Aussprache: Herr Mühsam: Besonders basale Pneumonien, die zu basaler Pleuritis geführt haben, geben Veranlassung zur Verwechslung mit Appendizitis; umgekehrt ruft ein erkrankter, tiefliegender Wurmfortsatz durch Psoaskontraktur oft das Bild einer Kokitis hervor. Ferner fehlt bei tiefliegendem Appendix oft jede Andeutung von Bauchdeckenspannung. Im Gegensatz zum Vortr. hält er die überwiegende Mehrzahl der Nabelkoliken für Appendizitiden und bezieht sich nur auf Material seiner Privatpraxis, weil er dieses über längere Zeiträume in Beobachtung halten konnte. Unter 150 Kinderappendizitisfällen der letzten Jahre hat er 125 operiert. Darunter befanden sich 20 sichere Nabelkoliken, von denen er 4 aus verschiedenen Gründen nicht operierte, 4 im akuten Anfall, 12 im subakuten Stadium oder im Intervall operierte. Die Wurmfortsätze waren fast ausnahmslos schwer pathologisch verändert, verwachsen, geknickt, eingerollt. In der Symptomatologie war es sehr interessant zu beobachten, wie sich die Beschwerden allmählich immer mehr nach rechts lokalisierten.

Mit Rücksicht auf die grossen Gefahren der Unterschätzung der Nabelkoliken, warnt er vor der neuropathischen Auffassung und empfiehlt zum mindesten, jeden Fall von Nabelkolik unter genauester ärztlicher Beobachtung zu halten.

Herr Japha berichtet über eine Selbstbeobachtung. Seit der Kindheit leidet er an Nabelkoliken und man fühlt jedesmal während der Schmerz-anfälle eine geblähte Darmschlinge. In letzter Zeit zeigen die Nabelkoliken eine erhebliche Zunahme, was er auf die Ernährungsverhältnisse, besonders auf die Beschaffenheit des Brotes zurückführt. Als Therapie sind nicht Abführmittel, sondern Opium und Atropin indiziert, wodurch die Obstipation gerade beseitigt wird.

Herr Karewski weist auf die Variationen des Appendix hin und auf die Schwierigkeit, bei einer so verbreiteten und oft fast unbemerkt vorbeigehenden Erkrankung, wie es die Appendizitis ist, einen objektiv richtigen Standpunkt zu finden. Wenn die chirurgische Auffassung vieles auf Appendixerkrankungen bezieht und dies vielleicht falsch ist, so steht dem auf internistischer Seite gegenüber, dass man geneigt ist alles auf „Nervosität“ zurückzuführen. Er führt eine Reihe sehr bedeutsamer Fälle an, in denen von kompetenter Seite die Diagnose „Nabelkolik“ gestellt worden war und während einer solchen Nabelkolik eine Perforationsperitonitis entstand.

Herr Oswald Meyer weist darauf hin, dass Darmspasmen auch bei Kindern häufig durch Hyperazidität bedingt sind, und dass man sie durch eine antihyperazide Therapie beseitigen kann.

Herr Fuchs betont, dass es Fälle gibt, wo die Beschwerden nach der Operation anhalten und weist darauf hin, dass nach seiner Ansicht eine Statistik über das Verhalten des normalen Wurmfortsatzes nicht existiere.

Herr Mosse betont, dass bei der spastischen Obstipation Opium und Atropin stets indiziert seien. Perityphlitis kann auf der linken Seite Schmerzen auslösen beim Situs viscerum inversus und bei falscher Projektion. Ebenso sind linksseitige Schmerzen häufig bei adenoiden Vegetationen anzutreffen.

Herr Finkelstein weist auf die Häufigkeit der bei Grippe auftretenden Leibscherzen hin, betont, dass es sicher nervöse Nabelkoliken gibt, dass man aber die verantwortungsvolle Diagnose mit grosser Vorsicht stellen müsse und dass die Padiater, die sich ein bisschen zu sehr nach der Seite der Konstitutionspathologie orientiert haben, lieber einen Fehler durch zu starke Betonung der chirurgischen Seite begehen sollten, als umgekehrt. Bei Gärungsdyspepsien kommen Leibscherzen sicher vor.

