts gerichtet sind, und die durch eine eingeschnürte Porelle (*) mit einander communiciren. Diese Portion ist, wenn die Theile sich in ihrer natürlichen Lage befinden, von Unten durch die Scheide des Eierlegers bedeckt, da sie sich längs der Medianlinie befindet. Die etwas größere rechte Kammer mündet mit ihrem dünnern Ende in das ovarium da ein, wo dieses Organ sich einwärtsbiegt, während aus der linken Kammer der oviductus entspringt. Im unausgedehnten Zustande nehmen beide Kammern nur einen geringen Raum im abdomen ein; allein wenn sie mit Eiern erfüllt sind (Figur 55.), haben sie einen solchen Umfang, daß sie, nebst dem Eierleger und dessen mm. retractores, fast die einzigen Organe sind, welche man, nach Befestigung der Bauchintegumente, wahrnimmt. In diesen Kammern erhalten die Eier unfehrig ihre letzte Bekleidung und Entwicklung, bevor sie gelegt werden.

Der oviductus (Figur 54. ov), welcher da, wo er anhebt, breit ist, erscheint als eine Fortsetzung der linken Kammer, von welcher aus er sich rückwärts biegt und in

*) Der Eierleiter (oviductus) ist hier ausgeschlossen. D. Ueberf.

Gestalt einer, sich unter dem Eiesacke hingehenden, langen, dünnen Röhre mehrere Hälften macht. Dann streicht er vorwärts und tritt in die Basis des Eierlegers. An einer Stelle seines Laufs streicht er über den linken m. retractor des Eierlegers. Er ist etwa noch ein Mal so lang, wie der letztere, und seine Tertur muß, gleich der des vordern Theiles des ovarium, sehr elastisch seyn, indem sonst die Eier nicht durch diese anscheinend unverhältnißmäßig engen Röhren gehen könnten.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Ueber den Tezcoco-See in Mexico und die Maschinen von Pilegenieern auf demselben findet sich in Mexico as it was and as it is By Braatz Mayer, Secretary of the U. S. Legation to that country in 1841 and 1842. New-York 1844. Folgendes: „Als wie den See erreicht, war der Anblick außerordentlich schön. Das Wasser bildete eine klare und edle Ausbreitung, welche in ihrem ruhigen Ufer jeden Hügel und Berg des Thales widerspiegelt, während nach Norden, wo er sich mit San Cristobal vereinigt, See und Horizont ineinander übergingen. Sonubar aber ist, das bei'm Senkieren des mittlern Theiles des Sees sich nur 2½ Fuß Wasser fanden. Die Vorsteute schoben die ganze Strecke von 12 Engl. Meilen mit 2 Stangen, und wie sahen nach allen Seiten Fischer, welche längs dem See warteten und ihre Boote fortsetzten, indem sie selbst mit Fischen beladen, oder die „Pilegenieer“ von den Geschäften sammelten, welche in langen Reihen als Kutter für die Fische an gepflanzten waren. Diese Eier (eggs) meist genannt) waren eine Lieblings Speise der Indianer lange vor der Spanischen Eroberung und sind, wenn sie etwas gebadet sind, in Ansehen und Geruch dem Fischrogen nicht unähnlich. Nach „Fischchen“ in Frankreich und „Woaalecker“ in China, können sie als eine wahre Delicatesse angesehen werden, und ich finde, daß sie selbst auf salzloselbsten Fischen in der Hauptstadt nicht vorzuziehen werden. Vater Waage sagt S. 111 in seinem Reisen, daß „in einer gewissen Zahlzeit die Indianer Ruge bürten, womit sie einen gewissen „Staub“ abstreifen, der auf dem Wasser des Sees

von Mexico sich bildet und (like oars of the sea) zusammengedrückt wird. Sie sammelten viel davon, brachten es in Dosen und machten Kuchen daraus mit Backstein. Sie verkauften sich allein diese Waare auf dem Markte, sondern verendeten sie auch wohl auf andere Waaren und ohen sie mit so gutem Appetit, als wie den Käse ja sie sind bei'm Weinung, daß dieser „Schwamm der Frigidität des Meeres“ Ursache ist, daß so eine große Zahl Abbat auf dem See kommt, welche zur Winterzeit unerschöpflich ist.“ Dies wurde im lebendigsten Ausdrucke geschrieben und „unendlich ist noch jetzt die Zahl der Waale, welche Enten etc., woson diese Seen und benachbarten Flüsse im Winter bildet sind.“ Man erzählt, daß 120,000 bis 200,000 jährlich auf die Waale in Mexico kommen und die wohlfeilste Nahrung für das B. K. liefern.“

