Erwähnenswert ist, daß, wie so häufig, auch diese immerhin seltene Sequestrierung sich im Puerperium entwickelte.

5. Herr R. Benda - Prag: Zur Frage der Genese der intraligamentären Fettinfiltration bei Dermoidcysten des Ovars.

Demonstration von Diapositiven eines Falles von Austritt von Fettmassen aus dem Inneren einer im kleinen Becken fixierten Dermoidcyste des Ovars zwischen die Blätter der Ala vespertilionis, wobei es dortselbst zur Entstehung eines tumorähnlichen Gebildes kam. Durch chemische und mikrochemische Untersuchungen wurde festgestellt, daß die zwischen den Ligamentblättern befindlichen Fettmassen aus einem Gemisch verschiedener Fette bestehen, in dem neben Glycerinestern, Cholesterinestern und Cholesterinfettsäuregemischen, die die Hauptmenge darstellen, auch Fettsäuren und Seifen spärlich vertreten sind. Sie stammen demnach mit Sicherheit aus dem Inneren der Dermoidcyste und sind dorthin unter dem Drucke der Beckenwand auf den allmählich wachsenden fixierten Tumor ausgetreten. Der Austritt erfolgte derart, daß die Fettmassen teils in die Lymphgefäße der Cystenwand und der Mesosalpinx eindrangen, teils (wie aus den histologischen Präparaten hervorgeht) zwischen den Bindegewebslamellen der intakten Cystenwand direkt in das Gewebe der Mesosalpinx durchgeschwitzt wurden.

6. Herr Dietrich-Göttingen: Lymphangiom der Tube.

Lymphangiome der Tube sind ein enorm seltener Befund. Vorliegender ist der sechste in der Literatur beschriebene Fall. Es handelt sich um ein haselnußgroßes Knötchen in der rechten Tube unmittelbar am Abgang der Tube vom Uterus. Das übrige Genitale war, von einer Retroflexio fixata, bei deren Operation der Tumor als Nebenbefund gefunden wurde, abgesehen, normal, es bestanden keine Myome, wie in den anderen 5 Fällen. Histologisch handelt es sich um das Bild eines intramuskulär gelegenen kavernösen Lymphangioms mit einschichtigem, regelmäßigem Endothel.

7. Herr P. Esch-Marburg: Ein zusammengeknicktes (pseudoosteomalacisches) Becken infolge Ostitis fibrosa generalisata (nebst einigen Bemerkungen über die Ostitis fibrosa vom gynäkologischen Standpunkte).

Meine Herren! Die Frau, von welcher ich das *Becken* in einer Zeichnung, *Röntgenaufnahmen* und *Knochenschnitte* in Diapositiven zeigen will, hat folgende *Anamnese*:

39jährige Kranke, seit 1 Jahr in der Menopause, wurde im Januar 1921 in die Klinik aufgenommen. In der zweiten Hälfte der dritten Schwangerschaft, im Jahre 1917, traten ziehende Schmerzen in beiden Hüften und im linken Knie bei Bewegungen auf, die allmählich nach der Entbindung verschwanden. Sie kehrten mit Beginn der letzten Schwangerschaft, im Jahre 1919, in heftigerer Weise wieder.

Nach der Geburt setzte diesmal aber keine Besserung, sondern eine stetige rapide Verschlimmerung ein. Inzwischen war eine Vortreibung am linken Schienbein aufgetreten. Sehr bald konnte die Kranke nur mehr am Stocke gehen. Beim Fallen auf ebener Erde zog sie sich eine Fraktur des rechten Oberschenkels zu. Auch der linke Unterarm wurde schmerzhaft und etwas verkrümmt.

Die *Untersuchung* der decrepiden seit Monaten bettlägerigen Frau ergab starke Veränderungen des Skeletts, u. a. waren verschiedene Röhrenknochen gebrochen. Es bestand eine deutliche Lordose der Lendenwirbelsäule. Besonders auffallend war die *Deformität* des Thorax und des *Beckens*. Die Darmbeinschaukeln waren druckempfindlich. Wie auf der Zeichnung zu sehen ist, sprang die *Symphyse schnabelförmig* vor. Die beiden aufsteigenden *Schambeinäste* verliefen fast parallel zueinander, so daß die Tubera ischii einander stark genähert waren. Der *Beckeneingang* zeigte eine ausgesprochene Kartenherzform. Die Dist. spin. betrug 27, die Dist. crist. 30, die Conj. vera 7,2 und die größte Querspannung des Beckeneingangs 13 cm. (Die beiden letzteren Maße sind gelegentlich der späteren Autopsie genommen worden.)

Bei *dieser Anamnese* und *diesem Befunde* lautete unsere erste Diagnose: *Osteomalacie*. Allerdings war es auffallend, daß die Frau an Körperlänge nicht eingebüßt hatte. Auch wies das Blutbild keine Myelocyten auf wie gewöhnlich bei der Osteomalacie. Schließlich war es bemerkenswert, daß der Krankheitsprozeß sich gerade nach der Geburt und trotz der Amenorrhöe wesentlich verschlimmert hatte. Infolgedessen zogen wir einen Chirurgen zu. In der chirurgischen Klinik (Prof. *Läwen*) wurde eine *Ostitis fibrosa generalisata* diagnostiziert, und zwar in erster Linie auf Grund von *Röntgenaufnahmen* verschiedener Röhrenknochen. Diese Diagnose wurde 3 Monate später durch die Autopsie bestätigt.

