

des Fruchtwassers u. s. w. sich verzögern kann, ohne dass dadurch der Charakter der Heimlichkeit verloren geht; der Gerichtsarzt würde dann durch einen Befund, wie wir ihn vor uns haben, jedenfalls in die äusserste Verlegenheit gesetzt werden. In Bezug auf das intrauterine Emphysem muss ich Casper vollkommen Recht geben, wenn er sagt*), „dass bis jetzt noch kein einziger gut beobachteter und zweifelloser Fall von spontan in fötalen Lungen entwickeltem Emphysem bekannt, und dass es folglich in der forensischen Praxis nicht gestattet ist, die Schwimmfähigkeit der Lungen Neugeborener dieser Ursache zuzuschreiben“, es scheint mir indessen, dass der mitgetheilte Fall Veranlassung geben muss, eine Modification in diesem Ausspruch eintreten zu lassen.

Als Gegensatz zu dem obigen Sectionsbefunde will ich hier einen anderen kurz anreihen. Am 19. November vorigen Jahres wurde von einer Mutter, die schon 2 Jahre vorher in der Marburger Entbindungsanstalt niedergekommen war, und an hochgradiger Tuberkulose litt, ein Kind männlichen Geschlechts geboren, welches gleich nach der Geburt atmete und laut schrie, 6 Stunden darauf aber verstarb. Dasselbe war $1\frac{3}{4}$ Pfund schwer und 14 Zoll lang, mithin aus dem Ende des 7ten Schwangerschaftsmonates, womit übereinstimmte, dass die Hoden sich noch in der Bauchhöhle befanden, und der Knochenkern in der Oberschenkel-epiphyse fehlte. Das Merkwürdige war nun, dass die Lungen nirgends eine Spur von Luft enthielten; in Verbindung mit dem Herzen, sowie ohne dasselbe auf Wasser geworfen, gingen sie vollständig unter, ebenso ihre einzelnen Lappen und Läppchen, ihre Farbe war eine durchaus fötale, und selbst die genaueste Be- trachtung liess nirgends ausgedehnte Lungenzellen wahrnehmen. Hier hatte also das Leben 6 Stunden hindurch ohne jegliche Lungenatmung, die wahrscheinlich durch mangelnde Starrheit der Lufröhrenknorpel oder durch insuffiziente Innervation von Seiten der Medulla oblongata verhindert worden war, bestanden, ein Fall, der in diesem Extrem gewiss sehr selten vorkommt, während, wie bekannt, selbst über grössere Abschnitte der Lungen verbreitete Atelectase unter diesen Umständen nicht ungewöhnlich ist.

2.

Cavernenbildung in den Lungen eines 17 Wochen alten Kindes.

Von Prof. Hecker in München.

Ueber das Kind liess sich nur soviel in Erfahrung bringen, dass es seit der Geburt viel geschrien habe, eigentlich krank aber erst seit 12—14 Tagen geworden sei und zwar unter den Erscheinungen eines sich durch Strabismus und Nacken-contracturen manifestirenden Gehirnleidens, das am 15. August vorigen Jahres zum

*) l. c.

Tode geführt hatte. Aus dem Sectionsprotocolle verdient Folgendes hervorgehoben zu werden; Die grosse Fontanelle sehr erweitert, Körper nicht besonders abgemagert, ein Schneidezahn im Unterkiefer. Die Windungen des Gehirns sehr abgeflacht, alle 4 Ventrikel durch eine wasserhelle Flüssigkeit bedeutend ausgedehnt, Plexus chorioidei ganz ausgewaschen, das Gewebe des Gehirns durch das Wasser inacert. Exquisite Meningitis tuberculosa sowohl in Form zahlloser miliarer Granulationen, in geringerem Grade auf der Gehirnoberfläche, in weit stärkerem längs der beiden Fossae Sylvii und an der Gehirnbasis, als auch, namentlich am letzteren Theile und hier besonders wieder zwischen Chiasma und Corpora quadrigemina in Gestalt dicker, grünlicher, theils gelatinöser, theils schwartiger Exsudationen. Die linke Lunge stark an die Pleura costalis angeheftet, ihr unterer Lappen total tuberculös: in seinen unteren Partien die miliare Form, in der Mitte tuberculöse Infiltration, die nach oben in eine kirschengrosse Caverne mit dickem, gelbem, bröcklig-käsigem Inhalte überging; dieselbe war bei der Herausnahme eingerissen und krankes Lungengewebe an der Thoraxwand haften geblieben. Oberer Lappen der linken Lunge, sowie die rechte gesund, alle übrigen Organe normal.

3.

Ueber die Innervation der durch Ueberpflanzung gebildeten Nase.

Von Dr. Hermann Friedberg in Berlin.

Die Herren W. Busch und M. J. Weber in Bonn haben in einer aus der Stirnhaut gebildeten Nase ein Nervenstämmchen gefunden, welches, wahrscheinlich von dem N. infraorbitalis abstammend, in den transplantirten Lappen hineingewachsen war und sich hier vertheilte (s. dieses Archiv 1859, Bd. 16. II.). Herr Jobert fand in einem solchen Falle, dass die Nerven der Nachbarschaft in die neue Nase nicht eintraten, sondern in der Narbe an der Crenze der Nase mit einer Anschwellung endigten. Es stehen somit zwei anatomische Befunde einander gegenüber. Der erste weist darauf hin, dass die richtige Gefühlslocalisation in der neuen Nase durch Nerven vermittelt werde, welche aus der Nachbarschaft in die neue Nase hineinwachsen. Der zweite Befund zeigt, dass dies wenigstens nicht immer der Fall sei. Um so nothwendiger erscheint es, die anatomischen That-sachen durch klinische Beobachtungen zu ergänzen, um über das Gefühl und dessen Localisation in dem transplantirten Hautlappen sich aufzuklären. Aus der Greifswalder Klinik und aus der meinigen wurden solche Beobachtungen publicirt. Sie ergänzen die Auseinandersetzung, welche von Herrn Busch über die Innervation der überpflanzten Hauttheile gegeben wurde und wesentlich mit der von mir in dem 1. Bd. meiner „chirurgischen Klinik“ 1855 veröffentlichten übereinstimmt. Herr Busch hebt hervor, dass „wir über die Innervation an überpflanzten Haut-