

Labyrinth erzeugt; diese Erschütterung bewirkte eine vorübergehende Lähmung sämtlicher für die tiefen Töne vorhandenen Nervenfasern. Das subjective Geräusch war bedingt durch eine Reizung nicht gelähmter Fasern. Unerklärbar ist nur, namentlich bei dem gleichzeitig vorhandenen Zischen, die Scharfhörigkeit für Geräusche. Ausserdem spricht die ganze Thatsache von Neuem für die Helmholtz'sche Empfehlung, Schwerhörige mit verschiedenen gestimmten Stimmgabeln zu untersuchen. Helmholtz hat diese Methode zuerst empfohlen, und zwar in der Sitzung des Heidelberger naturhistorisch-medicinischen Vereins am 6. December 1861, gelegentlich eines Vortrags, den ich damals über die physikalische Untersuchung des Gehörorgans gehalten habe. In derselben Sitzung theilte Helmholtz mit, dass er zwei Schwerhörige nach dieser Methode geprüft habe. Bei dem einen fehlte das Vermögen, hohe Töne, bei dem anderen das Vermögen, tiefe Töne zu percipiren.

4.

Die Galenische Hydatid.

(Briefliche Mittheilung an den Herausgeber.)

Von Dr. J. E. Polak.

Zur richtigen Deutung einer Stelle aus Galenus, welche Sie in Ihrem Werke über die Geschwülste Bd. I. S. 231 citiren, erlaube ich mir eine Erklärung beizufügen.

In Persien herrscht in Medicin und Chirurgie das Galenische System fast unverfälscht; viele Augenoperationen werden von den Augenärzten (Kaeibāl) ganz nach seiner Angabe gemacht, so die der Cataracte, der Trichiasis mittelst Infibulation der entropischen Cilien durch Fangen derselben in einer Haarschlinge und Durchziehen nach aussen, der *Abrasio conjunctivae* im Pannus (welche, im Vorbeigehen gesagt, Dr. Furnari in Algier von einem persischen Arzt unvollkommen erlernte und publicirte). Zu diesen gehört auch die Fettgeschwulst unter dem oberen Augenlide, man nennt sie dort *Pi derāwurdn* پی درآوردن d. h. das Talg- ausziehen. Es geschieht nämlich im Orient (Persien, Aegypten) häufig, dass durch langjährigen Bestand einer chronischen Entzündung der *Palpebralconjunctiva* das obere Lid zuerst ödematös anschwillt, jedoch später, selbst nach Heilung des primären Leidens, eine resistente Geschwulst zurückbleibt. Diese erzeugt Entstellung, denn die Einkerbung unter dem Orbitalbogen ist verwischt, und das Lid liegt in einer Vertikalebene mit den Augenbrauen. Nebst der Entstellung tritt auch Druck und Schwierigkeit der Bewegung ein, daher „die Augen laufen“, weil das Lid die fremden Stoffe nicht wegwischen kann.

Darauf bezieht sich die Stelle in Galenus (Def. med. Ausgabe Kühn p. 438): *Hydatid substratae superioris palpebrae pinguedinis augmentum est, qua fluunt prater naturam oculi.*

Ferner die entsprechende von Celsus (Buch VII. Cap. 7. Uebersetzung von Scheller S. 247): „Es entstehen mitunter an den oberen Augenlidern Blasen, welche fett (Vesicae pingues, dies sind die ὑδατίδες πημελωίδες bei Paul. Aeg. VI. 14.) und schwer sind, kaum das in die Höherichten des Auges gestatten und einen leichten, aber anhaltenden Schleimfluss derselben veranlassen. Gewöhnlich entstehen sie bei Kindern“. Auch diesen letzten Satz fand ich im Orient bestätigt.

Operation: „Man muss hier mit zwei Fingern das Auge zusammendrücken, auf diese Weise die Haut anspannen, und mit dem Messer quer einen Schnitt über die Geschwulst machen, dann ergreift man sie mit den Fingern und zieht sie hervor, denn sie folgt leicht“ (Galenus l. c.).

Gerade so macht der persische Kaehāl die Operation des Pi derāwurden: Man fasst eine vertikale Falte des oberen Lides und stösst ein spitzes Messer durch. In die horizontal klaffende Wunde ragt nun ein mit Fett durchsetzter Strang hinein; dieser wird am äusseren Winkel mit einer Zange gepackt, durch Zug gelöst und endlich am inneren Winkel abgerissen. Fast immer kommt das Leiden bei Kindern an beiden Augen vor, daher sie doppelt geübt wird. Bei der Häufigkeit des Leidens, da mir Solventia nichts leisteten, da ich ferner die Erfolge der Quacksalber constatirte, machte ich zuletzt selber die Operation des Talgausreissens in Persien. Hier in Cairo bot sich mir weniger Gelegenheit dazu, weil mir persische Quacksalber alle Fälle wegfischten. Ich war daher froh, endlich zwei Fälle (ein 9jähriges Copten- und ein 12jähriges Arabermädchen) an beiden Augen zu operiren, wovon Sie 3 Präparate erhalten.

Nachschrift des Herausgebers.

Es macht mir nicht geringes Vergnügen, dass mein Citat die Veranlassung gewesen ist, die Erklärung der gewiss nicht leicht verständlichen pseudogalenischen Definition auf einem so merkwürdigen Umwege zu gewinnen.

