

Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Vier Fälle
von
accessorischen Ovarien.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Facultät in Kiel

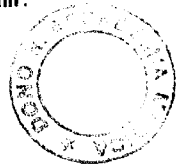
vorgelegt von

Hermann Schantz,
approb. Arzt aus Witten a. d. Ruhr.

Opponenten:

Herr A. Hegar, cand. med.

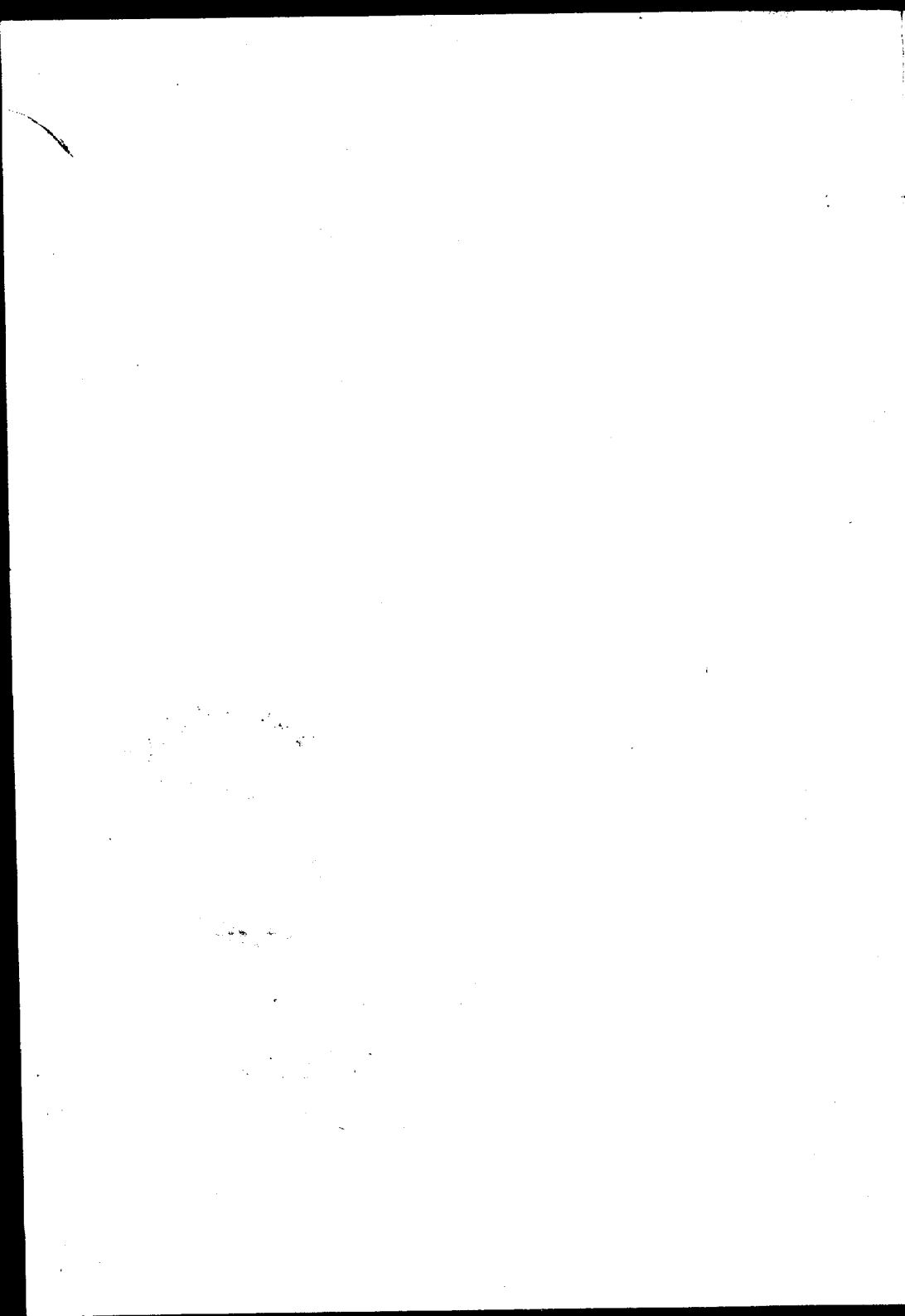
„ F. Kiefer, cand. med.



KIEL.

Druck von L. Handorff.

1890.



Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Vier Fälle
von
accessorischen Ovarien.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Facultät in Kiel

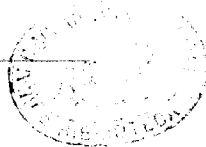
vorgelegt von

Hermann Schantz,
approb. Arzt aus Witten a. d. Ruhr.



Opponenten:

Herr A. Hegar, cand. med.
„ F. Kiefer, cand. med.



KIEL.

Druck von L. Handorff.

1890.

No. 59.

Rectoratsjahr 1890/1.

Referent: Heller.

Druck genehmigt:

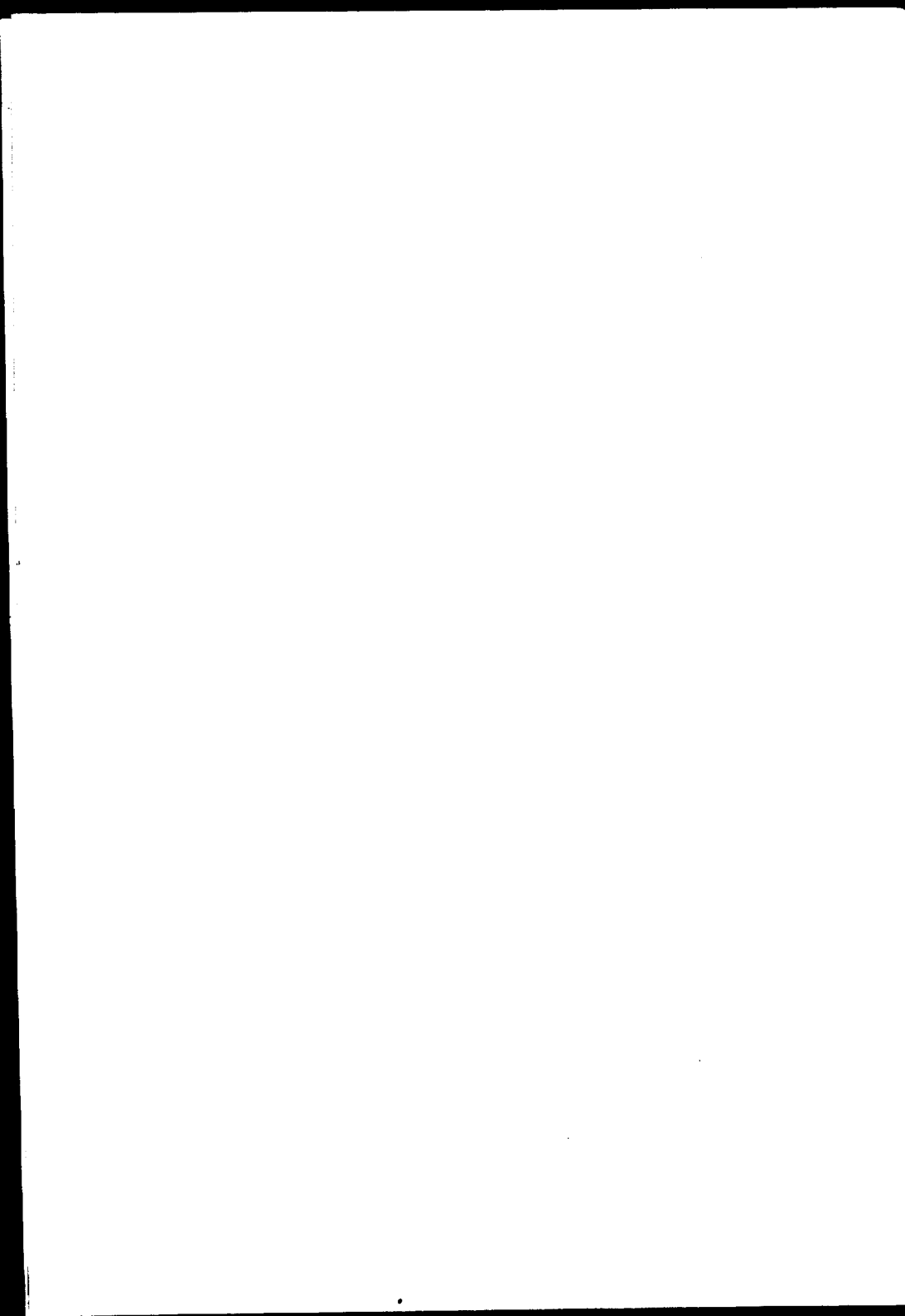
Hensen, Dekan.

Seinem lieben Vater

in Dankbarkeit

☞

gewidmet.



Die pathologischen Veränderungen der Ovarien spielen in der Gynäkologie eine grosse Rolle; dieselben treten in der allergrössten Mehrzahl der Fälle erst extrauterin ein und da wieder in der Zeit der grössten Thätigkeit des Organs. Ovarialblutungen, Oophoritis der verschiedensten Art, Ovarialcysten, die verschiedenen Kystome, Dermoide u. s. w. sind so überaus häufig im Vergleiche zu den in der foetalen Entwicklung entstandenen Abnormitäten, dass erstere es fast ausschliesslich sind, welche von beiden den Gynäkologen interessiren.

Noch verhältnismässig häufig findet man als angeborne Abnormität den Mangel eines Ovariums, derselbe ist jedoch fast stets mit Misbildung der gleichseitigen Tube und des Uterus (Uterus bicornis, Uterus unicornis, Mangel der Tube) verbunden, wie auch das Fehlen beider Ovarien wohl nur stets mit andern hochgradigen Misbildungen im Gebiete des Geschlechtsapparates vorkommt. Auch ist eine solche Abnormität nicht stets intrauterin entstanden, es sind Fälle bekannt, in denen der Mangel eines Ovariums und des abdominalen Endes der gleichseitigen Tube auf eine Abschnürung durch Axendrehung oder durch Adhäsionsstränge während des postuterinen Lebens mit Bestimmtheit zurückgeführt werden konnte. Das abgeschnürte Ovarium kann dann vollständig zur Resorption gelangen, in anderen Fällen verkalkt es.

Sehr viel seltener sind Fälle, in denen man als congenital abnorme Erscheinungen der Ovarien Zwei-, Drei- und Mehrtheilung derselben, abnorme Lagerung oder ferner accessorische gestielte Ovarien vorfand.

Es gelangten im pathologischen Institute in Kiel in den Jahren 1887—90 vier dahingehörige Befunde zur Beobachtung. Dieselben gaben mir Veranlassung, die Litteratur darüber zusammenzustellen, in der sich nur eine spärliche Anzahl solcher Fälle verzeichnet findet.

H. Chiari (Prager Medic. Wochenschr. 1884 No. 50) beschreibt einen hierhergehörigen Fall „Über einen selteneren Ovarial-Befund (Ovarium bipartitum dextrum — Hernia ovarica sinistra) bei einem 18jährigen Mädchen mit spina bifida lumbosacralis.“ Der Fall betrifft ein hysterisches Mädchen, welches wegen Otitis am rechten Fusse zu wiederholten Malen längere Zeit auf der gynäkologischen Klinik behandelt war und sich daselbst in selbstmörderischer Absicht mit Phosphor vergiftet hatte. Die 36 Stunden post mortem vorgenommene Obduction ergab zunächst den typischen Befund einer acuten Phosphorvergiftung mit hochgradiger allgemeiner Fettdegeneration und mit zahlreichen frischen Blutextravasaten, die besonders im subserösen intermusculären Zellgewebe sehr zahlreich vertreten waren. Die Untersuchung des Genitalapparates ergab Folgendes: An die mit einem gewöhnlich formirten Hymen versehene Vagina schloss sich ein Uterus unicornis dexter an, der von der Grösse eines ausgebildeten vaginalen Uterus an seinem oberen Ende mit der 6,5 cm langen rechten Tube zusammenhing. Das linke Uterushorn wurde durch einen 7,5 cm langen walzenförmigen Strang repräsentirt, der in der Gegend des Orificium internum uteri mit dem rechten Uterushorne in Verbindung stand und an seinem peripheren Ende eine kugelige, nahezu nussgrosse Verdickung zeigte, von der das ligamentum teres sin. und die 6,5 cm lange Tuba sin. abgingen. Dieses rudimentäre linke Uterushorn enthielt, wie auch mikroskopisch auf einem completen Querschnitte festgestellt wurde, kein Lumen, es konnte weder vom Cervix aus, noch von der linken Tuba her, die selbst durchgängig war, sondirt werden.