Ueber das gemeine africanische Chamäleon hat Dr. Rusconi soden eine Beschreibung herausgegeben, in welcher er zuvörderst die Meinung, als ob die Luft beim Hervorschieben der Zunge irgend eine Rolle spiele, sowie diejenige Douk etc. widerspricht, welcher die Verlängerung der Zunge dem Vorhandenseyn eines erectilen und gefäßreichen Gewebes, wie das des corpus cavernosum der männlichen Ruthe, zuschreibt. Rusconi bemerkt, daß Duvernoy's Ansicht die richtige ist, nämlich daß die Erscheinung durch die kräftige Contraction gewisser an dem so hyoidem beschriebenen Muskeln bewirkt wird. Ueber die Muskeln des feulenförmigen Theiles der Zunge aber hat Rusconi ganz neue Aufschlüsse. Der vordere Theil der Zunge bietet, wenn dieselbe Dragen in der Mundhöhle liegt, eine Ausbuchtung mit zwei Lappen dar, welche mit der den Lumen enthaltenden drüsigen Membran ausgekleidet ist. Paulsen, Duméril und Duvernoy haben geglaubt das Thier schleuere bei der Keule der Zunge in derselben enthalten heraus, wie die, welche sie dar, wenn sie in der Mundhöhle enthalten ist, und dieser Irrthum daß sie zu der Ansicht geführt, daß die Keule eigenthümlichen Muskeln dazu dienen, die ersten einander zu nähern und die Insecten zu fangen. Rusconi's Beobachtungen zufolge, wird dagegen die nach der Quere gefaltete und einen blinben Saft blühende drüsige Membran, wenn das Thier seine Zunge zum Herausziehen vorbreitet, durch die der Zunge eigenthümlichen Muskeln vorwärtsgezogen, so daß die Ausbuchtung oder Breite sich der Keule vermindert und diese convere wird. Sobald die Zunge in die Mundhöhle zurückgeführt ist, nimmt sie ihre frühere Gestalt wieder an. (Annales des Sciences naturelles, Mars 1844.)

Heilkunde.

Klinische Beobachtungen über Hüftgelenkleiden.

Von Benjamin Phillips.

Die Coxarthrocace zeigt in dem ersten Stadium ihres Verlaufs sehr wandelbare Symptome, es kann ein dumpfer Schmerz vorhanden seyn, oder auch ganz fehlen, und dann bemerkt man nur eine gewisse Schwäche im Gliede, eine Reizung zum Hinken und ein Gefühl von Steifheit am Morgen. Wenn der Schmerz vorhanden ist, so ist er gewöhnlich anfangs nicht anzuwachsen, aber er kann am Abend, wie bei'm Rheumatismus, zunehmen. Wenn der Schmerz sich mehr heilt, so wird er nicht immer an derselben Stelle empfinden; zuweilen wird er am Stärksten oberhalb, zuweilen unterhalb, zuweilen im Niveau des Gelenkes empfinden, zuweilen auch in der Schaamgegend. Er nimmt dann bei der Bewegung, besonders aber durch Druck auf den trochanter, zu. In manchen Fällen ist der Schmerz an der Hüfte gering, zuerst sich dagegen auf das Kniegelenk oder breitet sich auch längs des ganzen Gliedes aus. Stirzt er

sich am Kniegelenke oder am Knöchel, so ist er zuweilen so heftig, daß er den Hüftschmerz verdeckt und den unersaheren Arzt irre leiten kann. Mehrere erfahrene Wundärzte haben angegeben, daß ein Druck auf das Knie in solchen Fällen den Schmerz nicht reizt, und daß dieses für die Diagnose benutzet werden kann; meine eigene Erfahrung bestätigt jedoch die Wahrheit dieser Angabe nicht. Ich habe die Kranken bei einem Drucke auf das Knie laut aufschreien hören, während in demselben gar keine Affection vorhanden war. Ferner hat man angegeben, daß in solchen Fällen keine Anschwellung des Knies stattfindet, allein meine Erfahrung hat auch dieses nicht als richtig bestätigt.

Diese Symptome können Monate, selbst Jahre andauern, und der Kranke befindet sich bald besser, bald schlechter. Zuweilen sind die Symptome von Anfang an acut, der Schmerz heftig, dabei Anschwellung, Fieber und Unfähigkeit, das Glied zu bewegen; Schmerz, scheinbare Verlangung des Gliedes und Nachschleppen des Fußes sind jedoch die drei wichtigsten Symptome des ersten Stadiums.

Im zweiten Stadium sind die Symptome bereits stärker ausgesprochen. Die anscheinende Verlängerung des Gliedes besteht fort, zu gleicher Zeit werden die Beugemuskeln des Beins in Bewegung gesetzt und der Kranke tritt auf den Boden auf; auch die Hinterbacke der afficirten Seite ist abgehoben, der Schenkel hat an Umfang und Festigkeit abgenommen, und der trochanter steht mehr hervor. Eine jede Bewegung, welche die Gelenksflächen miteinander in Berührung bringt, ist jetzt sehr schmerzhaft, das ganze Gewicht des Körpers ruht daher jetzt auf dem gesunden Beine.