Die mir von Hrn. Polak zugesendeten Präparate stellen 6—7 Centim. lange, lappige Fettstränge dar, in denen einzelne verhärtete Stellen enthalten sind, die sich aber sonst in nichts von gewöhnlichem Orbitalfettgewebe unterscheiden. Ihre grosse Länge konnte zunächst den Verdacht erregen, dass das Fett aus der ganzen Tiefe der Orbita herausgezogen sei, allein diese pflegt selbst beim Erwachsenen nur 5—6 Centim. tief zu sein. Eine genauere Betrachtung zeigte auch, dass an jedem der 3 Präparate, etwa $1\frac{1}{2}$ —2 Centim. von dem einen Ende, eine dünnere Stelle war und dass in dieser Gegend eine bindegewebige Scheide an dem Fettstrang lag, welche sich ohne Mühe so um denselben legen liess, dass das kürzere Ende sich zurückschlug und neben das längere zu liegen kam. Ein Parallelversuch an der Leiche ergibt ein ganz ähnliches Gebilde, wenn man nach einer Incision in das obere Augenlid das Fett, welches unter demselben und um den M. rectus superior liegt, mit Gewalt hervorzieht.

Lipomatöse Bildungen an dieser Stelle werden verschiedentlich erwähnt. B. Travers (Synopsis of the diseases of the eye. Lond. 1820. p. 225) schildert

ihr Vorkommen in dem Zwischenraum zwischen den geraden Augenmuskeln. Rosas (Handbuch der Augenh. Bd. II. S. 421) sah sie besonders bei skrophulösen Kindern, bisweilen auch bei Weibern. Demarquay (Tumeurs de l'orbite p. 359) citirt Beispiele von Dupuytren, Carron du Villards, Cornaz und Bowman. Auch der Fall von Bowman betraf einen jungen Burschen, bei dem beide Augenlider befallen waren, und der von Cornaz soll congenital gewesen sein.

5.

Ueber einen congenitalen Umbilicalanhang.

Von Rud. Virchow.

Gegen Ende Juni d. J. erhielt ich von Hrn. Dr. Gerdes zu Fedderwarden (Oldenburg) eine von demselben extirpirte Geschwulst zugesendet. Nach seiner Mittheilung hatte er dieselbe am 14. Juni zum ersten Male an einem vor einigen Stunden gebornen Kinde gesehen. Drei Tage später beschrieb er sie folgendermaassen:

„Dieselbe drängt sich mit dem Nabelstrang aus dem Nabelringe heraus, hat eine Länge von etwa 4 Zoll, die Dicke eines Zeigefingers und verdünnt sich nach oben hin, so dass sie in ihrer Gestalt viel Aehnlichkeit mit einem Kuhhorn hat. An der Basis trägt sie einige kleine Auswüchse, die ganz das Ansehen von Cotyledonen der Placenta haben. Da, wo sie in dem Nabelring eindringt, scheint sie von allen Seiten comprimirt zu sein und hat ein mehr ligamentöses Aussehen. Das Aussehen der Geschwulst ist bei der Geburt hochroth gewesen, später ist dasselbe schwärzer geworden. Die Consistenz der Geschwulst ist ziemlich fest, Pulsation fehlt, durch Compression lässt sie sich nicht verkleinern.“

In der nächstfolgenden Zeit schrumpfte sie etwas. Am 22. Juni wurde sie, soweit es ohne grössere Verletzung möglich war, von Hrn. Gerdes extirpirt und sofort frisch mir zugesendet, mit der Bemerkung, dass sie nach der Operation noch kleiner geworden sei.

Das ziemlich gut erhaltene Präparat war noch 6 Cm. lang, an der Basis 2 Cm. dick, bis zu einer Länge von 4 Cm. fast gleich dick und drehrund, von da an dünner und am Ende mit einem länglich-rundlichen, 1 Cm. langen, $\frac{1}{2}$ Cm. dicken, mit engerem Hals aufsitzenden Lappen besetzt. Die Oberfläche war glatt, ziemlich derb, dunkelroth, die Schnittfläche sehr schlüpfrig und mit zahlreichen, ziemlich dickwandigen, zum Theil klaffenden Gefässen versehen. Man unterschied deutlich um diese Gefässe herum eine etwas mehr lockere, balkige Centralmasse, welche nach aussen hin in eine derbere, mehr glatte und gleichmässige Umhüllungsschicht überging, sehr ähnlich, wie es auf dem Querschnitte des Nabelstranges selbst gesehen wird. Dasselbe zeigte sich auch auf einem Längsschnitt. Unter den Gefässen unterschied man einige sehr weite, ja noch gegen das dünnere Ende hin fand sich ein solches, dessen Lumen bei mässiger Ausweitung 2 Mm. Durchmesser hatte. Solche von $\frac{1}{2}$ Mm. Dicke waren an der Basis recht zahlreich. Die feinere Untersuchung ergab unter einer Pflasterepithelschicht eine ziemlich dicke Cutis-artige Lage, welche ein sehr schönes, grosses Kreuzgeflecht von Spindelzellen und eine dichte, schwach faserige, schleimige Intercellularsubstanz enthielt. Die tieferen Lagen enthielten hie und da Fettläppchen, meist war es ein grobfasciculäres Schleimgewebe mit ungewöhnlich grossen und zahlreichen Spindelzellen.

Das Ganze erwies sich also als ein dem Nabelstrang selbst analog gebautes (omphaloides), hyperplastisches, jedoch mehr nach dem Habitus eines Spindelzellensarkoms entwickeltes Gebilde.