

Sehr blasse, weisse Hautfärbung. Am linken Oberarm und im Gesicht, namentlich rechts, einzelne, leicht erhabene, braune Naevi; an beiden Füssen, namentlich im Umfange der Knöchel, zahlreiche braune, zum Theil confluirende, scharf begrenzte Flecke.

An der Brust eine fleckige Röthe, die am Unterleibe, besonders links, zunimmt und gegen die Weichen in eine ganz gleichmässige livide Färbung übergeht. Rechts in der Herzgrube ist die Haut grünlich gefärbt.

Ueberall starke Abmagerung, sehr dünnes Fettpolster, dünne Haut, die am Unterleibe und am linken Oberschenkel stark desquamirt.

Der Kopf ist mit sehr reichem, braunem, im vollen Lichte etwas blond erscheinendem Haare besetzt, dessen Flechten bis 60 Cm. lang sind. Die Behaarung reicht ziemlich weit auf die Schläfen und die Stirn; ja, eine Fortsetzung sehr heller, aber nur 0,5—1 Cm. langer Haare erstreckt sich über den Jochbogen vor dem Ohre herab. Augenbrauen sehr reichlich, dunkel und lang, ebenso die Wimpern. Die Augen sind gross, mit sehr heller, durch einzelne blaue Flecke unterbrochener, im Ganzen graugelblich erscheinender Iris. Zahlreiche, etwas unregelmässige Sommersprossen erstrecken sich vom Jochbogen her bis über die Nase. An der Oberlippe und im übrigen Gesicht keine Spur von abnormer Behaarung, auch sonst am übrigen Körper nicht, mit Ausnahme der Vorderarme und der Unterschenkel, an denen zahlreiche, lange, hellbraune Haare sitzen. In den Achseln nur vereinzelte, lange Haare.

Im Uebrigen ist der Gesamthabitus des Kopfes durchaus weiblich. Niedrige, ziemlich gerade aufsteigende Stirn mit starken Tubera, fast viereckig, hinter den Tubera stark winklige Biegung nach hinten. Etwas breiter flacher Schädel mit steil abfallendem Hinterhaupt. Die Nase mit voller, aber schmaler Wurzel, unter schwache Einbiegung des Rückens gerade fortlaufend, nach unten ebenfalls schmal, mit breiter Spitze, etwas schräg aufwärts gerichtetem Ansatz und engen Flügeln. Kurze Oberlippe; stark vorspringende, sehr grosse Schneidezähne des Oberkiefers. Ebenfalls grosse, aber gerade stehende Schneidezähne des Unterkiefers. Grosser Mund. Schlecht abgesetzte Ohrfläppchen mit tiefen Falten des äusseren Ohres.

Ziemlich langer, dünner Hals mit wenig vorspringendem Adamsapfel und sehr weichem, beweglichem Larynx. Etwas ungleiche Stellung der Claviculae, indem die rechte mehr hervortritt, die linke flacher liegt. Tiefe Suprasternalgruben. Kurzer, mässig gewölbter Thorax mit doppeltem Processus xiphoides.

Vom Manubrium sterni bis zur Spitze des Processus xiphoides 16,5 Cm. Gerade Entfernung der Warzen 20 Cm. Die Warzen selbst niedrig, aber ziemlich entwickelt. Der Warzenhof durchschnittlich 1 Cm. breit, hellbräunlich gelb. Darunter eine ziemlich deutlich fühlbare, vollständig entwickelte Milchdrüse. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Brust aus reichlichem fibrösem Gewebe und wenig Drüsen-substanz zusammengesetzt.

Der Unterleib ist stark ausgedehnt. Der Nabel verstrichen.

An dem flachen, mehr dem männlichen Typus entsprechenden Mons veneris etwas spärliche, schlichte, hellbraune Haare, bis 5 Cm. lang; gegen die Seiten hin ist die Behaarung wenig verbreitet. Der penisartige Körper (Taf. VI. Fig. 3) ist an seinem Rücken $5\frac{1}{2}$, an der Hinterseite $2\frac{1}{2}$ Cm. lang. Er ist fast hakenförmig nach

hinten gekrümmt, so dass die Glans gegen die scheinbare Scrotalfäche angelegt ist. Ihr Körper ist ziemlich hart und von loser, stark gerunzelter Haut umgeben. Das Praeputium, stark zurückgezogen, bedeckt nur die Vorderfläche der Corona glandis; hinten ist es gespalten und endigt hier schon vor dem Rande des offenen hypospadischen Halbkanals, der sich bis zur Spitze der zurückgebogenen und beim Anziehen stark gespannten Clitoris erstreckt. Die Eichel ist vorn etwas abgeplattet und lässt bei gewöhnlicher Lage auch das vordere Ende der urethralen Rinne nicht sehen. Diese ist im Ganzen 5,5 Cm. lang. Soweit sie an der Eichel verläuft, ist sie ziemlich tief. Von da ab rückwärts wird sie zunächst schmal und flach, verlässt aber zugleich die Clitoris und verläuft auf einer niedrigen Hautfalte von loser Beschaffenheit, an welcher ein Corpus cavernosum urethrae nicht durchzufühlen ist. Allmählich wird die Rinne wieder tiefer und breiter, so dass sie schliesslich ausgedehnt 12 Mm. im Querdurchmesser hat. Von hier erhebt sich jederseits eine niedrige Hautfalte, den Nymphen entsprechend, jedoch sehr nahe an einander liegend. Zwischen ihnen beginnt der trichterförmig nach innen verlängerte, jedoch an der Mündung nur 2 Cm. lange und ganz schmale Sinus urogenitalis, an welchen sich die für einen Finger nicht mehr zugängliche Vagina anschliesst. Die grossen Labien bilden breite, flach gerundete seitliche Vorsprünge mit starker, ganz scrotaler Querrunzelung und von bräunlicher Farbe. Nach hinten bilden sie eine breite Commissur. Vorn gehen sie jederseits neben der Clitoris vorbei und nähern sich über ihrer Wurzel einander. Die hodenartigen Körper liegen fast ausserhalb ihrer Grenzen. Der Damm endlich ist ganz glatt und flach.