Das dritte Stadium charakterisirt sich durch Verkürzung des Gliedes, mag nun Luxation oder caries vorhanden seyn. Gewöhnlich ist die Verkürzung von den gewöhnlichen Zeichen einer Dislocation nach Oben begleitet; der Fuß ist nach Innen rotirt, der trochanter nach Oben und vorne gerichtet. In seltenen Fällen findet eine Verkürzung ohne eine Veränderung in der Richtung des Fußes statt; dieses geschieht, wenn der Boden der Pfanne nachgibt und der Kopf des Schenkels in dieselbe hineingeräth. Die scheinbare Verkürzung kann plötzlich eine wirkliche und der Gelenkkopf nach Unten in das foramen obturatorium dislocirt werden, was aber auch sehr selten der Fall ist.

Das dritte Stadium ist weit stärker, als eins der andern, markirt. Das Bein ist verkürzt, und zuweilen ist kann das Hüft abgelaufen, der Schmerz ist vermindert, der Schenkelkopf schaffet sich selbst eine Gelenkhöhle, aber eine unheilbare Lahmheit bleibt zurück. Häufiger jedoch bildet sich eine schmerzhafteste Geschwulst rund um das Gelenk, fluctuation wird bald bemerkt und der Abscess bricht entweder von selbst auf, oder wird geöffnet, und eine Quantität Eiter kommt heraus. Um diese Zeit wird, nach Diondi, der Schmerz im Kniee heftiger; in den meisten Fällen wird die Deffnung fistulös, in anderen schließt sie sich nach einiger Zeit.

Wenn das Kind nach Eröffnung des Abscesses der Irritation erliegt, so sind die Erscheinungen nach dem Tode sehr verschieden. Die Theile rund um das Gelenk sind oft mit Eiter infiltrirt, die sinuösen Gänge können selbst mit dem Gelenke communiciren, die Gelenkkapsel ist mehr oder weniger vollständig zerstört, die Weichtheile innerhalb der Pfanne sind oft angeschwollen, so daß der Schenkelkopf nach Außen gedrückt ist, in anderen Fällen sind sie zerstört und entfernt. Zuweilen ist das ligam. teres zerstört, zuweilen ist es beträchtlich verlängert. Der die Pfanne und den Schenkelkopf bedeckende Knorpel ist entweder erweicht oder zerstört, der Knochen selbst bloßgelegt und carios, und Ankylose kann entstehen. In einigen Fällen hat der Boden der Pfanne nachgegeben und der Eiter sich aus dem Gelenke in den Mastdarm einen Weg gebahnt.

Nicht selten findet man den Schenkelkopf am hinteren Theile des Hüftbeins, sowie auch auf dem foramen obturatorium. Obwohl es möglich ist, daß zu einer bestimmten Zeit in einem bestimmten Falle eine leichte Verlängerung des Gliedes stattfindet, so ist es doch gewiß, daß in gewöhnlichen Fällen die Verlängerung nur scheinbar ist. Sobald der Kranke eine Unbequemlichkeit im Gelenke empfindet, fängt er an, das

Glied zu schonen, er stützt sich nur auf das andere, die Leiste des entsprechenden Hüftbeins steigt höher, als die entgegengesetzte hinauf, und das Bein der afficirten Seite ist in dieser Ausdehnung scheinbar länger, als das andere, und der Fuß wendet sich nach Vorn. Dieses Symptom kann im Anfange der Krankheit dadurch beseitigt werden, daß der Kranke einige Tage hindurch das Bett hütet; wenn es jedoch schon lange bestanden hat, so kann es einen bestimmten Grad von Krümmung der Wirbelsäule herbeiführt haben, und dann vermag die horizontale Lage dasselbe nicht so leicht zu beseitigen. Es ist jedoch ausgemacht, daß Fälle von wirklicher Verlängerung eintreten können, sobald der Schenkelkopf in das foramen obturatorium hinabsteigt, aber dieses geschieht selten.

