

dauung, herangezogen werden. Die so häufig beobachtete symmetrische Anordnung der Geschwüre wird wohl Niemand im Ernst mit Brinton auf infectiöse Eigenschaften des Geschwürs beziehen wollen; sie scheint sich ungezwungen aus der Wirkung, die ein reizender Körper bei spastischen Contractionen der Muscularis auf correspondirende Schleimhauttheile ausüben muss, herzuleiten. Für diese Auffassung spricht auch eine Erfahrung, die ich bei einem Vergiftungsversuch mit Arsenik in Substanz gemacht habe.

Die weitere experimentelle Bearbeitung dieses Gegenstandes behalte ich mir vor.

---

### 3.

#### Zur Abwehr und Berichtigung.

Von Prof. Rud. Maier zu Freiburg i. Br.

---

In einer in diesem Jahre erschienenen, mir aber erst vor kurzer Zeit zu Gesicht gekommenen Schrift: Ueber die Heilung der Verengerungen der Thränenwege mittelst der inneren Incision, von Dr. J. Stilling, pract. Arzt u. Augenarzt in Cassel, Cassel 1868, hat dieser Autor bei der Besprechung der Anatomie des häutigen Thränenkanals auf S. 3 einige Angaben gemacht, die mich zu dieser Erklärung veranlassen. Er sagt daselbst: „Der häutige Thränenkanal . . . . . besteht aus folgenden Schichten: a) die Epithelialschicht . . . — b) die mucöse Schicht . . . — c) die cavernöse Schicht. Sie ist vorzüglich ausgeprägt im unteren Theil des Kanals. Henle hat das Verdienst, zuerst ihr Vorhandensein mit Sicherheit erkannt und ihr Verhalten geschildert zu haben. (Henle, Handb. d. Anat. d. Mensch. Eingeweidelehre, S. 744.“ — Die Anschauung der Verhältnisse rührt offenbar daher, dass Herr Dr. Stilling nur das Handbuch von Henle darüber zu Rathe gezogen hat und dass er namentlich meine Arbeit über den Gegenstand nicht kannte. Ich nehme diese Erklärung, weil sie mir die einfachste und natürlichste scheint, weil es Jedem vorkommen kann, dass er eine kleine monographische Arbeit übersieht und weil ich speciell mit dieser Monographie dieselbe Erfahrung schon oft gemacht habe. Darüber mache ich also dem Verfasser so wenig einen Vorwurf als dem Handbuch der system. Anat. des Menschen von Henle, das bei der Besprechung des cavernösen Baues des Thränenkanals meinen Namen nicht anführt. Dazu ist Niemand verbunden und schliesslich, kann man sagen, wird einmal Etwas Eigenthum Aller. Ein Anderes aber ist es, ob ich nicht das Recht habe, mein Eigenthum zu reclamiren, wenn es einem Dritten nur so ohne Weiteres geschenkt wird. In meiner Arbeit: Ueber den Bau der Thränenorgane. Freiburg. Wagner. 1859., lege ich mir wenigstens die Thatsachen zu gute, dass ich zuerst mit Sicherheit die Existenz der Drüsen in der Schleimhaut der Thränenwege nachwies und dann den cavernösen Bau in der Wandung des Thränenkanals. Letztere Verhältnisse habe ich S. 49 u. 50 auf das Vollständigste constatirt. In dem Jahresbericht von Henle und Meissner pro 1858 werden die genannten Thatsachen auch von

Henle (Anat. Th. S. 167) erwähnt. In einem Aufsatz in den öster. medicinischen Jahrbüchern des Jahres 1861 von Stellwag von Carion (Theor. u. pract. Bemerkungen zur Lehre von den Thränenleitungsorganen) adoptirt dieser Forscher, natürlich mit Nennung meines Namens, vollkommen meine Angaben. Ich erwähne das nur, um zu zeigen, dass noch vor dem Erscheinen der Eingeweidelehre (1866) von Henle die Verhältnisse des cavernösen Baues des Thränenkanals vollkommen bekannt und schon ihre Anwendungen auf pathologische Vorgänge dieses Theils gemacht waren.

Freiburg, im November 1868.

#### 4.

### Notiz über eine angeborene Luxation des Radius mit Defect des mittleren Theils der Ulna.

Von Dr. Hugo Senftleben, Stabsarzt in Hamburg.

(Hierzu Taf. XII. Fig. 1—2.)

Unter den 4-5000 Militairpflichtigen der Jahrgänge 1847 und 1848, welche bei der Aushebung dieses Jahres auf dem Hamburger Gebiet von mir untersucht sind, befand sich auch der 21jährige, sonst gesunde und kräftige Hausknecht J. J. Heinrich Cordts aus Hamburg, der mit der auf Taf. XII dargestellten Missbildung des linken Vorderarms auf die Welt gekommen ist. Dieselbe besteht in einer erheblichen Verkürzung desselben, erzeugt durch eine vollkommene Luxation des Capitulum radii nach aussen und oben bei gleichzeitigem Defect des mittleren Theiles der Ulna in einer Ausdehnung von 6 Zoll. An Stelle des grösseren Theiles der Diaphyse dieses Knochens ist nur ein ligamentöser, durchaus weicher Strang zu fühlen und dem entsprechend erscheint die Ulnarseite des Vorderarms concav eingebogen. Der Kopf des Radius steht 2 Zoll über der Gelenkfläche des Humerus (eminencia capitata) und lässt sich, namentlich in pronirter Stellung, unter der Haut isolirt fühlen und umgreifen (Fig. 2 r.). Merkwürdig ist dabei, dass seine tellerförmige Gelenkfläche, trotzdem die Luxation intrauterin zu Stande kam, scheinbar ganz normal gebildet ist. Das obere und untere Ende der Ulna sind ebenfalls beide ganz normal gebildet und hat namentlich das Olecranon, sowie die Fossa sigmoidea normale Gestalt und Dimensionen, so dass auch spontan die völlige Flexion und Extension des Vorderarms möglich ist. Pro- und Supination sind, trotzdem die Ulna keine feste Stütze gibt, dennoch fast ganz ausgiebig, spontan ausführbar. Die Muskulatur ist nicht schlechter entwickelt als an einem normalen linken Gliede. Hand und Handgelenk sind ebenfalls ein wenig schwächer, aber normal gebildet und vollkommen functionsfähig. Die Länge des Humerus, vom Acromion bis zum Condyl. int. gemessen, beträgt beiderseits 11 rheinl. Zoll und ist der linke Oberarm im Wachsthum durchaus nicht zurückgeblieben. Vergleichende Messung der beiden Vorderarme ergibt: