

an den Bandapparaten noch an den Synovialgelenken weitere Veränderungen entdecken liessen, so betrachtet Verf. die Geschwülste als Heteroplasien der Synovialhäute und des Periostes, die mit den Gelenkhöhlen in keiner weiteren Beziehung stehen.

Fr. Grohe.

5.

L. Teichmann, Zur Lehre von den Ganglien. Inaug.-Dissert.
Göttingen 1856.

Neben den beiden bekannten Arten von Ganglien, (der Wassersucht der Schleimbeutel und Sehnenscheiden, so wie den Sackgeschwüsten in der Nähe der Gelenke) unterscheidet Verfasser eine dritte Art hydropischer Geschwülste, welche er als Cysten-Ganglien bezeichnet. Sie kommen bei allerlei Individuen vor, ohne Unterschied des Alters, Geschlechtes und Standes. Auch werden sie durch keine Krankheit ausgeschlossen. Sie kommen in der unmittelbaren Nähe aller Gelenke vor, besonders häufig aber auf der Dorsalseite der Hand, wo sie bei der Beugung sehr deutlich hervortreten. Ihre Grösse variiert zwischen der eines Stecknadelkörpchens und der eines Taubeneies und darüber. An der Hand findet man die kleineren an jedem 5. oder 6. Individuum; die grösseren sind weit seltener. Ueber die Veranlassung lässt sich nichts Bestimmtes angeben. Dass anhaltende Bewegungen nicht immer als Entstehungsursache angenommen werden kann, beweist Verf. durch die Beschreibung eines Falles, wo ein solches Cysten-Ganglion von beträchtlicher Grösse bei einem 3jährigen Knaben beobachtet wurde, der seit einem Jahre an Paralyse sämmtlicher Extremitäten litt.

Von den grösseren Cystenganglien hatte Verf. nur zwei zu untersuchen Gelegenheit. Das eine von dem erwähnten Knaben, welches auf der Dorsalseite der linken Hand sich vorfand, und das im längsten Durchmesser 7 Linien, im kürzesten 5 Linien, und in der Höhe $4\frac{1}{2}$ Linien mass. Es sass mit breiter Basis auf der Gelenkkapsel und dem Os scaphoideum und lunatum auf, vor dem Lig. carpi dorsale, zwischen den Sehnen der Extensoren, welche seitlich verdrängt waren, ohne das dadurch Schmerz oder eine mangelhafte Bewegung bedingt gewesen wäre. Die Form war elliptisch und die Oberfläche mit 3 undeutlichen Einschnürungen versehen. Der Knabe ist im 6. Lebensjahre an Tuberkulose der Lunge und Meningen gestorben. Des Tumor hatte sich im 3. Lebensjahre gebildet, und ist von da nicht mehr weiter gewachsen.

Der zweite Fall kam bei einem 56jährigen Taglöhner vor, der an Pneumonie gestorben. Der Ort seines Vorkommens, Verwachsung etc., gleichfalls auf der linken Hand, war dem ersten Falle vollkommen gleich; die Höhe betrug 5 Linien, der Durchmesser der Basis $4-4\frac{1}{2}$ Linien.

Die kleinen Cystenganglien beobachtete Verf. am Schulter-, Ellenbogen-, Knie-,

Sprung- und Metatarsal-Gelenk, besonders häufig aber an dem Hand- und Metacarpal-Gelenk. Einige sah Verf. auf dem Perioste der Handwurzelknochen. Diese kleineren Formen kommen isolirt und in Gruppen vor. Sie sind bald rund, bald oval und schlauchförmig. Während ihre Oberfläche mit den benachbarten Theilen nur schwach verbunden, so ist die Basis mit den unterliegenden Theilen sehr fest verwachsen.