Bei der Vergleichung des Körpers im Allgemeinen ergibt sich eine ungewöhnliche Kürze der Oberschenkel und auch zum Theil der Oberarme, jedoch kein Missverhältniss zwischen den Extremitäten selbst, indem die Spitzen der Finger nicht ganz bis zur Mitte der Oberschenkel reichen. Die Oberschenkel sind etwas nach aussen ausgebogen, so dass ein ziemlich breiter Raum zwischen ihnen bleibt.

Vom Acromion bis zum Condylus humeri	26,5 Cm.
- zur Spitze des Mittelfingers.	62,3 -
Länge des Radius	22 -
Handlänge vom Carpalgelenk bis zur Spitze des Mittelfingers	16,3 -
Vom Trochanter bis zum Condylus externus	35,8 -
Vom Trochanter bis zur Fusssohle	75,5 -
Länge der Fibula	33 -
Vom unteren Rande der Patella bis zur Sohle	40 -
Entfernung des Afters von der Vagina	45 Mm.

Bei Eröffnung des Thorax erscheint die linke Lunge weit zurückgelagert, die rechte etwas nach links hinüberschoben, das Mediastinum gleichfalls nach links dislocirt. An letzterem zeigen sich ziemlich erkennbare Reste von Thymusgewebe, die sich bis in die Gegend der Schilddrüse erstrecken, jedoch nirgends in vollkommen intactem Zustande sind. Rechts im Pleurasack findet sich eine eitrig-fibrinöse Verklebung der Basis der Lunge mit der Pleura diaphragmatica, die ihre grösste Stärke nach vorn hin zeigt. In der Pleurahöhle ist hinten ein geringer Erguss von Flüssigkeit, dagegen erscheint auch hier die Oberfläche der Pleura pulmonalis schwach eitrig infiltrirt, namentlich ist im Umfange des untern Lappens

ein reichlicheres trübes, etwas puriformes Infiltrat, welches zum Theil bis in das interlobuläre Gewebe reicht. Das Nämliche findet auf der andern Seite statt, nur fühlt sich hier der Unterlappen etwas derber an und die Interlobien erscheinen nicht gelblich, sondern grau. Ausserdem einige ecchymotische Flecke.

Im Pericardium ein starker Theelöffel voll gelblicher Flüssigkeit. Das Herz klein, die rechte Seite flach. An der Spitze eine scheinbar getrennte Adhäsion. Oberfläche mit mässig gefüllten Venen, im Ganzen blass. Im Herzen selbst etwas schaumiges, flüssiges Blut mit verhältnissmässig nicht vielen, aber ziemlich derben Gerinnseln. Letztere zeigen im rechten Ventrikel eine ganz speckhäutige Abscheidung, die sich weithin in die Lungenarterie erstreckt. Links im Vorhofe gleichfalls reichliche, sogar sehr rein fibrinöse Coagula, fast ohne Cruor. Enge Aorta, die eben die Spitze des Zeigefingers aufnimmt. Enge Lungenarterien. Die Ostien schliessen. Im Uebrigen ist das Herz normal gebildet. Die Klappen bis auf einige Fenster in den Aortenklappen in Ordnung. Musculatur blass.

Die linke Lunge ist vollkommen frei, etwas klein. Im Oberlappen eine narbige Einziehung, welche sich schräg gegen den vorderen Rand herunter erstreckt und in deren Mitte immer eine Bronchiectasie mit verkalktem Inhalt steckt. Der hintere Theil des Oberlappens ist stark ödematös, aus den Bronchien lässt sich graue Flüssigkeit ausdrücken. Der Unterlappen fühlt sich derb an und ist auf dem Durchschnitt sehr roth, stark ödematös. Von der Pleura aus erstrecken sich starke Verdickungen der Interlobien in's Innere, auf deren Durchschnitten überall kleine graue Tröpfchen aus den Lymphgefässen hervortreten. Nach hinten besteht eine schwache katarrhalische Infiltration des Lungengewebes; aus den Alveolen lassen sich graue Tropfen ausdrücken. Rechts ist die Lunge vollständig frei, die Spitze in Ordnung. Fast gar kein Pigment in der Lunge. Sehr anomale Bildung der Lappen, indem der Oberlappen in zwei, durch eine tiefe Incisur getrennte Theile zerlegt ist und die Spitze durch eine fast senkrecht herabgehende Spalte einen gesonderten Theil darstellt. Der Mittellappen ist nur unvollständig abgesetzt.

Sehr flacher Larynx mit etwas unregelmässiger Bildung der Glandula thyreoidea, deren mittlerer Theil nicht in Form des Processus pyramidalis, sondern in mehreren Absätzen etwas nach oben vergrössert erscheint. Reichliche Anhäufung von schleimigem Secret in der Trachea bei relativer Blässe der Schleimhaut.

Die Aorta in ihrer ganzen Ausdehnung sehr eng, ganz chlorotisch, zeigt eine ungemein grosse Anomalie der oberen intercostalen Gefässe, die in einer Reihe einzelner Ostien über einander entspringen.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich die Bauchwandungen ungemein verdünnt. Die Unterbauchgegend ist ganz erfüllt von einer vielkammerigen Geschwulst von sehr buntem Aussehen, an deren Umfang das Omentum stark zurückgeschoben und mehrfach adhärent ist. Der grösste Längsdurchmesser der Geschwulst erstreckt sich in der Diagonale von links oben, wo sie bis in die Regio hypochondriaca reicht, nach rechts unten, wo sie die Fossa ilaca füllt; er beträgt ungefähr 32 Cm. Die gerade Höhe über der Symphyse misst 22 Cm., der gerade Querdurchmesser 23 Cm. Am vorderen und unteren Umfange der Geschwulst, welche die sämmtlichen vorliegenden Darmschlingen nach oben und rechts gedrängt hat, ist rechts in einer Längenerstreckung von 10,5 Cm. ein deutlicher Uterus

(Taf. VI. Fig. 3) sichtbar, der stark mit dem Fundus nach rechts geneigt und scheinbar ganz aus dem kleinen Becken herausgezogen ist, so dass seine vordere Wand über der rechten Inguinalgegend unmittelbar der Bauchwand anliegt, und der Körper von der Gegend der Symphyse an unter einem Winkel von beiläufig 60° nach rechts geneigt ist.