So charakteristisch auch die gewöhnlichen Symptome des Hüftleidens seyn mögen, so sehen wir doch täglich, daß sie besonders in den ersten Stadien des Uebels verkannt werden. Untersuchen wir daher genauer den Werth der einzelnen Symptome. Eins der frühesten Zeichen ist ein gewisser Grad von Schmerz oder Unbehaglichkeit, welche oft während des Lebens empfunden werden, zuweilen durch einen plötzlichen auf den trochanter oder die Hesse bei etrennlichem Beine angründeten Druck hervorgerufen werden können und zuweilen bedeutend sind. Man erwäge jedoch, daß das Fehlen des Schmerzes kein Beweis für das Nichtvorhandenseyn einer Affection des Gelenkes ist. Ein wichtiges Symptom ist die scheinbare oder wirkliche Verlängerung des Gliedes, allein man muß die Untersuchung sehr sorgfältig anstellen, um diesen Punkt zu bestimmen. Zu diesem Zweck sind verschiedene Versahungsweisen vorgeschlagen worden. Man legt, z B, den Kranken im Bette auf den Rücken und rüht mit einem Bande genau die Entfernung zwischen der spina ili anterior superior und dem obern Rande der patella; welches nun immer auch die M. ung des Beckens jern mag, so muß, wenn die Entfernung auf beiden Seiten gleich ist, auch die Länge der Gliedmaßen einander gleich seyn. Andere haben die Sache auf andere Weise angefaßt, sie lassen den Kranken sich auf einen Stuhl setzen, mit dem Rücken gegen die Lehne stützen und die Beine genau parallel mit einander nach Vorwärts richten; zuerst vergleichen sie die beiden Kniee miteinander, ob eins über das andere hinaustragt, und dann die beiden Fersen. Andere Wundärzte wiederum stellen die Untersuchung in stehender Stellung an. Im Besen ist es, in ungewissen Fällen alle Untersuchungsweisen anzuwenden. Die stehende Stellung setzt uns in den Stand, die Richtung der Wirbelsäule und des Beckens, sowie das Vorragen des trochanter, zu ermitteln; dieses thun wir, indem wir uns so wohl vor, als hinter den Kranken stellen. Die scheinbare Verlängerung ist ein wichtiges Zeichen, wenn es zu andern hinzukommt, allein hat es keinen großen Werth. Brodie hält die Abflachung der Hinterbacke für eins der constantesten Zeichen von Ulceration der Knorpel. Diese Abflachung ist von Schwellheit begleitet, und beide sind gewöhnlich das Resultat von Unthätigkeit der Glutaten. Brodie verläßt sich sehr auf dieses Zeichen, um die Ulceration der Knorpel von einer Entzündung des Gelenkes zu unterscheiden, im

letzten Falle, sagt er, ist eine größere Wille, eine Anschwellung lang vorhanden. Ich kann jedoch hierauf keinen so großen Werth legen, so wenig wie auf den Grad und die Art des Schmerzes.

Es giebt Krankheiten, mit welchen die Hüftaffection nur zu häufig verwechselt worden ist. Zu diesen gehören die luxatio congenita, die rheumatische Entzündung der Hüfte und Eiterung in Folge von caries oder necrosis rings um das Gelenk. Bei der angeborenen Luxation ist das Hüftgelenk von der Geburt an verkränkt. Wenn wir das Kind auf das Bett legen, das Becken fixiren und am Banne ziehen, so können wir es ohne Schmerz verlängern, sobald aber der Sitz nachläßt, tritt die Verkürzung soseich wieder ein; den Schenkelkopf kann man in der fossa iliaca sich bewegen fühlen, es ist kein Schmerz vorhanden, der Schenkel kann frei bewegt werden, und die Fußsohle ruht auf dem Boden.

Wir unterscheiden die coxarthrocace von Rheumatismus der Hüfte durch den Character des Schmerzes, welcher, bevor er die Hüfte besiet, andere Theile afficirt haben konnte. Chronische Eiterung rund um die Hüfte in Folge von caries oder necrosis läßt sich von der bei einem Hüftleiden vorkommenden dadurch unterscheiden, daß der Schmerz geringer ist, wenn das Hüftgelenk bewegt wird und fort-dauert, wenn das Gelenk in Ruhe ist. Der Verlauf des Uebels ist sehr verschieden. Mehrere Wundärzte haben behauptet, zu einer verhältnißmäßigen frühen Zeit den wahrscheintlichen Verlauf der Krankheit angeben zu können. Bovey glaubte die Richtung angeben zu können, in welcher die Dislocation eintreten würde. Er schloß also: da, wo eine bedeutende Verlangsamung des Hüftgelenks von Anfang an vorhanden, wo der Schmerz groß und eine Anschwellung am oberen Theile des Schenkels vorhanden ist, können wir annehmen, daß das Uebel von einer Anschoppung in den Synovialmembranen und Gelenkflächen ausgegangen ist, daß der Schenkelkopf am oberen Theile der Gelenkhöhle entschlüpfen und auf die Außenfläche des Hüftbeins hingelenkt wird. Unter den entgegengesetzten Verhältnissen ist es wahrscheinlicher, daß caries die Dislocation herbeiführen werde, welche dann zuweilen am oberen und äußeren, zuweilen am inneren und unteren Rande eintreten wird.

Wenn das afficirte Hüftgelenk seine normale Geradheit einige Zeit hindurch weit länger, als das andere, und die Fähigkeit, nach hinten, vorwärts, seitwärts, Rotationsbewegungen zu machen, behält, und Abfesse sich an irgend einem Theile des Schenkels bilden, so können wir vermuthen, daß der Boden der Gelenkhöhle carios ist, und daß das Uebel, selbst ohne Dislocation des Knochens, tödtlich verlaufen mag. Wenn das Uebel seinen Ausgang in Anchylose nimmt, so behält das Bein die Stellung, welche ihm mitgetheilt worden ist. Wird das Uebel durch die Bildung eines neuen Gelenkes geheilt, so entsteht eine Ausböldung an der Stelle, wo sich der Schenkelkopf befindet, der Kopf wird bei diesem Drucke selbst schmaler und flacher, und die umgebenden Gewebe wandeln sich in eine Kapselform um.