Herr Mühsam, Herr Peiper (Schlusswort). Wolff-Eisner.

Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M.

(Offizielles Protokoll.)

1805. ordentliche Sitzung vom Montag, den 21. Juni 1920, abends 7 Uhr in der Dr. Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Embden.

Schriftführer: Herr Mehler.

Herr Fischer: **Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.** Aussprache über den Vortrag des Herrn Flesch-Thebesius: Vorige Sitzung.

Herren v. Noorden, Propping, Götzky, Kloiber, Löb, Flesch-Thebesius.

Aussprache über den Vortrag des Herrn Isaak: Vorige Sitzung. Herren Adle, v. Noorden, Traugott, Götzky, Isaak.

Herr Propping: **Heilung eines Karzinoms der Papilla Vateri.** (Mit Krankenvorstellung.)

Der jetzt 17jährige Patient wurde vor 1 Jahr operiert. Die Operation wurde transduodenal und einzeitig ausgeführt. Es gelang leicht, den prominierenden, kleinkirschgrossen Tumor, neben dem der Ductus pancreaticus sondiert werden konnte, während ein Choledochuslumen nicht vorhanden war, mit der Pinzette zu stieln und ihn aus der Wand herauszuschneiden (Papillektomie). Wiederherstellung normaler Verhältnisse durch zirkuläre Vereinigung der Duodenalschleimhaut mit dem Ductus choledochus und pancreaticus. Mikroskopisch: Scirrhus.

Klinisch: Typische Anamnese (seit $\frac{3}{4}$ Jahren allmählich zunehmender Ikterus ohne Schmerz-anfälle. Abmagerung 30 Pfund).

Für die Diagnose war verwertbar ein grosser Gallenblasentumor (Courvoisiers Gesetz) und eine dauernde Duodenaldeformität, die als Ausparung durch den Tumor anzufassen ist. In Zukunft ist deshalb bei Verdacht auf Papillenkarcinom die Duodenalröntgenuntersuchung vorzunehmen.

Seit der Operation 30 Pfd. Gewichtszunahme, ausgezeichnetes Befinden. Pat. ist bis jetzt (1 Jahr 1 Monat) rezidivfrei. Der Fall reiht sich damit den transduodenal geheilten Fällen von Körte und Kraske (6 resp. 2 Jahre rezidivfrei) als dritter an.

Vortr. hält den transduodenalen Weg für sicherer wie den retroduodenalen, weil alles darauf ankommt, die Infektion des Retroperitonealraums zu vermeiden. Das ist schwerer bei der retroduodenalen Methode (keine Serosa zur Naht!).

Aussprache: Herr Amberger.

Herr Lehmann-Göttingen (a. G.): **Sensible Fasern in den vorderen Rückenmarkswurzeln.**

Vortr. schildert kurz die Grundlagen und die bisherigen Durchbrechungen des Bellschen Gesetzes. Er bespricht dann 2 Fälle, in denen das eine Mal C4—C8, das andere Mal C5—D1 nach Laminektomie wegen Neuralgien reseziert waren. Trotzdem war im Arm keine Anästhesie vorhanden, sondern in dem grössten Teil der Extremität (von einer anästhetischen, durch periphere Nervendurchtrennung bzw. Tumordruck bedingte, und einer sensiblen, intakten Zone abgesehen) fand sich bei Fehlen aller übrigen Empfindungsqualitäten erhaltene Druck- und Druckschmerzempfindung; eine Empfindungsqualität, die identisch ist mit der Head-Strümpell'schen Tiefensensibilität und dem Tunberg'schen Druckschmerz. Man muss annehmen, dass die Druckempfindung und die Druckschmerzempfindung durch die vorderen Wurzeln vermittelt werden, da alle anderen Erklärungsmöglichkeiten widerlegt werden können. Damit würden wir uns wieder dem Standpunkt Magendis nähern, der die hinteren Wurzeln nur als überwiegend sensibel, die vorderen nur als überwiegend motorisch ansprach.

Aussprache: Herren S. Auerbach, Lehmann.
Schluss 9 Uhr.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 14. Dezember 1920.