Der Ballg der Cystenganglien besteht aus Bindegewebe und besitzt keine weiteren charakteristischen Merkmale. Die innere Wand ist in der Regel mit einem Pflasterepithelium überzogen; bei den kleineren findet sich dies weit häufiger als bei den grossen. Letztere zeigen auf dem Durchschnitt einen fächerigen Bau, dessen Scheidewände den äusseren Einschnürungen entsprechen. Auf der innern Fläche bemerk man bei schwacher Vergrösserung leichte Prominenzen, die sich bei stärkerer als secundäre Cysten ergeben. Der dickflüssige Inhalt der Cystenganglien erscheint dem unbewaffneten Auge nicht getrübt. Mit dem Mikroskopie erkennt man darin abgestossenes Epithelium, Fetttröpfchen und besonders Zellen. Diese, in wechselnder Menge, besitzen einen mehr oder weniger deutlichen Kern und einen feinkörnigen Inhalt, der dem Ganzen ein granulirtes Aussehen giebt; zuweilen finden sich auch Fetttröpfchen darin. Die Zellkerne sahen selten den normalen ähnlich, sondern waren eingeschrumpft und wie verwelkt. In kaltem Wasser veränderten sich die Zellen nicht; beim Kochen und in Essigsäure lösten sie sich auf. Die Bedeutung derselben lässt Verf. dahingestellt. Der eigentliche Inhalt ist klebrig, gallertig und übertrifft die Synovia an Festigkeit. Er ist farblos oder schwach gelb und reagirt schwach alkalisch. Die zu geringen Mengen liessen keine genaue Analyse zu; es fand sich darin: Albumin, sogenanntes Mucin und Sätze. Verf. schliesst aus allem dem, dass es sich hier um Colloidgeschwülste handle, die mit Synovialmembranen in gar keiner Verbindung stehen, zumal da sie sich sowohl auf dem Perioste, wie auch auf Ligamenten bilden. Einen Hauptgrund zu dieser Ansicht findet Verf. noch in der Entwicklung der Tochterzellen auf der Innenwand des Sackes, wodurch sie den Colloidcysten noch näher treten und als wirkliche pathologische Neubildungen aufgefasst werden müssen.

Verf. sucht in weiteren Vergleichungen, besonders mit den französischen Beobachtern, die Selbstständigkeit seiner Colloidcysten zu vertreten und theilt schliesslich die Ganglien ihrem Ursprunge nach in folgende Arten:

- 1) In solche, welche aus Hypertrophie der Sehnenscheiden entstehen.
- 2) In solche, die durch Hypertrophie der Schleimbeutel gebildet werden (Hymrome).
- 3) In Colloidcysten an den Gelenken der Extremitäten.
- 4) In Hernien der Gelenkkapsel und Sehnenscheiden.
- 5) In Rupturen der Gelenkkapsel oder Sehnenscheiden.
- 6) In Geschwülste, welche durch Obliteration der Crypten entstehen, wenn solche überhaupt vorkommen.

Therapie. Druck oder Schlag zur Zerstörung des Sackes ist nicht ratsam, da leicht auch die Gelenkkapsel zerreißen kann. Die Anwendung des Tenotoms wird in so fern nicht genügen, als es unmöglich sein dürfte, alle Cystenräume

zu zerstören. Es müssen also zur Zerstörung andere Mittel angewendet werden, — deren Auswahl jedoch der Herr Verfasser dem practischen Arzt überlässt.

Fr. Grohe.

6.

Hermann Meyer, Ueber die Nerven der Gelenkkapseln. (Vierteljahrsschr. der naturforsch. Gesellsch. in Zürich. 1857. II. Jahrg. S. 75).

Herr Meyer fand, dass Nervenzweige zu den wesentlich constituirenden Theilen der Gelenkkapsel gehören und deshalb an keinem Gelenke fehlen dürfen. Als solche Kapselzweige bezeichnet er folgende*):

an das Schultergelenk tritt ein Zweig des N. axillaris (Krause 1094, Valentin 566, Arnold 793);

an das Ellenbogengelenk:

a) hintere Seite: ein Zweig des N. ulnaris mit der Art. collateralis ulnaris prima verlaufend,

b) vordere Seite: ein Zweig des N. radialis;

an das Handgelenk:

a) dorsale Seite: das Ende des R. profundus n. radialis (Krause, 1098, Arnold 798);

b) volare Seite: das Ende des N. interosseus und --- ein rücklaufender Ast des R. profundus n. ulnaris,

c) radiale Seite: das Ende des R. profundus n. ulnaris (?);

an die Metacarpo-Phalangalgelenke: lange dünne Zweige des R. profundus n. ulnaris;

an die Phalangalgelenke der Finger: Zweige der N. digitales volares;

an das Hüftgelenk:

a) hintere Seite: ein Zweig desjenigen Astes des N. ischiadicus, welcher zu den M. gemellis und dem M. quadratus femoris tritt,

b) vordere Seite: ein Zweig des dem M. obturator externus bestimmten Astes des N. obturatorius,

c) in das Ligamentum teres: durch die Incisura acetabuli eintretend ein Zweig des so eben unter b) genannten Nerven;

an das Kniegelenk:

a) innere vordere Seite: ein Zweig des N. saphenus magnus,

*) Die Citate beziehen sich auf die Werke von Krause, Handbuch der menschlichen Anatomie, 2. Aufl. 1842; Valentin, Hirn- und Nervenlehre, 1841 und Arnold, Handbuch der Anatomie des Menschen, 1851, Bd. 2.