Von dem Fundus aus erstreckt sich nach links eine deutlich abgesetzte Tuba von 13,5 Cm. Länge, welche in einer abhebbaren Falte des Ligamentum latum liegt und anfangs gerade nach links, dann fast senkrecht aufsteigend, bis in die Nabelhöhe verläuft. Hier inseriren sich an das noch deutlich erkennbare, sehr verlängerte Ostium abdominale tubae, sowohl von oben, als von links her starke blaurothe Venen, welche nach oben hin durch andere Gefässe mit den omentalen Venen in Zusammenhang stehen. Andererseits sieht man abwärts und weiterhin nach links Gefässverbindungen in der Richtung des Plexus pampiniformis. Hinter und unter der Tubenfalte liegt ganz plattgedrückt das linke Ovarium, welches mit einem ganz kurzen Ansatz an den Uteruskörper sich anschliesst. Sein oberer Rand ist scharf und mit Gefässen besetzt; im Uebrigen ist das ganze Ovarium glatt und von weisslichem Aussehen. Nach rechts setzt sich an den Fundus des Uterus eine undeutliche, kurze Falte breit an, welche sich sehr schnell in eine gefässreiche Fläche verliert, von welcher aus grössere Venen abgehen, die sich in der Richtung der Vena spermatica verbreiten. Das Ligamentum latum ist durch Andrängen der rückwärts gelegenen Geschwulst stark vorgedrängt. Die übrigen Verhältnisse dieser Gegend sind wegen der Verbindung mit der Geschwulst schwer zu entwirren. Indess kann schon hier bemerkt werden, dass beim Einschnneiden vom Uterus her die rechte Tuba in der erwähnten Falte eine Strecke weit von ihrem Orificium uterinum aus verfolgt werden konnte; der Kanal wurde aber schnell enger, krümmte sich dann schräg abwärts und endigte obliterirt an einer Furche, welche sich gegen den inneren Leistenring erstreckte.

Vor dem Uterus liegt ganz plattgedrückt die Harnblase, deren vordere Wand gänzlich retroperitonäal gelagert ist. Sie ist vollständig leer und gleichfalls etwas nach rechts dislocirt, so dass ihre vordere Wand der hinteren Fläche des Ramus pubicus dexter anliegt.

Das Coecum befindet sich rechts neben der Geschwulst, ziemlich an seinem normalen Platze, durch einige schieferig gefärbte Adhäsionen an das gleichfalls schieferig gefärbte Peritoneum befestigt. Die anstossenden Theile des Ileum sind durchweg frei; nur eine Schlinge ist durch ein Pseudoligament von über 8 Cm. Länge an der rechten Seite der Geschwulst befestigt. Weiter nach oben beginnen dann die Anheftungen des Omentum, theils in Form von Pseudoligamenten, theils in breiten Ansätzen. Erst weiter nach rückwärts ist ein böher gelegenes Darmconvolut durch alte gefässreiche Adhäsionen angewachsen. Nach Trennung dieser oberen Adhäsionen zeigt sich eine mächtige, stark mit Luft gefüllte Schlinge der Flexura iliaca, welche hinter der Geschwulst und hinter dem Colon transversum bis in die Magengrube hinaufreicht und erst in der Höhe des Processus xiphoideus umbiegt. Sie hat die Weite des Coecum. Von ihr aus gehen nach rechts ein starkes Pseudoligament, nach unten zahlreiche gefässhaltige Stränge an die Geschwulst; ganz nach rückwärts wird die Verbindung so innig, dass eine Trennung

kaum ausführbar ist. Das kleine Becken wird von adhärennten Geschwulsttheilen ganz ausgefüllt.

Die vorliegenden Theile der Geschwulst (Taf. VI. Fig. 3) sind besetzt mit einer grossen Zahl hervorragender Säcke. Einzelne derselben sind so dünnwandig, dass man den etwas gelblichen und verschiebbaren Inhalt durchblicken sieht. Andere fühlen sich sehr derb an. Erstere sehen bräunlich oder grünlich, letztere mehr weisslich aus. Die meisten bilden blasige Erhebungen von Erbsen- bis Nussgrösse an der Oberfläche, so dass namentlich der obere Umfang der Geschwulst dadurch eine ganz höckerige Beschaffenheit erlangt. Eine besonders harte Stelle findet sich rechts hinter der Tuba und dicht neben dem Fundus uteri in der Gegend, wo man den rechten Eierstock suchen müsste, von dem sonst keine Spur zu entdecken ist. Hier, wo die Geschwulst auf das Innigste mit Uterus und Ligamentum latum zusammenhängt, kann man mit den Fingern einen, etwa 5—6 Cm. im Durchmesser haltenden, härteren Körper umgrenzen, der sich beim Einschnneiden als ein mit braunrothen, eingedickten, hämorrhagischen Massen durchsetzter Schwamm ausweist. Irgend eine deutlichere Beziehung, sei es zu einem Ligamentum ovarii, sei es etwa zu einer cystoiden Erweiterung eines Tubenabschnittes lässt sich nicht erkennen.

Der übrige Theil der Geschwulst zeigt auf Durchschnitten (Taf. VI. Fig. 4) die grösste Aehnlichkeit mit einem gewöhnlichen Kystoma ovarii multiloculare. Er ist aus zahlreichen Kammern aller Grössen zusammengesetzt, in denen sich bald mehr flüssige, bald mehr gallertartige Inhaltsmassen von blasserer oder mehr gesättigter, gelblicher oder bräunlicher Färbung befinden. Das Stroma ist ein derbes, hier und da ziemlich dickes, weissliches Fasergewebe, in welchem an verschiedenen Stellen Gruppen von Knorpelinseln erscheinen. An anderen Stellen ist das Stroma mehr weich und durchscheinend, an noch anderen selbst wieder feinschwammig und von mehr trübem, gelblichem Ansehen. Einzelne bis erbsengrosse Stellen sind mit einer gelblichen Breimasse gefüllt.