Tagesordnung: **Zur Abortfrage in Hamburg.** Referenten die Herren: Schottelius, Moltrecht und Schottmüller.

Herr Schottelius nimmt Bezug auf seine Demonstration vor 4 Wochen. Seine Angaben über die Morbidität und Mortalität nach Abort waren zu günstig. Beide sind sprungweise in die Höhe gegangen. Vielfach verbergen sich auf dem Totenschein unter ganz anderer Diagnose, wie Pneumonie, Abortfolgen.

Herr Moltrecht: Die Zunahme der Aborte sei wohl nur eine relative, sie sei etwa gleich hoch geblieben bei sinkender Geburtenziffer. An dieser Zunahme haben nicht nur die kriminellen Eingriffe, sondern auch die Zunahme der Geschlechtskrankheiten und die Unterernährung schuld. Als Motive des kriminellen Aborts kommen in Frage Genussucht, uneheliche Schwängerung, ökonomische Lage, Verführung. Obwohl wir namentlich für die durch wirtschaftliche Sorgen bestimmten Mütter Mitgefühl und Verständnis haben müssen, so wäre doch die vorgeschlagene Aufhebung der Strafgesetzsparagraphen 208 und 209 aus sittlichen, kulturellen und völkischen Gründen weit aus das grössere Uebel.

Herr Schottmüller: 60 Proz. aller Aborte sind artefiziell. Vortr. schildert die Gefahren der Infektion und das von ihm befolgte Behandlungsverfahren bei Abort, das bis 1910 bei fehlender Komplikation prinzipiell in manueller Ausräumung bestand; dabei eine Mortalität von 3 Proz. Seit 1914 wendet er nur noch die Kürette an und hat gefunden, dass die Gefahren derselben weit geringer sind als die der manuellen Ausräumung, nach welcher letzterer in 77 Proz. der Fälle Keime im Blut nachzuweisen waren. Bei 3000 so behandelten, fast ausnahmslos infizierten, wenn auch nicht durchweg fiebernden Aborten hat er auf diese Weise die Mortalität auf 0,37 Proz. herabgedrückt. Die Kürette wird jedoch nur vorgenommen, wenn vorher das Fehlen hämolytischer Streptokokken durch bakteriologische Untersuchung des Zervixsekrets nachgewiesen ist. (Dies wäre in Zukunft auf Staphyloc. aureus und Streptoc. putridus auszudehnen.) In diesem Falle verhält er sich durchaus abwartend und greift erst zur Kürette, nachdem das Verschwinden des Keimes nachgewiesen ist. Auch Blutung bildet fast nie eine Indikation zu schnellerem Eingreifen.

Besprechung: Herr Mahlo: Wenn man das wirtschaftliche Elend in den kinderreichen Familien der Arbeiterviertel sieht, so wird man doch für eine soziale Indikation des künstlichen Aborts eintreten.

Herr Knack führt die Namen zahlreicher Juristen und Aerzte auf, die sich für Abschaffung der §§ 208 und 209 ausgesprochen hätten. Die Frage sei für Aerzte nur die, welcher Zustand ärztlich schlimmer anzusehen sei, der jetzige oder der nach Streichung der Paragraphen eintretende.

Herr Fahr zeigt das Präparat eines besonders schwer lädierten weiblichen Genitale, vermutlich infolge Anwendung von Seifenlösung.

Herr Marr: Die Frage ist von den Aerzten keineswegs nur im medizinischen, sondern durchaus auch im ethischen Sinne zu besprechen.

Herr Heinemann: Die Kürette ist in der Hand des Anfängers doch sehr gefährlich, deshalb lehnen die Kliniken weiter die manuelle Ausräumung. Auch in der Hand des Arztes ist der künstliche Abort kein ungefährlicher Eingriff. Redner tritt für ein Verbot der Anfertigung von Spritzen mit spitzem Ansatz ein.

Herr Nonne zeigt, wie auch im Altertum die künstliche Beschränkung der Kinderzahl mit dem Verfall einherging; im Eid der asklepiadeischen Aerzte wird auch geschworen, nicht abzutreiben.