In der Mehrzahl der Fälle sind wir nicht im Stande, irgend eine bestimmte Ursache für das Hüftleiden anzugeben: es scheint die Folge einer geschwächten Constitution zu sein, wiewohl auch mechanische Ursachen als veranlassende Momente wirken können. Was die Behandlung betrifft, so ist zunächst absolute Ruhe von der größten Wichtigkeit, und, um diese zu erlangen, sind verschiedene Apparate, Modificationen der bei Fracturen des Schenkelhalses angewandten — angegeben worden; sie dürfen im Allgemeinen erst nach Monaten abgelegt werden. — Das Uebel ist so konstant mit einer geschwächten, oft scrophulösen Constitution verbunden, daß besondere Sorgfalt auf das Allgemeinbefinden verwendet werden muß. Gute Nahrung und zuweilen tonica, sowie der Genuß der frischen Luft, sind wesentliche Heilmittel. Dretliche Blutentziehungen können selbst bei blaffen, schwächlichen, scrophulösen aussehenden Kindern mit Nutzen angestellt werden; die jedesmal entzogene Quantität kann klein seyn und doch das Allgemeinbefinden gestärkt werden; bei guter Gesundheit und acuten Symptomen kann auch eine größere Menge Blut entzogen werden. Wenn die Heftigkeit der Symptome bekämpft ist, so muß ein Gegenreiz etabliert werden, sey es durch vesicatoria perpetua, Fontanelle, Haarfleis, Moxen, oder das Glühreisen. Die Blasenspaster müssen alle sechs bis sieben Tage wiederholt werden, bis aller Schmerz verschwunden ist; es ist daher besser, nicht sehr große Aetzspaster rund um das Gelenk zu legen, so daß die Irritation so lange, als möglich, auf der gesunden Haut erhalten wird. Ich halte diese Anwendungsweise für wirksamer, als selbst Haarfleis und Fontanelle. Ueberdies haben diese beiden das Unangenehme, daß die Granulationen auf den Fontanellen fungös werden und die Erbsen hinaus-treiben; ein ähnlicher fungöser Zustand kommt auch bei der Anwendung des Haarfleis vor, und in beiden Fällen wird die Absonderung schlecht beschaffen und jeder wohlthätige Einfluß geht verloren.

Einige Wundärzte begnügen sich damit, nach dem Schröpfen nur verhältnißmäßig milde Mittel, wie magere Kost, warme Bädungen oder Bäder, diaphoretica, Brechweinstein und Opium anzuwenden. Diese Mittel werden sie im ersten Stadium des Uebels an und appliciren dann, wenn es nöthig ist, Gegenreize, wie Brechweinstein, Blasenspaster, Haarfleis und Aetzmittel. Ich habe dagegen jedoch einzuwenden, daß ein großer Theil der an der coxarthrocace Leidenden schwache, scrophulöse Kinder sind, und jede schwächende allgemeine Behandlung sie nur noch mehr herunterbringt. Wenn trotz unserer Behandlung große Abfesse sich bilden, so ist die Ansicht der Aerzte über das einzuschlagende Verfahren verschieden: Einige öffnen dieselben frühzeitig, Andere warten, bis sie sich gehörig zugespielt haben. Es ist nicht leicht, sich hier zu entscheiden. Kleine Entzündungen werden hier und da unter der Anwendung von Gegenreizen resorbirt, größere unterminiren und zerfallen leicht bei umgebenden Gewebe. Auch in Bezug auf das Öffnen der Abfesse sind die Ansichten verschieden. Wenn wir klappenartige Öffnungen machen und sie rasch wieder schließen, so wird die Höhle sich wieder füllen, und wenn

wir auch die Öffnung schnell zwei- bis dreimal verschließen, so wird sie doch am Ende fistulös, hektisches Fieber und Tod können die Folgen sein. Ich halte es daher für das Beste, einen energischen Gegenreiz in der Nähe zu etabliren, und die Höhle so lange, als möglich, geschlossen zu erhalten.

Wenn die Symptome nachlassen, die Menae des Uterus abnimmt und die Flüssigkeit ein besseres Aussehen bekommt, so kann der Kranke nach und nach genesen, doch müssen die Theile so ruhig, als möglich, erhalten werden.

Ein Punct ist in den letzten Jahren viel besprochen worden, ob nämlich, wenn Alles gut geworden ist, irgend ein Versuch gemacht werden sollte, den Schenkelkopf wieder in die Pfanne zu bringen. Um darüber zu entscheiden, müssen wir wissen, in welchem Zustande die Pfanne sich befindet. Die meisten Aerzte sind der Ansicht, daß die Höhle ausgefüllt wird, es sind jedoch Fälle berichtet, wo sie nur wenig sich vergrößert hatte. Einige Aerzte, Lepteur's war das Häufigere haltend, haben versucht, durch Extension des Gliedes den Kopf zurückzuführen, bis er, wie man glaubt, seinen eigentlichen Platz wieder eingenommen hat; er wird dann in dieser Stellung lange Zeit hindurch fixirt und bleibt endlich in derselben. Bis jetzt liegen jedoch noch keine günstigen Resultate für die Anwendung der Reductionsmethode vor. (London Medical Gazette, Dec. 1843.)