Die weitere Untersuchung des Uterus ergibt, dass derselbe etwas dünne Wandungen hat und eine hinreichend weite Höhle mit stark ausgebildetem Fundus enthält, welche sich in eine mit Schleim gefüllte Cervicalhöhle von extremer Länge verfolgen lässt. Die beiden Abschnitte des Uterus sind schlecht gegen einander abgegrenzt, so dass man nur aus der Beschaffenheit des Secrets die Grenze erschliessen kann. Legt man dieses Kriterium zu Grunde, so zeigt sich, dass die Höhle des Uteruskörpers 6,25, die Cervicalhöhle beinahe 5,5, die Vagina etwas über 7 Cm. lang ist. Auch zwischen Cervicalhöhle und Vagina ist kein deutlicher Absatz wahrzunehmen; nur die Anwesenheit einer schwachen Plica palmarum im Collum gewährt einen Anhalt für die Unterscheidung.

Von der Harnblase ist noch zu erwähnen, dass am Collum vesicae weder von einer Prostata, noch von Samenbläschen eine Spur aufzufinden ist; nur erstreckt sich jederseits von ihm aus ein ziemlich derber Strang in der Richtung der Ureteren.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der Erforschung der äusserlich bemerkten hodenartigen Anschwellungen der Leistenegend zugewendet. Auf der rechten Seite, wo die Anschwellung bequem durchzufühlen war, zeigte sich nach Spaltung und Abtrennung der Hautdecke, dass in der Gegend des äusseren Leistenringes an einem, in den Leistenkanal in der gewöhnlichen Form eines Samenstranges

eintretenden Stiel ein länglicher, platt-ovaler, derb anzufühlender Körper (Taf. VI. Fig. 3) von 28 Mm. Länge, 18 Mm. Breite und 11 Mm. Dicke ansass, der ziemlich lose in das umliegende Fett- und Bindegewebe eingebettet war. Aeusserlich erschien derselbe glatt und mit einzelnen, grösseren Gefässen besetzt. Beim Einschneiden zeigt sich zunächst eine ziemlich dicke, weissliche, sehnige Wand, welche mit der Bauch- und Schenkelfascie zusammenhängt; darunter folgt ein weiches, fast schwärzlich aussehendes Fasergewebe mit erkennbaren Gefässen und in der Tiefe mit einzelnen gelben, aus Fettgewebe bestehenden Punkten; endlich eine neue festere Schicht von mehr weisslich aussehendem fibrösem Gewebe, welche die Wand einer Höhle von der Grösse einer kleinen Haselnuss darstellt. Der Inhalt dieser Höhle besteht in einer dicken, schmierig-breigen Substanz von graugelblicher, hier und da schmutzigröthlicher oder bräunlicher Farbe, welche den Wänden leicht anklebt; nachdem sich der weichere Antheil entleert hat, bleiben einige mehr zusammenhaltende, gelbliche Klumpen, im Ganzen etwa von der Grösse einer mässigen Bohne, zurück. Streift man den Inhalt ab, so erscheint die innere Oberfläche der Wand mit einer gelblichen pseudomembranösen Lage bedeckt und dadurch etwas uneben; die Bedeckung lässt sich aber leicht entfernen und es erscheint alsdann die Oberfläche ganz glatt, aber durchweg schwärzlich gefärbt. Irgend ein Parenchym lässt sich auch bei weiterem Einschneiden an dieser Stelle nicht auffinden. Dagegen ergibt sich der Zusammenhang bei der Untersuchung des Stiels, der, wie schon erwähnt, in den Leistenkanal eintritt. Auch dieser Stiel hat äusserlich eine derbere, weisse Hülle. Innerhalb derselben liegt loses, gefässreiches Gewebe, hier und da von röthlicher oder bräunlicher Farbe, in welchem nirgends ein, dem Vas deferens vergleichbarer, trennbarer Strang hervortritt. Dagegen zeigt sich in ihm, als man ihn etwas aus dem Leistenkanal hervorzieht und einschneidet, ein etwas über 6 Cm. langer, enger Kanal, durch welchen man eine Sonde ohne Schwierigkeit in die Bauchhöhle einführen kann. Die Sonde erscheint hier an der regelmässigen Stelle des inneren Leistenringes, wo auch bei ungestörter Lage der Theile von innen her eine von einer scharfen Falte des Peritonäums umsäumte Einstülpung nach Art des Processus vaginalis peritonaei zu sehen ist. Von dieser Stelle verbreiten sich Gefässe, welche unmittelbar zusammenhängen mit den vorher erwähnten, ungefähr dem Plexus pampiniformis entsprechenden, von dem rudimentären rechten Tabenstrang ausgehenden Gefässen. Auch tritt vom rechten Winkel des Fundus uteri aus eine Falte, welche in ihrem unteren Abschnitt einen derberen, offenbar dem Ligamentum uteri rotundum entsprechenden Strang einschliesst, an die mediale Seite des inguinalen Blindsacks. Freilich besteht zwischen diesem, schon innerhalb des Leistenkanals endigenden Blindsack und der Höhle des äusseren (hodenartigen) Körpers keinerlei Zusammenhang, indess ist der kurze, mit losem Bindegewebe gefüllte Zwischenraum zwischen beiden von derselben Beschaffenheit, wie der bei partieller Obliteration des Processus vaginalis peritonaei entstehende. Es ist nur noch zu erwähnen, dass sich vom unteren Umfange des hodenartigen Körpers ein derberer, rundlicher Strang schräg nach unten und innen erstreckt und sich in dem Gewebe des rechten Labium pudendi verliert.

Ungleich bestimmter ergeben sich die Verhältnisse auf der linken Seite. Hier ist das Ligamentum uteri rotundum sehr verlängert und in einen glatten, gefässreichen

Strang verwandelt. Da, wo es sich an die Bauchwand ansetzt, liegt an seiner medialen Seite, durch einen scharfen Saum umgrenzt, eine trichterförmige, gegen den inneren Leistenring gerichtete, aber blind endigende Ausstülpung des Peritonäum. Nach Ablösung der äusseren Haut zeigt sich am äusseren Leistenring zwischen den Schenkeln des Poupart'schen Bandes gleichfalls eine flache, kleinbohnen-grosse, blässige Vorwölbung, welche eingeschnitten sich als ein abgeschlossener, in den Leistenkanal hineinreichender, länglicher Sack von 2 Cm. Länge zu erkennen giebt. Der Inhalt desselben besteht aus einer geringen Menge einer klaren, bräunlichen Flüssigkeit; seine innere Oberfläche ist im Allgemeinen glatt und dünn, jedoch nur an der hinteren Wand etwas vascularisirt. Eine directe Verbindung dieses Sackes mit der Bauchhöhle ist nicht vorhanden: die Sonde gelangt sowohl von dem Sack aus, als auch von der Ausstülpung des Bauchfelles aus an ein dünnes, gefässreiches Septum, welches sich leicht verschieben lässt, aber doch einen vollkommenen Abschluss bildet.