Herr Prochownik betont vor allem die Spätfolgen der Aborte, insbesondere an den Adnexen, die die gonorrhöischen Affektionen derselben an Bedeutung zu überholen beginnen. Auch er glaubt, dass der Weg zur Umgrenzung einer sozialen Indikation des künstlichen Aborts gefunden werden muss.

Herr Weygandt bespricht die nur sehr selten in Frage kommenden psychiatrisch-neurologischen Indikationen zur Einleitung des künstlichen Aborts (Chorea gravidarum, manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, wenn beide wiederholt im Anschluss an das Generationsgeschäft exazerbieren).

Herr Reye teilt verschiedene, besonders krasse Abtreibungsfälle aus der Praxis mit. Leider sind auch Aerzte daran nicht unbeteiligt.

Herr Bonne widerspricht der eugenischen Indikation, da man die Beschaffenheit des zu erwartenden Kindes nie vorher wissen könne.

Herr Alexander Katz. Herr Calvary fand auf sozialistischen Versammlungen die Frauen dem ablehnenden Standpunkt der Aerzte gegenüber Streichung des § 208 durchaus zugänglich.

Herr Rüder befürwortet, den Frauen, die den Abtreiber nennen, Straflosigkeit zuzusagen.

Herr Calmann hält es für berechtigt, den unbemittelten Patienten konzeptionshindernde Mittel von Kassen wegen in die Hand zu geben.

und die Indikation hierfür etwas weiter zu stecken als für den künstlichen Abort (schwer erschöpfende Krankheiten, sehr gehäufte Geburten).

Herr Weiss.

Fr. Weber erklärt für die Aerztinnen ihre Uebereinstimmung mit den vorgetragenen Anschauungen.

Herr Schottmüller.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg.

(Medizinische Sektion.)
(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 18. Mai 1920.

Vorsitzender: Herr Wilmanns.

Schriftführer: Herr Beck.

Herr Moro: Uebererregbarkeit des vegetativen Nervensystems im Frühjahr und Ekzemtod.

Der Vortrag ist als Originalartikel in Nr. 23 der M.m.W. erschienen.

Herr Adam: Die Bedeutung der jahreszeitlichen Konstitution für die Entstehung von Epidemien.

Die Kontagionslehre hat die Epidemiologie in ungeahnter Weise gefördert. Die Grundanschauungen Robert Kochs sind unerschüttert und werden es stets bleiben. Immerhin gibt es in der Lehre von der Entstehung der Epidemien einige Fragen, die nicht restlos befriedigend geklärt sind, z. B. die des vorzugsweisen Auftretens von Seuchen in bestimmten Jahreszeiten. Es ist sicher, dass manche Infektionskrankheiten zu allen Jahreszeiten epidemisch auftreten können, aber das sind eher Ausnahmen. Mit der Kochschen Annahme der zufälligen Wasserleitungsinfektion ist z. B. der plötzliche Ausbruch der Hamburger Choleraepidemie i. J. 1892 nicht völlig geklärt, da in Hamburg nach einer Statistik Jessens (1896) auch 1876—86 und 1891 und 92 die Choleraepidemien immer plötzlich zu gleicher Zeit auftraten, nach Pettenkofer eine Münchener Epidemie desgleichen (1854) zu einer Zeit, in der dort 10 verschiedene Wasserleitungen vorhanden waren. In Indien verschwindet die Cholera gerade zu Beginn der Regenperiode, welche die Verbreitung fördern müsste.