An Stelle des rechten Ovariums lagerte ein bohnergrosser

Körper, welcher nach seiner von oben nach unten abgeplatteten Gestalt, seinem convexen hinteren Rande, seinem mehr gradlinigen vorderen Rande, der Peritonealgrenze im Bereiche des letzteren, seiner weisslichen Farbe und seinem Durchschnitte sofort als ein rudimentäres Ovarium angesprochen werden musste. 5 mm nach einwärts von diesem rudimentären Ovarium in einer der Verlaufsrichtung des hier allerdings nur sehr schwach entwickelten Ligamentum ovaricum dextrum entsprechenden Horizontalen fand sich an einem 1 cm langen, 2 mm dicken, drehunden, allenthalben von Peritoncum überzogenem Stiele ein zweites halberbsengrosses rundliches Körperchen von gleichen makroskopischen Verhältnissen, so dass auch dieses als ein rudimentäres Ovarium imponirte. Die Oberfläche beider rudimentären Ovarien war ganz glatt wie bei solchen Ovarien, in denen es noch nie zur Ovulation gekommen war. Mikroskopisch liessen die rudimentären Ovarien eine deutliche Sonderung der Markschiote und Rindenschiote erkennen. Erstere enthielt die grösseren Gefässe, letztere in den beiden Ovarien reichliche sogenannte Primärfollikel mit centralem Eichen und auch etliche in der Umbildung zu Graaf'schen Follikeln begriffene, bereits mit mehrfacher Epithellage versehene und eine kleine Menge von Flüssigkeit einschliessende Follikel, in denen dann das Eichen excentrisch gestellt erschien. Die Tunica albuginea war sehr dünn, trennte aber doch ganz vollständig die Follikel führende Schichte von dem cylindrischen Oberflächenepithel. An manchen Stellen der Rinde fanden sich im Zugrundegehen begriffene, körnig zerfallene Primärfollikel. Auch das rechte Parovarium war viel kleiner als normal, lagerte jedoch an der gewöhnlichen Stelle zwischen dem bohnergrossen äusseren Ovarium und der Tube, eingeschlossen in die Blätter des Peritoneums.

Das Ovarium sin. mass 4 cm in der Länge, 2,4 cm in der Breite, 1 cm in der Dicke, hatte also die Dimensionen eines wohlentwickelten Eierstocks. Es trug an seiner oberen und unteren Fläche zahlreiche Narben und enthielt in sich nebst

reichlichen reifen Follikeln auch viele frischere und ältere Corpora lutea. Eigentümlich war an diesem Ovarium die Art seiner Verbindung mit dem ligamentum latum sin. Dieselbe wurde nämlich durch einen 1 cm langen und ebenso breiten, 3 mm dicken Stiel vermittelt, welcher von der äusseren Hälfte des Ovarialrandes entsprang. Der Peritonealsaum verlief dementsprechend nur um die äussere Hälfte des vorderen Ovarialrandes, während die innere Hälfte dieses die Beschaffenheit der übrigen Ovarialfläche zeigte. Spannte man zwischen linker Tube und Beckenboden das linke Mesometrium an, so machte das linke Ovarium sofort eine Drehung um seinen Stiel von r. vorne nach l. hinten bis zu 180° und kam so zu sagen von selbst mit seinem inneren Pole vor die Eingangspforte einer wallnussgrossen, in der Leiche leeren linksseitigen Cruralhernie zu liegen, um bei dem leisesten Drucke mit seinen inneren zwei Drittteilen in die Hernie zu schlüpfen. Das linke Parovarium zeigte gewöhnliches Verhalten.

Ausser diesen hier lediglich in Betracht kommenden Abnormitäten ergab die Section noch andere interessante Befunde, von welchen als wesentlichste hier nur kurz erwähnt sein Spina bifida lumbosacralis, daselbst eine herniöse Ausstülpung der Pachymeninx spinalis, in welcher innig verwachsen mit der Pachymeninx spinalis ein grosses Lipom lag.

Chiari hebt als das wichtigste und seltenste Ergebniss der anatomischen Untersuchung den Befund des vollständig getheilten rechten Ovariums hervor. Bezüglich der Genese einer solchen Teilung sind die Ansichten der Autoren sehr geteilt. Grohe und Olshausen nehmen an, das im allgemeinen die Zerteilung als eine durch Peritonitis bedingte Abschnürung aufzufassen sei. Ich komme auf die von Grohe und Olshausen beobachteten Fälle unten des Näheren zurück. Klebs hingegen stellt die Idee auf, dass eine solche Ovarialteilung, wie auch die mitunter vorkommende Kerbenbildung an den Ovarien bedingt sein könne durch ungleichmässige, partiell zurückbleibende Ent-

wicklung des Keimepithels zu Follikeln. Demgegenüber sagt Chiari: In meinem Falle fanden sich keine Spuren von Peritonitis in der Gegend der rechten Ovarien, die eine etwaige Abschnürung hätte effectuiren können, in meinem Falle war auch weiter eine so beträchtliche Distanz zwischen den beiden rechten Ovarien mit ganz gewöhnlich beschaffenem Peritoneum dazwischen, dass ich die Entstehung der Zweiteilung des rechten Ovariums für meinen Fall eher auf eine in der allerersten Zeit der Entwicklung der rechtsseitigen Genitaldrüse aus dem Keimepithel stattgehabte mächtige Zerspaltung des Ovarialkeimes etwa durch abnorme Gefässentwicklung zurückführen möchte.

Bezüglich des oben erwähnten abnorm gestielten und abnorm in einen Bruchsack gelagerten linken Ovariums sagt Chiari: Die Hernia ovarica sin. dieses Falles ist ein nicht eben häufiger Befund, indem weitaus die meisten bisher bekannten Fälle von Hernia ovarica: inguniale und zwar angeborne solche Hernien waren, während in dem vorliegenden Falle der Bruchsack durch den Schenkelring führte, und die an der Kuppe des Bruchsackes befindliche reichliche Fettgewebsmasse eher für eine acquirirte Hernie zu sprechen schien. Die Einlagerung des linken Ovariums in die Hernie mochte die Ursache für die Hysterie, für die im Unterleib zeitweise vorhandenen Schmerzen und für die Empfindlichkeit der Patientin in der linken Beckenhälfte beim Touchiren gewesen sein. Nichtsdestoweniger musste das linke Ovarium die gesammte Ovulationsfunction bei dem Mädchen, welches seit dem 12. Lebensjahre stets regelmässige Menstruation gezeigt hatte, aufgebracht haben, indem in den rechten Ovarien gewiss niemals eine Ovulation stattgefunden hatte.