Was die übrigen Baueingeweide betrifft, so zeigt die nicht vergrösserte Milz eine etwas schwärzliche Pulpa und zahlreiche, ziemlich grosse Follikel. Die linke, hoch hinaufgedrängte Niere liegt fast unmittelbar dem Diaphragma an; ihr oberer Umfang ist von der sehr flachen Nebenniere gedeckt, während der untere in einer dichten Verwachsung steckt, aus welcher eine kleinapfel-grosse Cyste von der Vorderfläche des Organs hervortritt. Die Nierenkelche, das Nierenbecken und der Anfang des Ureters sind erweitert und mit einer grossen Menge ganz dünner, stinkender Flüssigkeit erfüllt. Die erwähnte Cyste erweist sich als ein scheinbar ganz abgesonderter, mit ähnlicher Flüssigkeit gefüllter Sack, der jedoch bei genauerer Untersuchung mit einem Nierenkelch durch eine enge Oeffnung zusammenhängt; er reicht bis unmittelbar unter die Oberfläche. Die Rindensubstanz der Niere ist etwas atrophisch, sehr blass, weisslich, trotzdem im Zustande parenchymatöser Schwellung, namentlich an den Columnae Bertini; die Marksubstanz ist überall durch eitrige Verschwärung angegriffen, in der Art, dass theilweise nur die Papillen durchfressen, theilweise auch die Markkegel gänzlich zerstört sind. — Auch die rechte Niere liegt sehr hoch, fast ganz unter der Leber. Der Ureter ist stark erweitert und geschlängelt; in der Gegend des Nierenbeckens erscheinen grössere cystische Säcke. Am vorderen Umfange bestehen dichte, gefässreiche Verwachsungen mit den Nachbartheilen. Beim Abziehen der Kapsel reisst sofort eine Stelle ein, aus welcher sich dünne, mit eiterigen Flocken untermischte Flüssigkeit entleert, und man gelangt in eine Höhle, welche unmittelbar unter der Kapsel gelegen und deren Wand weich, fetzig, zum Theil fettig entartet ist. Diese Niere ist 13,5 Cm. lang, 7 Cm. breit und 4,25 Cm. dick. Die sehr verdickte und von grossen Gefässen durchzogene Kapsel ist im Ganzen leicht abzuziehen; die darnach zurückbleibende Oberfläche zeigt zahlreiche Incisuren zwischen den Renculi, einzelne vertiefte Narben und eine fast weissliche Schwellung des Parenchyms, untermischt mit allerlei gelben Abscessstellen. Auf dem Durchschnitt sehr beträchtliche Ausdehnung des Nierenbeckens und der Kelche und in der Richtung der letzteren extreme Atrophie der Marksubstanz, welche an den meisten Stellen vollständig vereitert ist und von der an einzelnen Stellen die Vereiterung sich bis an die Oberfläche des Organs erstreckt. Dagegen ist die Substanz der Columnae Bertini grossentheils erhalten, aber im Zustande der parenchymatösen Schwellung.

Das Duodenum, mässig durch Gas ausgedehnt, enthält stark gallige, etwas grünliche Flüssigkeit. Der Magen sehr weit, enthält viel Gas und im Fundus eine ziemlich reichliche Menge von gelblich bräunlicher Flüssigkeit, untermischt mit allerlei festen Bestandtheilen. Die Magenschleimhaut nicht erkennbar verändert, nur im Fundus stark venös geröthet und etwas imbibirt. Die Galle entleert sich aus der Papilla duct. choledochi leicht auf Druck; sie ist etwas grünlich. Die Gallenblase leicht ödematös.

Die Leber ist gross, 25,5 Cm. im Querdurchmesser, am rechten Lappen 19, am linken 14 Cm. hoch, rechts 8,5, links 6,25 Cm. dick. Im Allgemeinen hat die Oberfläche ein etwas geröthetes, aber sonst normales Aussehen, und das Parenchym, dessen Acini vergrössert und etwas getrübt sind, eine gute Consistenz. Nur im linken Lappen zeigt sich eine, nach rückwärts prominirende Geschwulst von der Grösse einer Kinderfaust. Auf dem Durchschnitt erweist sie sich als ein multiloculäres Gewächs von 7,5—8 Cm. Durchmesser, offenbar aus einem grösseren und mehreren kleineren Knoten zusammengesetzt. Ihre Begrenzung gegen das Lebergewebe ist wenig scharf. In einem ziemlich derben, netzförmigen Stroma, das an einzelnen Stellen bis auf schmale Septa zurückgekommen ist, an anderen in breiteren, selbst wieder alveolaren Zwischenmassen erscheint, liegt eine grosse Zahl kleinerer und grösserer, zum Theil aus Confluenz hervorgegangener, etwas unregelmässiger Höhlungen, von ganz kleinen, punktförmigen an bis zu kirschkerngrossen. In der Hauptmasse gleicht das Aussehen dem eines Schwammes. Die Höhlungen sind mit einer gelblichen, hier und da röthlichen Flüssigkeit gefüllt. Das Stroma ist an einzelnen Stellen sehr gefässreich, ja geradezu telangiectatisch; hier und da erscheint es fast markig. Eine zweite ähnliche Geschwulst von 2 Cm. im Durchmesser sitzt im obern, hintern Umfange des rechten Lappens; sie ist in noch höherem Maasse cystisch. Namentlich die centralen Theile führen glattwandige Räume bis zur Grösse von kleinen Erbsen.

Das Pancreas ziemlich lang, aber sonst gut erhalten. Im Dünndarm leichte Schwellung der Schleimhaut und starke epitheliale Absonderung. Dickdarm sehr blass. Das Gekröse enthält einzelne, etwas vergrösserte, aber sonst nicht veränderte Lymphdrüsen; es ist fast überall mit sehr gefässreichen Adhäsionen besetzt.