Erstirpation des uterus durch den Bauchschnitt.

Von X. M. Heath.

Jane Burns, sechsundvierzig Jahre alt, unverheiratet, nie früher schwanger, aufgenommen in das Manchester Union-Hospital am 6. November a. c. Die Kranke hatte in dem letzten vier Jahren an kurzer Menorrhagie gelitten, welche alle drei bis vier Wochen wiederkehrte und jedesmal neun bis zehn Tage andauerte. Vor zwölf Monaten bildete sich am unteren Theile des Bauches in der linken regio hypochondriaca eine Geschwulst von dem Umfange einer großen Orange, welche, ohne Schmerzen zu verursachen, rasch an Umfang zunahm und oft von großen Mutterflüssen begleitet war. Von Aufsen gesehen, glich der Leib dem einer im sitzenden Konstate ihrer Schwangerschaft befindlichen Frau, indem die Geschwulst in der Mittellinie lag und sich vom Becken aus bis ein Wenig über den Nabel hinaus erstreckte. Sie fühlte sich fest an und war nach allen Richtungen hin beweglich. Auch die Untersuchung per vaginam ergab keine Schwangerschaft; der äußere Muttermund lag etwas nach vorne und war geschlossen, die Spalte quer und der Mutterhals birnenförmig. Wenn man den Finger gegen das os uteri anbrachte und den tumor in die Höhle hob, so bemerkte man eine gewisse Bewegung des uterus, was zu der Annahme führte, daß die Geschwulst an diesem Organe befestigt sei. Nach wiederholt und aufs Genauere angestellten Untersuchungen kam man endlich zu dem Schlusse, daß eine Eierstockgeschwulst vorhanden sei, und fand den Fall für die Operation vermittelst des großen Bauchschnittes geeignet. Nach einer die Ausdauer regulirenden und die Kräfte unterstützenden Vorbereitung wurde die Operation am 21. November Vormittags 11 Uhr angefaßt. Ein Schnitt von ein Wenig unterhalb des schwedischen Kniegelenks bis zu 1 1/2 von der Schambeinverbindung in der Mittellinie, aber ein Wenig links vom Nabel abweichend, drang durch die Haut, das Fettdarce und die fascia superficialis und legte die fascia transversalis frei. Nach einer kleinen Pause, während welcher

eine Ligatur um einen kleinen Ast der a. epigastrica inferior gelegt wurde, ward ein Stück der fascia transversalis mit der Pinzette erfaßt und durchschnitten, um eine Hohlnadel einzuführen, mit welcher die Öffnung gebührend erweitert wurde, um meinen Finger einzuführen, und unter der Leitung desselben den Schnitt etwas so groß, wie die äußere Wunde zu machen, worauf dann auch das Bauchfell auf dieselbe Weise eröffnet wurde. Der tumor kam nun zum Vorschein und zeigte sich als der von einer festen Masse ausgehete uterus. In einhundert mich nun, denselben an Masse zu entfernen, führte meine Hand über den Gebärmuttergrund und hinter denselben, doch ihn aus der Bauchhöhle hinaus, führte zwei doppelte Ligaturen ein und erstirpirt die Masse. Die Blutung war sehr gering, und die Wunde wurde dann lege artis geschlossen. Als die Wundränder in's Bett gebracht worden war, trat Erbrechen ein und bestiger Schmerz am Nabel, welche Symptome durch ein Stiefelkissen mit Morphinum acetatum fast ganz beseitigt wurde. Der Zustand der Kranken blieb nun im Ganzen befriedigend, aber am nächsten Morgen stellte sich rapid collapsus ein, und der Tod erfolgte 17 Stunden nach der Operation.

Section. — In der Bauchhöhle 14 Unzen Tumor, welche aus der Schenkelrinne abgesehen waren; Niere und Nieren sehr erweicht, Leber, wie fast alle andere Organe, anämisch.

Die erstirpirt Masse bestand aus dem ganzen Körper des uterus, welcher ein dichtes Neugebilde umhüllte. Sie war vollkommen weich, gleichförmig, fadenförmig, wozu 6 Pfund, hatte einen Durchmesser von 7" von oben unten und eine Umfang in quere Richtung von 20". Die Wandungen des uterus hatten sich dadurch 4 Zoll an Dicke zunahmten und die Muskelfasern waren ebenso, wie bei vorgerückter Schwangerschaft, entwickelt. Der tumor nahm augenscheinlich seinen Ursprung im Rückgrate bis vier unterhalb der Schambeuge aus und nach unten vom Fundus und besonders nach hinten hin vorgeschritten, indem die Schambeuge nur so sich einwärts weiche sein kugelförmiges unteres Ende mit einer glatten, glänzenden Oberfläche überzog. Das Neugebilde war hart, fest, sehr dicht und festsitzte beim Einschnitten, es war gelblichweiß gefärbt, ohne viele Gefäße und war in abgehängter, unregelmäßige Lappen durch blutige, halbbrüchige Fasern abgetheilt, nicht unähnlich den Streifen, welche wahr scirröse Formationen durchschneiden. (London Medical Gazette, Decbr. 1843.)

