

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:

	rechts	links
Länge des Radius	10 Zoll	8 Zoll
Länge der Ulna	10 -	6 -
Das obere Ende der Ulna beträgt (Fig. 2 a)	— -	2 -
Das untere Stück (Fig. 2 c)	— -	1½ -
Der ligamentöse Zwischentheil (Fig. 2 b)	— -	2½ -
Umfang des Handgelenks über dem Process. styloid. rad.	7 -	6 -

Nicht ganz manifest ist es, ob in utero zuerst eine gewaltsame Luxation des Radius stattgefunden hat und dann secundär eine Hemmungsbildung oder Atrophie des mittleren Theiles der Ulna gefolgt ist, oder ob — was nicht wahrscheinlicher ist, — die mangelnde Entwicklung (in Folge von Druck oder Stoss) der Ulnadiaphyse eine Luxation des Radius zu Wege gebracht hat. Jedenfalls müssen beide Prozesse in sehr später Fötalperiode eingetreten sein, da sowohl der Radius wie die Ulna in ihren Gelenktheilen normal geformt, die Musculatur (vergl. Fig. 1) gut entwickelt und der Vorderarm, trotz der Verkürzung um 4 Zoll so wohl functionsfähig ist, dass der Besitzer, als ich ihn zum Photographiren bestellen liess, die Besorgniss aussprach, er könne doch wohl noch zum Train eingezogen werden.

Für die Mechanik der Bewegungen des Vorderarms ist es wichtig zu wissen, dass die Resection eines Stückes der Diaphyse der Ulna, selbst wenn gar keine Ossification eintritt, ein recht gebrauchsfähiges Glied hinterlassen kann.