Nach eigenen Beobachtungen in Mazedonien an grossem, sorgfältig gesichtetem Material konnte ebenfalls eine bestimmte Abhängigkeit von Ruhr, Paratyphus A und B, Typhus, Malaria, Rekurrens und Fleckfieber von der Jahreszeit festgestellt werden. Wasserepidemien wurden in dem sommerdürren Lande nicht nachgewiesen, mit der Fliegenplage konnte nur Ruhr und Paratyphus B in losen Zusammenhang gebracht werden. Die Epidemieausbrüche standen in enger Beziehung zum Wechsel der Jahreszeiten, ihre eventuelle Verstärkung zu grossen Schwankungen innerhalb der günstigsten Witterungsperiode. Der Witterungsverlauf wurde nach Verhalten von Temperatur und relativer Feuchtigkeit beurteilt. Höhepunkte von Ruhr- und Paratyphus B-Infektionen fielen z. B. nicht mit der höchsten Hitze zusammen. Obwohl die günstigste Entwicklungsmöglichkeit von Tertiana- und Tropikarerregern an verschiedenen hohe Mitteltemperaturen gebunden ist, begannen die Neuinfektionen plötzlich zu gleicher Zeit, selbst wenn der Eintritt der betreffenden Temperaturmittel um zwei Monate auseinanderlag. Auch in der Literatur, und zwar gerade an den beiden grossen Streitobjekten der Kochschen und Pettenkofer'schen Lehrmeinungen, gibt es Belege für den Einfluss des Wechsels der Jahreszeiten. Schon Buhl hatte in seiner grundlegenden Arbeit gefunden, dass nach plötzlichem Wechsel des Grundwassers in München die Typhusepidemien auftraten. Niedriger Grundwasserstand war auch in München kein Anlass für Typhusausbreitung, während bei relativ hohem Epidemien auftreten konnten. Auch in Hamburg fiel der Ausbruch der Choleraepidemie 1892 und, soweit frühere Beobachtungen (Jessens) in vorbakteriologischer Aera ein Urteil gestatten, auch sonst mit dem plötzlichen Uebergang der Sommer- zur Herbstperiode zusammen. Zur Erklärung dieses jahreszeitlichen Gebundenseins der Epidemien stellte Sydenham 1666 den Begriff der *Constitutio annua genii epidemici* auf, O. Heubner dachte an eine *Constitutio generis humani*. Diese Vorstellungen werden erweitert zu einer Theorie der jahreszeitlichen Konstitution des Makroorganismus, welche einen jeweils besonders günstigen Boden für bestimmte Erreger und Erkrankungsformen darbietet. Der Konstitutionswechsel bei Akklimatisation an eine andere Jahreszeit wird als auslösende Ursache für die Erkrankung einer grösseren Anzahl Infizierter betrachtet. Ein Konstitutionswechsel des Erregers (Virulenzänderung) auf diesem veränderten Boden ist nicht ausgeschlossen, sondern wahrscheinlich. Für die Annahme einer jahreszeitlichen Konstitution sprechen eine grössere Zahl klinischer und physiologischer Beobachtungen. Die Bedeutung des Konstitutionswechsels spricht sich in der Erhöhung der Reaktionsgeschwindigkeit physiologischer Prozesse bei Wechsel der Lebensbedingungen aus. Auch dafür wird eine Reihe von Beispielen angeführt. Sämtliche biologischen Beobachtungen dieser Art deuten darauf hin, dass die Konstitution ein dynamisches Gleichgewicht im Sinne du Bois Reymonds bzw. eine „funktionelle Verfassung“ ist. Die Aenderung der Lebensbedingungen führt zu einem Konstitutionswechsel und erzeugt die Disposition für das Haften des Erregers. Es besteht Grund zu der Annahme, dass bei der jahreszeitlichen Entstehung und dem Verlauf von Epidemien ein konstitutioneller Faktor, der als jahreszeitliche Konstitution, zunächst des Makroorganismus, gedeutet wird, eine Rolle spielt.

Diskussion: Herr H. Kossel ist überrascht, dass Herr Adam zur Erklärung des zeitlichen Auftretens epidemischer Krankheiten mit keinem Wort die durch epidemiologische und experimentelle Beobachtungen festgestellten Tatsachen über den Einfluss meteorologischer Faktoren auf die Verbreitung der Zwischenträger, z. B. bei Malaria und Pest und auf die Entwicklung der Infektionskeime in den Zwischenträgern herangezogen hat. Dass daneben Witterungseinflüsse auf den Makroorganismus eine Rolle spielen können, ist bei Protozoenkrankheiten, wie bei der Malaria des Menschen und der Hämoglobinurie der Rinder festgestellt worden. Aber die Verallgemeinerung dieser Feststellungen und ihre wahllose Uebertragung auf die durch Bakterien hervorgerufenen epidemischen Krankheiten hat doch ihre Bedenken. Wenn das Auftreten des Typhus in Mazedonien in den Herbstmonaten mit einer besonderen Disposition des Makroorganismus in dieser Jahreszeit gerade für Typhus erklärt wird, so ist demgegenüber auf die gewaltige Typhusepidemie in Pforzheim zu verweisen, die im Frühjahr 1919 auftrat im Anschluss an die Verseuchung einer Quelle im zerklüfteten Bunt-