Ueber die pathologische Anatomie der tuba Eustachii

las Herr Bonafont in der Sitzung der Academie des sciences am 15. April. Der Verfasser berichtet, wievohl er auch das Vorkommen von Tubosität in Folge einer Anheftung der Höre zugibt, daß jene weit häufiger durch eine Verengerung derselben, in Folge einer Verödung der sie auskleidenden Schlemmhaute, herbeigeführt werde. Davon ausgehend, hat Herr Bonafont, nachdem er sich von der Unzulänglichkeit geformirter Injections aller Art, dem in solchen Fällen gerichtlich als einziges therapeutisches Agens angewandten Mittel, überzeugt hat, dieselben durch eine rationellere Methode ersetzt, welche ein wirklicher Fortschritt in der Behandlung der Tubosität ist. Nachdem er die Beschaffenheit und den Sitz der Verengerung erkannt hat, befümpft er dieselbe durch die Methode der Erweiterung, ähnlich der bei hämorrhoiden Stricturen angewandten, mit Hilfe einer kleinen Doze von Gummilastium, oder einer Darmfiste, welche vermittelst eines silbernen Catheters, in die tuba eingeführt wird. Herr Bonafont ist auf diese Behandlungsmethode durch sehr genaue anatomische Studien über die, die Trompete auskleidende Membran, sowie über die der Paukenhöhle, des Gehörknöchelchens, nachdem ihm mikroskopische Beobachtungen des Schlemmbauges einer Menne von Schlemmbaugen auf der ganzen Länge der Trompete nachgegangen hatten, während er sich auf der Schlemmbaugen des Trommetelbäuges auszukunden vermochte, fand er therein einen geringeren Bestand für den Unterschied zwischen dem in der Trommetelbäuge secretirten Producte, welches wesentlich schleimig ist, und

der Secretion der Trommel, deren Durchlässigkeit ihr eine große Aehnlichkeit mit der Secretion derser Hüte verleiht. In dem Hohen drückter Körper in der Trommelhöle flimm verkommen in dem Neugeborenen, welchen Herr Bonafant einer jeden dieser Membranen zuhelfte, sowie mit dem von ihm daselbst beobachteten pathologischen Veränderungen. Daber der Unterschied — welcher aus einem großen positiven Verthe zu haben scheint — den Herr Bonafant zwischen den beiden Membranen macht, indem er die der Trompete zu den Schleinhäuten, die der Trommelhöle dagegen mehr zu den serösen Häuten zählt. Der Verfasser schließt seine Arbeit mit folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Membran, welche die tuba Eustachii auskleidet, ist nicht von derselben Beschaffenheit, wie die der Trommelhöle.

2) Dieser Unterschied ergibt sich sowohl aus dem Fehlen der, in der Trompete zahlreich vorhandenen Schleinrüben als der Membran der Trommelhöle, als auch aus den pathologischen Veränderungen dieser Membranen.

3) Dieser Unterschied in der Organisation muß notwendigerweise auch eine Differenz der Affektionen herbeiführen, welche die Trompete oder die Trommelhöle befallen, sowie auch die Behandlung eine verschiedene sein muß.

4) Die gasförmigen Douchen aller Art sind meist bei der Behandlung dieser Art der Taubheit unwesentlich, da sie in keinem Falle Erweis gegen die Verengungen der Trompete zu leisten vermögen.

5) Bei der Verengung dieses Canales besteht die einzig rationelle und befriedigende Resultate ergebende Behandlung darin, sie auf dieselbe Weise, wie die Structuren in anderen, mit eisernen Schleinbaut überzogenen Canälen, zu behandeln. Die Methode der Erweiterung, da, meiner Erfahrung nach, constant die hartnäckigsten Structuren der Trompete überwinden, und in keinem Falle habe ich mich genöthigt gesehen, zur Cauterisation meine Zuflucht zu nehmen.

6) Die Cauterisation darf nur mit der größten Vorsicht angewendet werden, sobald Structuren vorhanden sind, welche dieselbe durchaus erforderlich machen, was mir aber, bei einer sehr ausgedehnten Praxis, niemals vorgekommen ist. (Gaz. med. de Paris 1844, Nr. 16.)

Miscellen.