Es handelt sich bei dieser Erkrankung um einen *völligen Umbau des Knochens*. Man findet starke Resorption desselben durch *Osteoclasten-nester* (lacunäre Resorption), daneben osteoides Gewebe. Das normale *Fettmark* ist teilweise durch fibröses Gewebe, teilweise durch rotes Mark ersetzt; auch beobachtet man tumorartige Gebilde und cystische Hohlräume.

Ich würde den Rahmen einer kurzen Demonstration überschreiten, wenn ich auf Einzelheiten der Erkrankung und die reichhaltige Literatur eingehen wollte. Ich muß mich darauf beschränken, die typischen Veränderungen an der Hand von sechs Diapositiven zu demonstrieren.

An einem *makroskopischen Längsschnitt* durch eine Tibia mit der Fibula wird die schmale, teilweise nur angedeutete Corticalis, die sich kaum von dem fibrösen Mark abhebt, gezeigt. Sie sieht teilweise wie angenagt, wellig aus. Ferner werden Knochenhöhlen (Knochencysten) von verschiedener Größe demonstriert. Diese charakteristischen Veränderungen werden alsdann in *Röntgenbildern* vom Humerus, von der Scapula und der Tibia gezeigt.

In zwei *Mikrophotogrammen* wird ein sogenannter brauner Tumor, eine riesenzellensarkomartige Bildung, fibröses Mark, die lacunare Resorption des Knochens und osteoides Gewebe demonstriert. Schließlich wird in einem Mikrophotogramm

ein Adenom eines Epithelkörperchens gezeigt. (Drei Epithelkörperchen wiesen diesen Befund auf. Die anderen Drüsen mit innerer Sekretion waren o. B.) Den Glandulae parathyreoideae kommt ja fraglos nach den Untersuchungen von *Erdheim* eine wichtige Funktion für die Regulierung des Kalkstoffwechsels zu. Auf die Frage, ob ein derartiges Adenom der Epithelkörperchen als Ausdruck einer Arbeitshypertrophie oder einer Hypofunktion oder einer Dysfunktion, wie die Struma beim Basedow, zu deuten ist, kann hier nicht eingegangen werden.

Nach allem handelt es sich demnach in unserem Falle um eine *Ostitis fibrosa generalisata*, bei der wir dieselben Beckenraumveränderungen gefunden haben, wie sie durch die puerperale Osteomalacie bewirkt werden. Auf derartige Beckenveränderungen wird gelegentlich in kasuistischen Beiträgen von *Chirurgen* und *Pathologen* hingewiesen, während sie in unseren geburtshilflichen Lehr- und Handbüchern nicht erwähnt werden. Auch gibt es übrigens eine *Beckenasymmetrie* (*schräg verengtes Becken*) bei *Ostitis fibrosa*, die auf ungleichmäßiger Belastung infolge stärkerer Erkrankung einer Seite beruht.

Aber nicht nur wegen dieser Beckenveränderungen habe ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Ostitis fibrosa, die dreimal häufiger *Frauen* als *Männer* befällt, gelenkt, sondern auch noch aus folgenden Gründen. Die Ostitis fibrosa kommt auch *solitär* auf einen Knochen beschränkt und *circumscrip*t an einer umschriebenen Stelle eines Knochens vor. Diese beiden Formen sind ebenfalls bei den Beckenknochen (Darmbeinschaufeln, Kreuzbein und Sitzbeine) beschrieben. Derartig kranke Frauen können sich auf Grund ihrer Beschwerden, z. B. wegen Kreuzschmerzen, leicht veranlaßt fühlen, zunächst einen Gynäkologen aufzusuchen, der das Leiden aus diesem Grunde näher kennen muß. Schließlich darf die *Ostitis fibrosa* zwecks Vermeidung von therapeutischen Irrtümern nicht mit der *puerperalen Osteomalacie* verwechselt werden. So fand ich in zwei kasuistischen Beiträgen von chirurgischer Seite die anamnestiche Angabe, daß die doppelseitige Ovariectomie durch einen Gynäkologen *vergebens* ausgeführt worden war. Auch unser Fall zeigt, daß die natürliche Amenorrhöe nicht bessernd auf den Krankheitsverlauf gewirkt hat. Wenn auch die *Behandlung* der generalisierten Ostitis fibrosa nur eine *symptomatische* sein kann, so ist doch eine *Kastration* nicht angezeigt.

Zwecks *Therapie* der *solitären* und *circumscrip*ten Form wird die Darreichung von Phosphorlebertran, von Calcium lacticum und auch von Parathyreoidintabletten empfohlen. Daneben kommen chirurgische Eingriffe in Frage, auf die nicht eingegangen werden soll.

8. Herr Hans Hermann Schmid-Prag: Retroperitoneale Tumoren.

Wegen der häufigsten Fehldiagnose „Ovarialtumor“, die bei retroperitonealen und mesenterialen Geschwülsten gestellt wird, haben diese besonderes Interesse für den Gynäkologen. Ein solcher Tumor wurde in der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1899 in Berlin von