Ein anderer Fall von Ovarium bipartitum wird von Klebs (Monatsschrift f. Geburtskunde XXIII pag. 405) beschrieben. Der Fall betraf eine verheirathete Frau von einigen 40 Jahren, welche vollkommen steril gewesen und an einer Lungenaffection gestorben war. Klebs sagt bezüglich der Genitalorgane: Der Uterus hat einen sehr engen Cervicalteil, die Muttermundslippen

sind stark vorragend, wulstig und derb, umschliessen einen äusserst engen, nur eine feine Sonde durchlassenden Muttermund. Uteruskörper und Uterushöhlen sind von etwas schiefer Gestalt, indem die rechte Ecke derselben einen spitzeren Winkel bildet, als die linke. Die Adnexa der rechten Seite sind in gleicher Weise beträchtlich länger entwickelt, als die der linken. Das linke Ovarium bildet einen Sack von der Grösse eines kleinen Apfels, mit derber, weisslicher Wandung, über dessen hintere Seite die Tube nach abwärts verläuft. Das abdominale Ende derselben ist mit der Wandung des Ovarialsackes verschmolzen, stellt eine längliche mit mehreren Einschnürungen versehene Anschwellung dar, deren Wandungen verdünnt, durchscheinend, von blaugrauer Farbe sind. An Stelle des rechten Ovariums bemerkt man zwei durch einen 1,5 cm langen weisslichen Strang, von derselben Beschaffenheit, wie das ligamentum ovarii, getrennte Körper, von denen der äussere vollständig übereinstimmt mit dem linken Eierstocke, eine mehrkammerige Cyste darstellt, mit derber weisslicher, auf der äusseren Fläche, z. Theil mit strahligen Narben besetzter Wandung. Der innere Theil des Ovariums besteht aus einer derben, stark narbigen Masse, welche unter einer dicken Albuginea sehr zahlreiche Corp. fibrosa einschliesst. In beiden Theilen finden sich ebensowenig, wie in dem linken Ovarium folliculäre Bildungen; in dem sehr derben Stroma kommen nur wenige kleine rundliche Zellenhäufchen vor, atrophische Follikelreste. Das abdominale Ende der 9 cm langen rechten Tuba ist in eine Reihe von dünnwandigen, von einander grösstenteils abgeschlossenen Cysten verwandelt, von denen die letzte und grösste mit der Eierstockscyste untrennbar verwachsen ist.

Bezüglich der Genese des doppelten Ovariums der rechten Seite hält K l e b s dafür, dass dasselbe in diesem Falle aus ähnlichen Ursachen entstanden sei, wie diejenigen sind, welche die so häufigen Ungleichheiten in der Länge der ligamenta ovarii bedingen, z. Theil vielleicht Lagerungsverhältnisse des stark mit Mekonium gefüllten Darms in der Foetalperiode, worauf F r e u n d

zuerst aufmerksam gemacht hat. Die genaueren Maasse waren im genannten Falle folgende: Abstand der Insertion des rechten Ligamentum ovarii von der Mittellinie des Uterus 2,5 cm; des linken 2,1 cm; rechts lig. ovarii 1,5 cm; Ovarium 2 cm; lig. interovariale 1,5 cm; ovarium succenturiatum 2 cm, zusammen 7,1 cm; linkes lig. ovarii, sowie Ovarium selbst 3 cm, zusammen 6 cm.

F. Winckel (Frauenkrankheiten pag. 593) hat einen Fall eines zweigeteilten linksseitigen Ovariums mit kystöser Erkrankung des äusseren dieser beiden Ovarien beobachtet. Winckel bemerkt über dieses Ovarium bipartitum: Der Uebergang des äussern Endes von dem nach innen gelegenen linken Ovarium giebt sich sehr deutlich zu erkennen auf dem Durchschnitte des Verbindungsbandes der beiden linken Ovarien, in dessen Ende nach der Cyste zu Gefässdurchschnitte zu erkennen sind. Dieser Stiel der Cyste unterscheidet sie am besten von jeder parovarialen, resp. von den Cysten des Wolff'schen Körpers und des breiten Mutterbandes. Hier liegt also eine Bildungsanomalie mit einer Neubildung zusammen vor: Einfaches rechtes, geteiltes oder doppeltes linkes Ovarium, dessen äussere Hälfte ein Kystom zeigt. Befunde, welche auf eine durch Peritonitis bewirkte Abschnürung hindeuten könnten, waren an dem Präparate nicht aufzufinden.

Ausser diesem beobachtete Winckel noch einen zweiten ähnlichen Fall, wo er bei einer Patientin zweimal die Ovariectomie gemacht und das erste Mal zwei, das zweite Mal ein drittes cystöses Ovarium entfernt hat. Bei der ersten wurde nur der innere kystomatöse Teil des rechten und das erkrankte linke Ovarium entfernt. Dann erst entwickelte sich aus dem abgeschnürten äusseren Teile des rechten Ovariums ein neues Kystom.

Eine solche Ueberszahl von Ovarien (nämlich zwei auf einer Seite) ist zuerst von Grohe (Monatsschrift f. Geburtsk. XXIII pag. 67) beobachtet und zugleich durch Abschnürung nach foetaler

Peritonitis erklärt worden. Olshausen ist, wie schon oben erwähnt, derselben Ansicht und sagt, dass diese Peritonitis in manchen Fällen auf hereditärer Lues beruhen werde.

Grohe zeigte sein in Rede stehendes Präparat auf der Naturforscherversammlung in Stettin vor, es stammte von einer im 40. Jahre verstorbenen Frau, welche ein geschlechtlich ausschweifendes Leben geführt hatte. Bei der Section fand sich rechts ein grosses, links zwei kleine Ovarien, deren eines nahe am Uterus durch ein ligamentum Ovarii befestigt war, während das andere weiter entfernt in einer Bauchfellduplicatur ruhte. Alle 3 Ovarien hatten, wie der Durchschnitt derselben lehrte, functioniert, die Frau hatte 3 Kinder gehabt.

Mangiagalli (Gynäk. Centralbl. 1880 pag 91) fand bei einem durch Kraniotomie extrahirten Foetus rechtsseitig ein doppeltes Ovarium. Das überzählige Ovarium lag zwischen rechtem Ovarium und Uterus, war fast so gross, als das normale Ovarium und zeigte normale Gewebsverhältnisse. Im Genitalapparat war sonst nichts Abnormes. Wie sich das Ovarium zum lig. latum verhielt, ist aus Mangiagalli's Angaben nicht ersichtlich.