sandsteingebiet des Grösseltals mit Typhuskeimen. Ebenso wie hier das Hineingelangen des Infektionskeimes in das Quellwasser genügte, um den Typhus in den von der Grösseltalleitung versorgten Teilen der Stadt zum Ausbruch zu bringen, zeigen ähnliche Beobachtungen bei Cholera, dass die Verbreitung auch dieser Seuche völlig unabhängig von der Jahreszeit sein kann. Solche Tatsachen fordern dazu auf, da, wo eine Abhängigkeit von den Jahreszeiten bei den Epidemien vorzuliegen scheint, nach anderen Erklärungs-möglichkeiten zu suchen, anstatt einen Konstitutionswechsel anzunehmen. Wenn auch noch manche epidemiologischen Erscheinungen der völligen Aufklärung harren, so sind doch gerade der Anschauungsweise der letzten Jahrzehnte die grossen Fortschritte in der Bekämpfung der Seuchen zu verdanken.

Herr Rodenwaldt: Es kann selbstverständlich kein Zweifel darüber bestehen, dass jahreszeitliche Schwankungen und Infektionskrankheiten häufig parallel gehen. Für viele Seuchen bakterieller Aetiologie, noch mehr für diejenigen protozoischer Aetiologie könnte man aus gemässigten Klimaten wie aus den Tropen ein reiches Kurvenmaterial in dieser Hinsicht beibringen. Es scheint mir jedoch weit fernliegender und gesuchter hier einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den jahreszeitlichen Schwankungen und den der Infektion unterliegenden Individuen anzunehmen, als vielmehr eine mittelbare Einwirkung jener Schwankungen auf die Keime selbst oder ihre Überträger. Das gilt z. B. von der Malaria; besonders deutlich wird es uns beim Fleckfieber, wo der Gang der Epidemien ganz zweifellos nur durch die Biologie der Laus bedingt ist. Ja hier gibt es noch Zwischenglieder mittelbarer Wirkung. Wenn z. B. in Europa das Fleckfieber mit beginnendem Sommer zu schwinden beginnt, weil die warme Temperatur der Laus unzutraglich ist, so sollte man annehmen, dass in wärmerem Lande, wie z. B. in der Türkei, eine Fleckfieberepidemie noch früher zum Stillstand kommen müsste. Genau das Gegenteil ist der Fall; sie dauert dort bis in den Sommer hinein und überdauert mitunter den Sommer, weil der Türke sich selbst in der warmen Jahreszeit erst spät zum Ablegen der Unzahl von Unterjacketen und des vielfach umgewundenen Gürtels entschliesst, die den Läusen trotz der vorgeschrittenen Jahreszeit noch immer relativ günstige Bedingungen bieten.

Bei den Epidemien bakterieller Aetiologie ist auch eine nur mittelbare Wirkung der Jahreszeiten noch schwerer zu erweisen. Ich konnte in Smyrna Erkundigungen über die dort herrschenden Choleraepidemien seit den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts einziehen. Die Cholera hat dort zu jeder Jahreszeit geherrscht, im Frühjahr, im Sommer, selbst im Winter sind Ausbrüche vorgekommen. Dysenterieepidemien habe ich in der Türkei in der Sommermitte, im November, im Frühjahr ihren Anfang nehmen sehen. Dass Typhus- und Dysenterieepidemien im allgemeinen die wärmeren Jahreszeiten bevorzugen, dürfte sich wiederum einfacher durch eine Wirkung auf die Lebensbedingungen der Erreger und durch jahreszeitlich bedingte Ernährungsgewohnheiten erklären lassen, als durch eine unmittelbare Wirkung der jahreszeitlichen Schwankungen auf die Konstitution der Infizierten.