Nach diesen Ergebnissen handelt es sich demnach um einen Fall von Androgynie oder von Hermaphroditismus spurius femininus, bei welchem der ganze mittlere und innere Abschnitt der Genitalien nach weiblichem Typus entwickelt, auch der Gesamthabitus des Individuums weiblich war, und bei welchem nur die locale Abweichung in der Ausbildung des äusseren Geschlechtsapparates den Gedanken an eine männliche Richtung der Genitalanlagen hervorgerufen hatte.

Durch die Gefälligkeit des Herrn Dr. Litten war die Person mir schon während ihres Lebens vorgestellt worden. Es war dies in einer Zeit geschehen, wo von anderer Seite der männliche Charakter

mehr hervorgehoben war. Ich muss sagen, dass mir schon bei dem ersten Anblick der weibliche Typus in der Gesamterscheinung des Mädchens so stark entgegentrat, dass ich mich umsah, ob etwa noch ein anderes Individuum im Zimmer sei, welchem die geäusserten Zweifel gälten. Auch die Beschaffenheit der äusseren Genitalien änderte in diesem Eindruck nichts.

Derjenige Theil des Befundes, welcher meiner Meinung nach am meisten zu der Vorstellung einer männlichen Bildung berechnete, war die Existenz der zwei hodenartigen Körper in den Leistengegenden. Ich hatte früher (Gesammelte Abhandl. zur wiss. Medicin. Frkf. a. M. 1856. S. 774. Anm.) bei einer Räuberhauptmännin aus der Rhön, welche ich nur lebend untersuchen konnte, ein ganz ähnliches Verhältniss gefunden, welches ich nicht weiter aufklären konnte, welches aber meine Vorstellung von der wesentlich weiblichen Natur des Falles auch nicht geändert hatte. Bei der Hacker kam ich jedoch schon durch diese erste Untersuchung über jeden Zweifel hinweg, und es wird für spätere ähnliche Fälle vielleicht von Bedeutung sein, diese Gründe besonders hervorzuheben.

Der Körper auf der linken Seite war zur Zeit meiner Untersuchung so schlaff und klein, zugleich so weit gegen den Leistenkanal herangezogen, dass ich von seiner Beurtheilung überhaupt Abstand nahm. Dagegen hatte der Körper der rechten Seite eine so scharf umgrenzte Gestalt, eine so derbe Beschaffenheit, dass es nicht die mindeste Schwierigkeit hatte, ihn mit den Fingern genau zu umgehen. Dabei ergab sich allerdings eine längliche, rundlich-ovale Gestalt und ein nach oben in der Richtung des Leistenkanals fortgehender Stiel, also Merkmale, welche trotz der Kleinheit des Körpers auf einen unvollständig herabgestiegenen und daher etwas atrophischen Hoden bezogen werden konnten. Aber es fehlte eine Hauptsache: von einem Nebenhoden liess sich keine Spur entdecken, obwohl man ihn bei der Nachgiebigkeit der Umgebungen, wenn er vorhanden gewesen wäre, bestimmt hätte fühlen müssen.

Der Gedanke lag indess nahe, dass es sich hier um einen *Descensus anomalus ovariorum* handle, wie er meiner Meinung nach in dem von Herrn Herm. Meyer (dieses Archiv 1857. Bd. 11. S. 422, Taf. III. Fig. 3. i) beschriebenen Falle auf der einen Seite

eines Hermaphroditen vorhanden war. Allerdings ist dieser Fall von Herrn Meyer als ein Fall von Hermaphroditismus lateralis gedeutet worden, indem er den in einem offenen Processus vaginalis peritonaei befindlichen Körper für einen Hoden nahm. Indess ist eine Untersuchung der Structur dieses Körpers nicht vorgenommen worden, und die äusseren Verhältnisse desselben sind der Art, dass ich mich nicht entschliessen kann, die ovariale Natur desselben anzuzweifeln. Für eine analoge Deutung bei der Hacker war namentlich der Umstand günstig, dass eine so auffällige Anschwellung der hodenartigen Körper bei der Menstruation bemerkt wurde.

Nichtsdestoweniger ergab die anatomische Untersuchung, dass es sich weder um Testikel, noch um Ovarien, sondern um abgeschnürte, praeinguinale Theile des Processus vaginalis peritonaei handelte. Auf der linken Seite hatte sich daraus eine einfache, ziemlich kleine Hydrocele gebildet; auf der rechten dagegen war eine, wenngleich auch noch kleine, aber doch recht charakteristische Haematocele daraus geworden. Die grosse Verdickung der Wandungen dieser letzteren, sowie die bedeutende Veränderung des in ihr enthaltenen Blutes geben Zeugniß dafür, dass hier alte und wiederholte Reizungen stattgehabt hatten, wie sie übrigens auch bei der Haematocele virilis gewöhnlich stattfinden. Da der Sack dieser Haematocele feminina nach oben an einem in den Inguinalkanal eintretenden, weiterhin zum runden Mutterbande sich fortsetzenden Stiel befestigt ist, nach unten an einem in das Labium pudendi eintretenden Strang anhängt, so ist leicht begreiflich, wie sehr man sich künftig in der Diagnose wird vorsehen müssen.

Wenn die letzte Schwellung dieser Haematocele mit einer Menstruation zusammenhing, so sollte man eigentlich erwarten, dass auch eine Ovulation stattgefunden haben müsse. Anfangs glaubte ich bei der Section selbst auch die Spuren einer solchen in dem mit Blut getränkten Körper zu erkennen, welcher ungefähr in der Gegend des vermissten rechten Eierstocks lag. Allein bei der Härtung des Präparats in Chromsäure und der weiteren Untersuchung stellte es sich heraus, dass dieser Körper keineswegs, wie es mir bei der Section schien, ein mit Blutgerinnsel gefüllter Sack, sondern vielmehr ein mit Blut getränkter schwammiger Körper, also ein Theil der multiloculären Geschwulst ist. Nun halte ich es allerdings für unzweifelhaft, dass die ganze Geschwulst aus dem rechten Eierstock

hervorgegangen ist, und es mag sein, dass der harte, blutgetränkte Knoten noch den letzten, am wenigsten veränderten Theil des früheren Eierstockes darstellt, aber eine eigentliche Ovulation dürfte darin schwerlich vor sich gegangen sein. Ebenso wenig ist dies an dem übrigens erhaltenen, nur sehr zusammengedrückten linken Eierstock anzunehmen, dessen Oberfläche ganz glatt und ohne alle Spuren stattgehabter Follikeleröffnung erscheint.