Ich möchte hier auf eine von N. Winkler (Archiv f. Gynäk. XIII pag. 277) ausgeführte Ovariectomia triplex näher eingehen, die er bei einer Frau mit einem einschitig doppelten, d. h. durch Abschnürung zweigetheilten Ovarium machte:

Patientin war im Jahre 1870 normal entbunden im Alter von 32 Jahren. Seit 71 bemerkt sie einen Tumor im Unterleib, der bis 77 beständig wuchs. Der Tumor war bei der Untersuchung im Jahre 77 deutlich biloculär, und zwar eine sehr grosse Cyste im Abdomen und eine andere kleinere das kleine Becken fast vollständig ausfüllend. Die vaginaluntersuchung ergab einen auffallenden Befund. Trotzdem nämlich die rechte Nierendämpfung fehlte (Wanderniere), musste der Tumor mit Bestimmtheit ein Ovarienkystom sein, und dennoch fühlte man von der Vagina aus in beiden Beckenhälften, rechts wie links,

je einen Körper, genau so, wie man sonst tiefliegende und wohl etwas vergrösserte Ovarien palpirt. Bei späteren Untersuchungen wurde nur noch links ein derartiger Körper gefühlt, rechts nicht mehr.

Von der in demselben Jahre ausgeführten Ovariectomie schreibt Winkler: Die kleinere Cyste wird mit pendelartigen Tractionen aus dem kleinen Becken entwickelt, der dünne Stiel sitzt links, wird abgebunden und versenkt; das rechte Ovarium, weil durchsetzt von einer Menge erbsengrosser Cysten, gleichfalls. Bei der Toilette des Peritoneums ergab sich beiläufig eine nicht unbedeutende Beweglichkeit der rechten Niere, dann aber in der linken Beckenhälfte ein mit zwei Cysten versehenes Organ, das nach dem Hervorholen zum allgemeinen Erstaunen sich abermals als ein Ovarium praesentirte. Auch dieses Organ wurde an seinem kurzen, aber deutlichen Stiele abgebunden und versenkt. Patientin starb 3 Tage post Operationem an Sepsis. Winkler schreibt über die exstirpirten Tumoren resp. Ovarien folgendermassen: Der zuerst exstirpirte Tumor besteht aus zwei Kammern, deren grössere eine äusserst derbe, fast lederharte Wandung hat. Von dem Stiele aus lässt an ihr die Tube, dessen Mesenterium anfangs 5 cm breit ist, später sich aber gänzlich verliert, sich weit hinauf verfolgen und geht schliesslich in die Wandung des Tumors völlig über, sodass keine Spur eines Fimbrienes mehr zu erkennen ist. In dieser Gegend der Tube ist es deutlich zu sehen, dass die Blätter des Mesenteriums sich spalten und als Hüllen den Tumor umfassen. In der Nähe des Stieles hängt ganz in der Weise, wie es meistens der Fall ist, das linke Ovarium dem Tumor an und scheint mit ihm nur durch einen schmalen Bindegewebsstreifen zusammenzuhängen. Es ist 3,0 lang und 2,0 breit, ein wirkliches, ächtes Ovarium, mit alten narbigen Dellen und strahligen Einziehungen an seiner Oberfläche. Winkler wirft selbst die Frage auf, ob es sich hier nicht möglicherweise um einen Parovarialtumor handle, sogar mit Beteiligung des Fimbrienes; die Entscheidung darüber



sei im vorliegenden Falle wohl kaum möglich, ist auch für die Beweisführung des vorhandenen linksseitigen doppelten Ovariums irrelevant. Auf das ein normales Ovarium, um die Hälfte an Grösse übertreffende, etwa, 8 Cystchen enthaltende rechte Ovarium gehe ich hier nicht näher ein. Der als zweites linkes, also drittes Ovarium exstirpirte Körper, schreibt Winkler, hatte einen deutlichen Stiel, der sich etwa 2,5 cm unterhalb der Ligatur des grossen Tumors an der Hinterfläche des linken breiten Mutterbandes inserirte. Makroskopisch bezeichnete Jeder dieses Organ sofort als ein Ovarium; es ist von denselben Dimensionen wie das erwähnte dem Tumor anhängende Ovarium. An seinem lateralen Ende ragen zwei Cysten hervor, eine von Kirschen-, die andre von Bohnengrösse. Man unterscheidet an ihm deutlich eine äussere Faser- und eine innere Parenchym-schicht, obwohl es sich etwas lappig anfühlt, wahrscheinlich deshalb, weil es weniger Fasergewebe enthält, als die Ovarien sonst. Den Ausschlag bei Bestimmung solcher Organe kann nur das Mikroskop geben und der damit erzielte Nachweis wirklicher Drüsenelemente. Bei den von dem in Frage stehenden dritten Ovarium gemachten Schnittchen fanden sich unter dem Mikroskope deutliche Drüsendurchschnitte, und Birch-Hirschfeld gelang es, davon Präparate herzustellen mit guter Epithel-auskleidung. Derselbe fasste das Resultat seiner Untersuchung dieses Organs dahin zusammen, dass er es nicht gerade für ein vollkommen entwickeltes Ovarium mit völliger Abschnürung der Follikel halte, sondern es schiene ihm mehr auf einem foetalen Standpunkte stehen geblieben zu sein, wodurch Bilder entstünden, die an die Schläuche der Hodendrüse erinnerten.

Jedenfalls haben wir es mit Bestimmtheit mit einem drüsigen Generationsorgane zu thun, das durch seine äussere Gestalt als ein Ovarium imponirt und auch in Folge seines Sitzes an der Hinterfläche des Ligamentum latum, und zwar unterhalb des Stieles jenes grossen Kystoms, nicht gut als ein ehemaliger Wolff'scher Körper angesehen werden kann, dessen da Residuum

bekanntlich oberhalb des lateralen Endes des Ovariums zu sitzen pflegt, nicht unterhalb. Sollte gar der grosse Tumor ein Parovarialtumor sein, was die Ansicht auch von Birch-Hirschfeld war, so käme die Möglichkeit, dass dieser dritte Körper etwas anderes als ein überzähliges Ovarium sei, völlig in Wegfall. Winkler erklärt die beschriebenen anatomischen Verhältnisse für überaus selten und sagt, dass dieselben deshalb bisher wohl noch nie zu einer Ovariectomia triplex geführt hätten.