Herren Hirsch, Wenz, Moro, Adam.

Medizinische Gesellschaft zu Jena.

Sitzung vom 12. Mai 1920.

Vorsitzender: Herr Stintzing.

Schriftführer: Herr Erggelet.

Herr Rössle weist das Präparat eines Lithopädion vor, welches das Institut Herrn Bertram in Meiningen verdankt. Die betreffende Patientin stürzte vor mehr als 20 Jahren im 7. Monat der Schwangerschaft eine tiefe Treppe hinab. Am nächsten Tage wurde ihr durch die Hebamme eine unvollständige Nachgeburt entfernt. Es folgte eine schwere Bauchfellentzündung mit jahrelangem Leiden. Jetzt Operation wegen fieberhafter Erkrankung durch Bauchfellentzündung. Auslösung des mit dem Uterus fest verwachsenen Tumors. An dem Uterus fand sich von der damaligen Uterusruptur noch eine Narbe. Die Röntgenaufnahme ergibt alle gröberen Skeletteile des Kindes wohl erhalten in der teilweise verkalkten Höhle.

Herr Ibrahim stellt ein Kind vor mit einer *Myotonia congenita*. Differentialdiagnostisch kommt in Frage spinale Muskelatrophie (Werdnig-Hoffmann).

Herr Erggelet zeigt einen 29-jährigen Mann mit einer **Knochengeschwulst der linken Augenhöhle**. Ohne bekannte Ursache und ohne Schmerzen hat sich seit 5 Jahren ein Exophthalmus entwickelt (Hertel: R. 10, L. 18 mm bei 100 mm Abst.), hauptsächlich nach vorn und etwas nach unten. Die Beweglichkeit des Augapfels ist wenig beschränkt. Man fühlt im inneren oberen Augenhöhlenwinkel ein knochenhartes Gebilde von glatter Oberfläche, das sich in Form eines Wulstes am Dach der Augenhöhle unmittelbar hinter dem oberen Augenhöhlenrand bis zu schläfenseitigen Wand fortsetzt. Die Röntgenplatte zeigt einen dichten, scharf begrenzten Schatten im Bereich des vorderen Siebbeins, der sich auf der bitemporalen Aufnahme bis in die Keilbeingend erstreckt und einen durch eine Furche vom Hauptkörper getrennten Fortsatz bis zum Schläfenrand des Augenhöhlendaches entsendet. Der Sehnervenkopf eine Spur verwaschen. Sehschärfe: 5/5 f. Wassermann: negativ. Es wird ein Siebbeinzellenosteom angenommen. Immerhin muss erwogen werden, ob der Tumor vom Keilbein ausgegangen ist, was möglich, aber selten ist, oder als reine Exostose vom Augenhöhlendach; das ist noch viel seltener und unwahrscheinlich der Form wegen und, weil die Hauptgeschwulst im Siebbein sitzt. Wo auch der Ausgangspunkt sei, so ist ferner die Frage zu prüfen, ob nicht das Augenhöhlendach verdrängt oder durchbrochen ist und bei der Operation mit der Eröffnung der Schädelkapsel gerechnet werden muss, eine Frage, die in der Kasuistik eine Rolle spielt und in unserem Falle nahegelegt wird durch die Angabe des Mannes, dass er vor ¼ Jahr von tagelang anhaltendem Erbrechen heim-gesucht worden sei, ohne dass eine Erklärung dafür ausfindig zu machen ist. Die neurologische Untersuchung liefert keinerlei Anhaltspunkte für diesen Verdacht einer Einwirkung der Geschwulst auf den Schädelinhalt.

Nachtrag: Bei der Operation, die von der Augenhöhle aus die Geschwulst leicht beseitigte, wurde der Ausgang vom Siebbein erwiesen. Glatter Heilungsverlauf.

Herr Göbel: Ueber **Encephalitis lethargica**.

Vortragender demonstriert:

1. ein 9 Wochen altes Mädchen, das seit etwa 3 Wochen in einem Zustand völliger Bewusstlosigkeit daliegt, meist mit geschlossenen Augen,