Wenn daher von einer Menstruation im strengeren Sinne des Wortes kaum die Rede sein kann, so dürfte man vielleicht bezweifeln, ob überhaupt eine menstruale Blutung vorlag. Ich möchte in dieser Beziehung nicht zu streng sein. Auch in einem früher (Gesammelte Abhandl. S. 773. Würzb. Verhandl. 1852. Bd. III. S. 359) von mir beschriebenen Falle, wo nach der wenigstens nicht unglaublichen Anamnese behauptet wurde, dass die hermaphroditische Person, wenn auch sehr sparsam, die Menstruation gehabt habe, konnte ich an den Eierstöcken weder Follikel, noch Narben auffinden und ich musste es daher auch für nicht wahrscheinlich erklären, „dass eine menstruale Thätigkeit mit voller Ovulation je bestanden habe“. Diese Art der Blutung nähert sich unzweifelhaft jenen, von mir seit langer Zeit unter dem Namen der pseudomenstrualen beschriebenen, aber es scheint mir, dass sie deshalb ein grosses Interesse in Anspruch nimmt, weil sie die Existenz eigenthümlicher periodischer Reizungen anzeigt, welche sich auch ohne Ovulation im weiblichen Sexualapparat geltend machen.

Von wo solche Reizungen ausgehen mögen, ist freilich schwer zu sagen, wenn man keine Eierstocksfollikel findet. Man wird dann zunächst auf den Uterus selbst hingewiesen. Ist dies aber der Fall, so lässt sich auch die Frage aufwerfen, ob nicht möglicherweise auch ein vergrösserter männlicher Uterus, wie er bei Hermaphroditismus virilis vorkommt, solche Reizungen auslösen und periodische Blutungen liefern könne. Diese Frage ist namentlich bei der viel beschriebenen Katharina Hohmann von den Herren B. Schultze (dies. Archiv Bd. 41. S. 332) und N. Friedreich (dies. Archiv Bd. 45. S. 6) erörtert worden; beide fanden bei diesem Hermaphroditen Spermatozoiden und der letztere beobachtete auch einen mehrtägigen Blutabgang aus den Genitalien. Scheinbar lag hier also ein wahrer Hermaphroditismus lateralis vor. Indess habe auch ich, als

ich den Fall in der hiesigen anthropologischen Gesellschaft vorstellte (Zeitschrift für Ethnologie. 1872. Bd. IV. Verhandl. der Gesellschaft. S. 269), mich nicht dafür erklären können, dass der Blutabgang ein sicheres Zeichen der Ovulation sei, und ich kann, nach den jetzt wieder vorliegenden Erscheinungen, nur zu der grössten Vorsicht in der Verwerthung dieses Merkmals auffordern.

Nicht ohne Interesse ist es, dass ausser der Missbildung an den Sexualorganen noch eine Reihe kleinerer Bildungsabweichungen an anderen Theilen vorliegt. Ich rechne dahin die Persistenz der Thymusdrüse, die chlorotische Aorta und die unregelmässige Lappenbildung der Lunge, — sonderbarerweise lauter Veränderungen an Organen der Brusthöhle, welche scheinbar ganz ausserhalb des Störungskreises liegen.

Die grösste Abweichung, welche der vorliegende Fall von der gewöhnlichen Reihe der hermaphroditischen Formen darbietet, besteht aber in der grossen Geschwulst des rechten Eierstocks. Während des Lebens lag der Gedanke sehr viel näher, dieselbe als eine Uteringeschwulst, und zwar als ein Myom der hinteren Wand des Uteruskörpers zu betrachten. Ihre innige Verbindung mit der ganzen hinteren Wand, bis tief in das kleine Becken hinein, liess sie vollständig als ein organisches Zubehör der Gebärmutter erscheinen. Nach der Autopsie kann davon gar nicht mehr die Rede sein: der Uterus ist ganz frei von Geschwulstbildung und nur nachträglich mit der Oberfläche des Tumors verwachsen. Ein positiver Nachweis, dass der letztere von dem rechten Ovarium ausgeht, lässt sich freilich auch nicht beibringen. Es fehlt eben jede Spur dieses Organes. Aber gerade dieser Umstand spricht stark zu Gunsten einer solchen Annahme. Alle anderen Theile sind vorhanden; nur das Ovarium und sein Ligament fehlen. An seiner Stelle und zwar gerade an dem Ort, wo man den Eierstock suchen müsste, trifft man die Geschwulst. Und diese Geschwulst hat genau diejenige Beschaffenheit eines multiloculären Kystoms, welche die Mehrzahl der grossen Ovarialtumoren besitzen.

Eine Unzahl kleinerer und grösserer Säcke von der mannichfaltigsten Gestalt zeigt sich auf dem Durchschnitt durch einander geschachtelt. Während einzelne die Grösse einer Kinderfaust erreichen, ist die grössere Zahl so klein, dass das durch sie eingenommene Gewebe wie feiner Badeschwamm aussieht. An vielen

Stellen treten an der Wand der grösseren Blasen wieder kleinere Blasen oder Vorsprünge des schwammigen Gewebes hervor und füllen einen grossen Theil des Innenraumes aus. Zugleich zeigen die grossen Blasen, wie ich es vor Jahren als Zeichen der fortschreitenden Confluenz der kleinen Blasen nachgewiesen habe (Verhandl. der Berliner Gesellsch. für Geburtshülfe. 1848. Bd. III, S. 221), unvollständige oder perforirte Scheidewände oder blosser Leisten und Falten der Wand. Die grösseren Cysten sind mit sehr dünnem, aber grosszelligem Pflasterepithel ausgekleidet; ihr Inhalt ist eine klebrige, zum Theil dickliche Flüssigkeit, aus welcher sich unter der Einwirkung der zur Härtung verwendeten Chromsäure reichliche gallertige, aber trübe Niederschläge gebildet hatten. Hier und da finden sich aber auch kleinere Säcke, welche eine mehr breiige (atheromatöse) Inhaltsmasse besitzen: hier zeigt das Mikroskop Anhäufungen kernloser, länglich ovaler, scharf contourirter Epidermiszellen, wie in sogenannten Cholesteatomen. Gelegentlich sieht man zwischen diesen Zellen aber auch dünne, dunkelbraune Haare in leicht gewundenen Linien, und wenn man die Wand der benachbarten Oberflächen unter das Mikroskop bringt, so zeigen sich zahlreiche, in regelmässigen Abständen gelegene, sehr feine Haarbälge mit noch ansitzenden Härchen. Talgdrüsen fand ich nirgends in grösserer Zahl und Ausbildung, ebensowenig Schweissdrüsen, indess wäre es wohl möglich, dass besonders Stellen vorhanden sind, wo auch sie in stärkerer Weise ausgebildet wären.