An dieser Stelle muss ich noch eines von Kocks (Archiv f. Gynäkol. XIII pag. 469) beobachteten Falles Erwähnung thun. Kocks exstirpirte einer Patientin ebenfalls drei Eierstöcke; er fand das dritte Ovarium im ligament. lat. sinistr. mit einem frisch geplatzten Follikel. Zehn Tage nach der letzten Menstruation war operirt worden. Neben dem frischen Graaf'schen Follikel fand sich noch ein Corpus luteum. Der Patientin, einer 39jährigen Multipara, war wegen eines Cervicalcarcinoms der Uterus exstirpirt worden. F. Winckel schreibt über diesen Fall, dass man auch hier noch an die Möglichkeit einer Abschnürung des intraligamentären dritten Eierstocks denken müsse. Ich hebe dies besonders hervor, um jetzt zu einem von Winckel (Frauenkrankh. pag. 595) beobachteten Falle überzugehen, den er als nicht durch Teilung resp. Abschnürung der Ovarien entstanden erklärt und aus diesem wie aus mehreren anderen Gründen als ein Unicum beschreibt. Winckel giebt darüber Folgendes an:

Dieser Fall unterscheidet sich von allen bisher bekannt gewordenen erstlich dadurch, dass das dritte Ovarium nicht wie bei allen anderen hinter dem Uterus und in der Nähe eines der beiden gewöhnlichen Eierstöcke liegt, sondern vor dem Uterus. Zweitens dadurch, dass das dritte Ovarium durch ein 17 mm langes deutliches und starkes Ligamentum Ovarii mit dem vorderen Theile des Fundus Uteri verbunden ist, dessen Ansatzpunkt sich 1 cm nach vorn von der Tubeninsertion nahe derjenigen des runden Mutterbandes befindet. Das letztere bildet die nach dem

vorderen Eierstock concave Falte. Drittens dadurch, dass die beiden gewöhnlichen Ovarien, obwohl ihre Ligamente — 2,7 : 4,7 cm — sehr ungleich sind, doch an Länge, Höhe und Dicke völlig einander gleichen. In der Umgebung dieser beiden Eierstöcke finden sich keine Spuren von Peritonitis. Viertens endlich dadurch, dass das dritte und grösste Ovarium, in dessen Umgebung sich ebenfalls keine Spuren von peritonischen Resten finden, durch eine glatte dreieckige mit der Basis nach der Blase gelegene Falte fest mit der hintern Blasenwand zusammenhängt. Das Präparat stammt von einer an Lebercirrhose und Ascites verstorbenen 77jährigen Frau, die trotz ihrer drei Ovarien steril geblieben war. Die hintere Uteruswand enthielt nur ein über 1 cm grosses verkalktes Myom; sonst war an den senilen Genitalien keine Anomalie. Die Blase war sehr gross, schlaff, dünnwandig und an ihrer hinteren Partie etwas nach rechts mit einem Divertikel versehen, welches an der Stelle sich am meisten nach hinten erstreckte, wo die früher erwähnte Falte, die den dritten Eierstock befestigte, in die vordere Spitze des letzteren ausläuft. Von der Mitte des äusseren unteren Randes dieses Eierstockes geht endlich noch ein 6 cm langer ganz dünner Faden bis dicht an das Fransenende der rechten Tube, und 1 cm vom Ovarium entfernt hängt von diesem Strange ein kurzgestieltes gefranstes Kölbchen herab, welches wie durch einen wahren Knoten mit jenem Bande verknüpft ist. Schliesslich ist der Hinweis, dass das vordere spitze Ende des dritten Eierstockes nach dem rechten Ligamentum uteri rotundum eine Falte aussendet, wohl nicht überflüssig. Für dieses Präparat passt also die Deutung einer Abschnürung des dritten Ovariums von einem der beiden andern um deswillen nicht, weil keinerlei Spuren von Peritonitis sich an denselben fanden, weil ferner die drei Eierstöcke durch den Uterus und die ligamenta lata von einander getrennt sind, weil ausserdem jedes durch ein besonderes von den anderen an Länge verschiedenes Ligamentum ovarii mit dem Uterus zusammenhängt und weil endlich die beiden hinter dem

Uterus gelegenen Ovarien gleich gross, das nach vorne gelegene fast doppelt so gross wie jedes derselben ist und jene dem Alter der Patientin, ihrer Grösse nach, durchaus entsprachen. Man muss also in diesem Falle an eine von vorne herein getrennte Anlage dreier Eierstöcke denken, und ich möchte den Sitz der ungewöhnlichen dritten Anlage, die Entwicklung des dritten vorderen Eierstocks im Sinne der Untersuchungen Eduard van Benedens so deuten, dass sie aus dem Teile des Darmblattes hervorgegangen sei, welcher den ursprünglichen Blindsack des Mastdarms, die Allantois bildete. Auf diese Weise erklärt sich am natürlichsten der feste Zusammenhang mit der Blase und die dadurch entstandene Divertikelbildung.

Winckel erwähnt dann noch, um die Möglichkeit einer Dislokation des einen Eierstockes über das ligamentum latum hinweg und Verwachsung desselben mit der Blase auch auszuschliessen, dass an eine derartige Dislokation und Abschnürung im vorliegenden Falle garnicht gedacht werden könne, weil die normal gelagerten Eierstöcke nirgends adhärent, auch nicht vergrössert und keine Spuren von Peritonitis vorhanden gewesen seien. Da, fügt Winckel hinzu, in dem dritten Ovarium Follikelanlagen constatirt sind, so ist auch die Entwicklung eines Kystoms aus demselben und dessen Verwachsung und Perforation durch die Blase möglich.

Häufiger als Fälle der eben beschriebenen Art kommen Theilungen der Ovarien zur Beobachtung, die durch incomplete Abschnürung kleiner Ovarialanteile bedingt sind. Beigel hat solche Fälle beschrieben (Wiener medicin. Wochenschr. 1877) und hat den abgeschnürten Ovarialteilen den Namen accessorsche Eierstöcke beigelegt; er hält den von Waldeyer dafür in Anwendung gezogenen Namen der Nebeneierstöcke für unzweckmässig, weil derselbe bereits für ein Organ, das Parovarium, in Anspruch genommen sei, welches mit diesen uns hier beschäftigenden Gebilden in keinem anatomischen Zusammenhange stehe.