Von Ulceration und Anschwellung des Gebärmutterhalses heilt Hr. Dr. Bennett drei Arten auf: 1) solche Ulcerationen, welche bei Frauen vorkommen, die noch nicht geboren haben und keine Symptome einer acuten syphilitischen oder einfachen vaginitis zeigen; 2) solche, welche mit vaginitis oder mit primären oder secundären syphilitischen Affektionen vorkommen; 3) endlich solche, welche nach einer Gebärung oder einem abortus sich zeigen. — Ulcerationen der ersten Art, ohne Entzündung, sind selten und entstehen im Allgemeinen nach Erweisen im coitus, oder auch wohl nach dem ersten Umgang mit dem andern Geschlechte. Die Schleinbaut des Gebärmutterhalses ist sodann mehr oder weniger tief

erodirt, und sehr häufig ist ein heftiger Schmerz oder ein merkliches Unwohlsein nicht vorhanden. Dennoch können diese Ulcerationen passen drehend werden, weil ihre Verwundung sich in die Länge zieht, sie nicht selten erstere Erscheinungen herbeiführen und, nach Herrn Emery, eine häufige Ursache der Sterilität werden durch die Anschwellung, welche die Typen des Gebärmutterhalses erleiden, und wodurch das osseum verschlossen wird. — Unter den Fällen der zweiten Art bietet nur eine geringe Zahl einen schiebener Charaktere syphilitischer Ulcerationen dar, catemore, weil sie durch Coitulationsformen modificirt wurden, oder weil sie eine eigenthümliche Disposition zeigen, ihren ursprünglichen Charakter zu verändern. Sie kommen häufig bei mit syphilis befallenen Frauen vor. Bei der Mehrzahl der von Herrn Bennett beobachteten Kranken waren, mit Ausnahme eines weichen Flusses, pathologische Erscheinungen, wie Schmerz in der Lumbos, und hypogastrischen Gebeg, oder ein Gefühl von Schmerz, nicht vorhanden. In eine heftige spezifische vaginitis waren, so scheint die Ulceration Folge dieser Entzündung zu sein. In die dingegeben Folge einer Entzündung der Schleinbaut des Gebärmutterhalses selbst, so sind immer die Schleinbüte die der Ulceration oder feinerer apthöder Geschwüre, welche anfangs einzeln und in großer Anzahl bestehen, zuletzt aber zusammenfließen und eine größere oder kleinere Ulcerationsfläche darstellen. In solchen Fällen ist immer Anschwellung des Gebärmutterhalses vorhanden. — Die dritte Art von Ulcerationen ist, nach Herrn Bennett, die häufigste. So fell unter zwanzig Kranken in den Spitalen bei neunzehn die Affection von einer Entzündung oder einem abortus, welche zuweilen sogar schon vor mehreren Jahren stattgefunden, herühren. Ihre Ursachen sind mehrfach: allgemeine oder locale metritis, Uterivis, Zerung oder Contusionen des Gebärmutterhalses und seine Schleinbaut, u. c. Uebrigens erscheint die Ulceration gewöhnlich als ein consecutives oder degeneratives Leiden, letztere als rita primitives. (Journ. des conmiss. med.-chir., Nov. 1843.)

Ueber die eisenfarbigen Geschwülste der Brust überliefert Herr Esauvage der Academie des sciences, am 15. April, einen Aufsat. Unter dem Namen Cancer ebendort hat Professor Auzier Geschwülste bezeichnet, welche auf der weiblichen Brust erscheinen und mit den andern Affektionen, deren Sitz jenes Organ so häufig ist, weder in den Symptomen, noch im Ausgange und in der Structur Analogie besitzen. Sehr unterschieden von den Productionen, welche sich durch eine einfache cellulöse Anschwellung bilden, und wachsen, indem sie die benachbarten Theile nur auseinanderdrängen und comprimieren, entwickeln sich jene Eisenfarbigen Geschwülste, wie der Strich, auf Kosten des Zellgewebes und wachsen, indem sie nach und nach das umgebende Gewebe in sich einschließen. Zu diesem acuminösen Charakter kommen aber noch andere differentielle, und besonders der nach Klobert, daß diese Krankheit niemals in Verschönerung übergeht. Ihr Sitz ist ausschließlich die weibliche Brust; diese Krankheit kann denselben mit dem Stierh verwechselt werden. Wie dieser, drängt sie sich des Zellgewebes, zieht es demselben heran, concentriert es in sich, solidifizirt es und wandelt es auf eine ganz eigenthümliche Weise um; aber die Härte des Gewebes, die gleichförmig abgerundete Oberfläche, das Fehlen des Schmerzes in der Mitte des Herdes und das Ausbleiben der Verschönerung sichern die Diagnose.

Bibliographische Neuigkeiten.

British Marine Conchology. By C. Thorpe. London 1844. 12. Trattato di fisica elementare. Di Francesco Zantedesco. Tomo I. Venezia 1843. 8.

Obstetric Tables. New Edition, comprising a practical Treatise on Midwifery. Illustrated with numerous coloured dia-

sect-d Drawings, by the progressive Stages of Parturition etc. and the manual Operations of the Science are demonstrated with peculiar perspicuity and fidelity. By George Spratt. London 1844. 4.

Quelques mots sur l'organisation de la médecine en France. Par le Docteur Louis Fleury. Paris 1844. 8.