Daraus ergibt sich demnach, dass wir es mit einer Mischgeschwulst zu thun haben, indem dermoide Bestandtheile dem Kystom zugefügt sind. Ich fand an einer Stelle sogar grosse markhaltige Nerven und dicke Züge von glatten Muskelfasern in der Unterhaut einer Cyste (vgl. Geschwülste III. S. 246).

Aber auch das Stroma zeigt eine sehr mannichfaltige Zusammensetzung. An manchen Stellen ist es allerdings ein einfaches fibröses Bindegewebe, welches weder makroskopisch, noch mikroskopisch etwas Besonderes erkennen liess. An vielen Stellen erkennt man aber schon mit blossen Auge Inseln von Knorpelsubstanz: rundliche oder unregelmässig ausgebuchtete Stücke von derber Consistenz, durchscheinendem Aussehen und homogener Beschaffenheit liegen einzeln oder in Haufen, jedoch auch dann durch fibröse Streifen von einander getrennt, in dem Stroma. Sie sind ganz fest in das-

selbe eingebettet, und die mikroskopische Untersuchung lehrt, dass sie ein streifiges Perichondrium besitzen, welches continuirlich mit dem interstitiellen Bindegewebe zusammenhängt. Der Knorpel selbst ist durchweg Hyalinknorpel mit sehr zahlreichen, nach Art jungen Gelenkknorpels angeordneten Zellen von linsenförmiger oder rundlicher Gestalt. Hier tritt demnach ein neues, chondromatöses Element in die Geschwulstbildung ein.

Andere Stellen des Stroma zeigen schon äusserlich ein weissliches, zuweilen gradezu markiges Aussehen. Hier erweist das Mikroskop eine grössere Zunahme der Zellen, welche zugleich an Umfang wachsen und aus der Spindel- und Sternform in die Kugelform übergehen. An gewissen Orten zeigt die trübgelbe Farbe, was die Vergrösserung leicht bestätigt, dass Fettmetamorphose eingetreten ist: hier entstehen unter Erweichung des Gewebes grosse, bräunlich aussehende Fettkörnchenkugeln. An anderen Stellen dagegen verschwindet unter der fortschreitenden Zellwucherung der grösste Theil der Intercellularsubstanz, und man bekommt Gewebszustände, wie sie dem Rundzellensarcom eigenthümlich sind.

Wiederum andere Stellen des Stroma erschienen für das blosse Auge gallertig, nachgiebig, fast glasig. Hier findet sich Schleimgewebe, besonders ausgezeichnet durch das Netz feiner elastischer Fasern, welches sich zwischen den Rundzellen durchzieht und vielfache Verflechtungen bildet. Solche Stellen, die bis zur Grösse von Haselnüssen von mir gesehen wurden, sind als Myxom-Knoten aufzufassen.

Eine solche Mannichfaltigkeit der Zusammensetzung, welche dem Ganzen einen vollkommen teratoiden Charakter giebt, ist in Ovarialgeschwülsten sehr ungewöhnlich. Dagegen sind gerade solche Combinationen, wie ich schon in meiner Abhandlung über Perlgeschwülste (dieses Archiv 1855. Bd. 8, S. 398) gezeigt habe, im Hoden nicht so selten. Gerade die Verbindung von „Fibrocystoid“, Enchondrom, Cholesteatomen und Dermoid kommt im Hoden häufiger vor. Es würde daher die fragliche Geschwulst für einen degenerirten Hoden fast noch besser passen, als für einen Eierstock.

Nun kommt aber noch eine sehr grosse Sonderbarkeit hinzu: das Auftreten von Metastasen in der Leber, wodurch die Geschwulst einen gradezu malignen Charakter erhält. Die Leber-

knoten enthalten, soviel ich sehe, keineswegs alle Bestandtheile der Ovarialgeschwulst, namentlich weder Epidermis, noch Haare, noch Knorpel. Aber sie haben kleine und grosse Cysten, die durch Confluenz in einander übergehen, und ihr Stroma steht den myxomatösen und sarcomatösen Abschnitten des grossen Tumors ganz nahe. Man kann nun sagen, dass der sarcomatöse Antheil überwiegt. Wirklich carcinomatöse Stellen sah ich nicht.

Ich beabsichtige nicht, dieses Verhältniss hier weiter zu erörtern. Nur das will ich bemerken, dass entfernte Metastasen bei Ovarialtumoren zu den nahezu unerhörten Dingen gehören. Eine Dissemination mehr myxomatöser Theile auf dem Peritoneum und Omentum haben wir einigemal beobachtet (Charité-Annalen 1876. Bd. I, S. 403). Auch Andere, wie Knowsley Thornton (Transact. Path. Soc. London 1877. Vol. XXVIII, p. 189, Pl. X), haben Beschreibungen davon geliefert. Indess ist zwischen beiden Vorgängen, der Nachbardissemination und der eigentlichen Metastase, doch ein grosser und wohl zu beachtender Unterschied.

Schliesslich erwähne ich, dass der Tod der armen, viel geplagten Kranken in Folge der ausgedehnten Nierenerkrankung eingetreten ist, welcher auch eine Ovariectomie nicht hätte abhelfen können, auch wenn dieselbe ausführbar gewesen wäre. Es hat sich zuerst Hydronephrosis gebildet, zu welcher sich später eine eiterige Ureteritis und Pyelonephritis gesellte; schliesslich ist Nephrophthisis ulcerosa eingetreten.