Der Sitz dieser eigentümlichen Gebilde ist fast ausnahmslos an der Grenzlinie zwischen Peritoneum und Ovarium gelegen, indem ja, wie *Waldeyer* zuerst ins rechte Licht gestellt hat, die Serosa des Abdomens mit keinem ihrer Bestandteile über den Eierstock hinweggeht, man vielmehr schon mit blossem Auge, wenn man die Blätter der *ligamenta lata* bis dahin verfolgt, wo sie an den Rand des Eierstocks in der Nähe des Hilus herantreten, eine feine aber deutliche, etwas unregelmässig zackig oder wellig verlaufende Linie rings um den unteren Umfang des Eierstocks herumziehen sieht, welche die Grenzlinie ist, mit der das Peritoneum aufhört. Genau an dieser Grenzlinie des Bauchfells, das sich durch das ihm eigentümliche glänzende Aussehen scharf von dem matten Aussehen des Eierstocks unterscheidet, hat *Beigel* achtmal die erwähnten Gebilde gefunden. *Beigel* hatte 350 weibliche Genitalien post mortem daraufhin untersucht und fand diese von ihm sogenannten accessorischen Ovarien nie an einer anderen Stelle. Ueber die genauere Beschaffenheit derselben schreibt *Beigel*: Diese kleinen Gebilde bieten das Ansehen kleiner Fibroide dar, und da sie wahrscheinlich als solche angesehen wurden, haben sie die Aufmerksamkeit der Autoren bisher nicht auf sich zu lenken vermocht. Wenigstens ist von ihnen weder in den anatomischen noch in den gynäkologischen noch auch in den Spezialwerken, mit alleiniger Ausnahme des vortrefflichen Werkes von *Waldeyer* »Eierstock und Ei« die Rede. Ihre Grösse, sagt er später, variiert von derjenigen eines Hanfkornes bis zu der einer kleinen Kirsche (8 mm Durchmesser); die meisten sassen an einem schlanken Stiele, andere waren ungestielt und nahmen, wenn mehrere beisammen sassen, ein warziges Aussehen an.

Beigel hat mehr als drei dieser accessorischen Eierstöcke an einem Ovarium nie gesehen, er fand sie an den Genitalien jeden Alters, Neugeborner, Jungfrauen und Greisinnen, am häufigsten jedoch an den Genitalien Erwachsener, nur zweimal bei Neugeborenen; im Gegensatze zu *Waldeyer*, der, wie es

scheint — ich komme sogleich darauf zurück — diese Bildungen nur bei Neugeborenen beobachtet hat, wie auch Waldeyer andererseits sechs derselben an einem Ovarium sitzend abbildet.

Über den histologischen Bau dieser Gebilde schreibt Beigel: Als ich eins derselben der mikroskopischen Untersuchung unterwarf und fibröses Gewebe zu finden hoffte, war ich nicht wenig erstaunt, normales Eierstocksgewebe nebst Follikeln in den verschiedenen Entwicklungsstadien zu erblicken. — Später fährt er fort: Im wesentlichen stimmt die mikroskopische Structur dieser accessorischen Eierstöcke mit derjenigen der normalen überein; nur ist die Serosa dicker und das fibröse Element in dieser in einem ansehnlicheren Maasse vertreten. Die Corticalschicht aber bietet lediglich die normalen Strukturverhältnisse dar. Bei Neugeborenen ist sie reich an Follikeln der verschiedensten Entwicklungsstadien und von normaler Grösse. Man hat ganz und gar das Bild eines normalen Eierstocks, aber en miniature vor sich. Die Kleinheit bezieht sich jedoch nur auf den Umfang des ganzen Organs, nicht aber auch auf die daselbe zusammensetzenden Elemente.

Die Stielchen, mit welchen die accessorischen Eierstöcke den wirklichen, primären aufsitzen, bestehen aus groben Bindegewebssträngen, in ihnen ist niemals ein Follikel enthalten. Das Ovarialgewebe unterscheidet sich davon so scharf und bestimmt, wie es der wirkliche Eierstock vom breiten Mutterbande thut. In den accessorischen Ovarien Erwachsener wird die Zahl der Follikel selbst dort spärlicher, wo solche im wirklichen Eierstock noch in ziemlicher Menge vorhanden sind. Das scheint auf eine gewisse Unabhängigkeit des accessorischen von dem wirklichen Eierstocke schliessen zu lassen. In manchen Fällen habe ich auch im Stroma der accessorischen Eierstöcke jene faltigen Membranen gefunden, von welchen angenommen wird, dass sie die Reste abortiv zu Grunde gegangener Follikel bilden. — Es steht, nach dem eben angegebenen Befunde, überhaupt der Annahme nichts entgegen, dass nicht nur die normalen Functionen

der accessorischen Eierstöcke denjenigen der primären vollkommen gleich sind, sondern dass sich auch die pathologischen Vorgänge ihrer Follikel von denjenigen, welche in denen der wirklichen Ovarien platzgreifen, in keiner Beziehung unterscheiden; mit anderen Worten: dass die accessorischen Ovarien, so gut wie die primären, einerseits die Quelle einer Conception, andererseits den Ausgangspunkt für Ovarialgeschwülste etc. bilden können.

Waldeyer schreibt über die in Rede stehenden Bildungen, dass er sie wohl schon beobachtet habe, sie aber nie zum Gegenstande eingehender Untersuchungen gemacht habe. Er habe sie an foctalen Eierstöcken und bei Neugeborenen gefunden und sie deshalb für gleichzeitig mit dem normalen Ovarium entstandene Bildungen gehalten, also für Nebeneierstöcke in optima forma. Es möchten wohl einzelne auch späteren Abschnürungen vom Ovarium ihr Dasein verdanken. Da die Ausbreitung des Keimepithels beim Foetus eine wechselnde und nicht immer scharf conturirte sei, so sei die Entstehung solcher kleinen Ovaria succenturiata wohl annehmbar und erklärlich.

In Waldeyers, den Eierstock behandelnden Werke befinden sich die kleinen Gebilde an dem Eierstocke eines neugeborenen Kindes abgebildet, im Texte aber ist nichts darüber enthalten und nur in der Erklärung der Figur werden sie als kleine Nebeneierstöcke bezeichnet, die nur durch dünne Stiele mit dem Ovarium verbunden sind. Dergleichen Bildungen, fügt Waldeyer hinzu, trifft man nicht selten bei Neugeborenen. Als weiter fortgeschrittene Formation der Art, sagt er, dürfte auch der von Grohe (s. oben) beschriebene Fall anzusehen sein.

Danach scheint also Waldeyer, wie gesagt, die in Rede stehenden Bildungen bei Erwachsenen nicht gesehen zu haben, während Beigels Beobachtungen in der grössten Mehrzahl Erwachsene betrafen.

Winckel hat einige Abbildungen solcher accessorischen Eierstöcke gemacht; die eine stellt ein solches accessorisches Ovarium von innen, die zweite von der Oberfläche dar. Bei

ersterer ist auf dem Durchschnitte ein in dem accessorischen Ovarium durchschnittener Follikel zu sehen; bei letzterer findet sich an der einen Hälfte des durchgeschnittenen und auseinandergezogenen Ovariums dicht über jener oben erwähnten Peritonealgrenze an einem 4—5 mm breiten, dünnen Stiele ein 7—8 mm breites, 4 mm dickes accessorisches Ovarium. Ausserdem zeigt sich an dem unteren Theile derselben Hälfte des Ovariums eine beginnende kleinere Abschnürung und ebenso an der anderen Hälfte nahe dem Ovarialstiele.

Dieses von Winckel beschriebene Präparat stammt von einer 19jährigen Jungfrau mit Uterus planifundalis und Andeutung eines Septums.

Einen anderen hierher gehörigen interessanten Fall hat de Sinéty (mouvement medical 20. Juin 1875) bekannt gemacht: Bei einem Neugeborenen zeigte das eine Ovarium sechs oder sieben gestielte Anhänge. Dieselben waren cystisch; nur einer war solider und zeigte die ganz normale Structur des Ovariums mit Follikeln und Ovis.

Einen anderen Fall hat Olshausen (Pitha — Billroth: Spec. Chirurgie, IV. Band) unter ganz anderen Verhältnissen beobachtet: „Eine 36jährige Frau, welche drei Kinder geboren hatte, das jüngste vor 10 Jahren, kam mit einem Unterleibstumor, welcher den Leib fast wie zur Grösse eines hochschwangeren ausgedehnt hatte, in meine Behandlung. Ich exstirpirte den Tumor, welcher vielkammerig war und sich ganz wie ein multiloculäres Ovarialkystom verhielt, nur ganz enorm dünne, zerreissliche Wandungen zeigte und mit einem festen, daumendicken Stiele an der hinteren Wand des Uterus, 2 cm hinter dem Ansatz des Ligamentum ovarii, festsass. Nach dem Tode der Patientin fanden sich beide Ovarien an ihrer Stelle, aber von dicken Bindegewebsschwarten vollkommen eingehüllt. Der Stiel der Geschwulst sass an der bezeichneten Stelle fest, ohne die Substanz oder Form des Uterus irgendwie alterirt zu haben. Mit dem ligamentum latum bestand kein Zusammenhang. Da

der Tumor wie ein Ovarialkystom gebaut war, seine überall dünne Aussenwand nur mit dem Uterus eine feste Verbindung zeigte, so liegt zweifelsohne hier eine Abschnürung eines Stückes des linken Ovariums durch Peritonitis vor, deren Spuren ja im Uebrigen deutlich genug waren.“

Zum Schlusse möchte ich über angeborene Lageanomalien, wie derselben schon oben mehrere beschrieben sind, noch einige Worte sagen:

Wie in dem erwähnten Falle von Chiari werden die abnorm gelagerten Ovarien am häufigsten als Inhalt eines Bruchsackes gefunden, und zwar findet man sie in der Mehrzahl der Fälle als Inhalt eines Leistenbruches. Auch interessiren uns hier diese Fälle am meisten, da sie es fast ausschliesslich sind, die als angeborene Hernien bezeichnet werden dürfen. Wenigstens habe ich in der Litteratur keinen andersartige Hernien betreffenden Fall gefunden, den man mit eigener Bestimmtheit als angeboren ansehen dürfte. Ausser durch den Inguinalkanal sah man das Ovarium durch den Cruralkanal (Deneux v. Oettingen, Wulzinger, Loumaigne, Parker), durch die Incisura ischiadica major (Camper, Papen), durch den Nabel (Camper), durch die Gefässlücke der Membrana obturatoria (nur ein Fall von Kiwisch) nach aussen treten: oder unter Durchbrechung der tiefen Fascia pelvis die hintere Vaginalwand vorstülpen und so in die Vagina oder vor die Vulva treten — Ovariocele vaginalis. Mit Ausnahme der letzten Art von Dislocation, sagt Olshausen, sind die übrigen Arten der Hernien um so schwerer zu erklären, als das Ovarium von den betreffenden Austrittsstellen sehr weit entfernt liegt. Die Gebärmutter kann in Folge der Hernia ovarii eine schiefe Lage bekommen und sich nach der Seite des Bruches hinneigen, wie Billard, Englisch u. A. bei Hernia inguinalis, Kiwisch bei Hernia foraminis ovalis beobachteten.

Es sei mir nun gestattet, auf die im pathologischen Institute in Kiel zur Section gekommenen Fälle dieser Art einzugehen:

No. 1.

In der gynäkologischen Klinik in Kiel wurde im Jahre 1887 eine an Myoma Uteri leidende Frau aufgenommen, an der deswegen die Castration ausgeführt wurde. Die Uterusblutungen traten später wieder auf, eine Zeit lang in den gesetzmässigen Intervallen der Menses. Bei der später nochmals notwendigen Laparotomie fand man rechterseits einen 1 $\frac{1}{2}$ cm breiten, länglich ovalen Körper, der ein frisches Corpus luteum, ältere Corpora lutea und einige anscheinend normale Follikel enthielt. Danach scheint also auch in diesem Falle ein überzähliges rechtsseitiges accessorisches Ovarium vorhanden gewesen zu sein.

Herr Professor Werth hatte die Güte, mir die diesbezügliche Krankengeschichte zur Benutzung zu überlassen. Ich werde die Angaben, soweit sie auf das vorliegende Thema Bezug haben, hier im Zusammenhange folgen lassen:

Patientin, d. 18. VIII. 87 aufgenommen, als Kind stets gesund, Menses regelmässig, seit 11 Jahren verheiratet. Seit ca. 3 Jahren bemerkt Patientin, dass die Menses stärker werden, seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren eine harte Geschwulst im Unterleibe. Bei starker Arbeit zeigte sich manchmal etwas Blutabgang ausser der Zeit. Während der Menses hat Pat. manchmal Schmerzen, namentlich an der rechten Seite des Hypogastriums. Menses in letzter Zeit oft 6—12 tägig, manchmal sehr stark. Bei vorletzter Menstruation, die 19 Tage mit kurzer Unterbrechung dauerte, gingen grössere Blutstücke mit ab. Letzte Periode vom 29. Juli bis 14. August.

Die objektive Untersuchung ergibt: Uterus ist durch einen sehr derben Tumor stark vergrössert, Fundus Uteri 3 Finger breit unter dem Nabel. Nirgends kleinere aus der Substanz des Uterus hervorragende Tumoren fühlbar. Uterus im Ganzen sehr wenig beweglich; Portio steht ziemlich weit nach vorne, ist recht gross, etwas derb. Der Tumor reicht nicht tief ins kleine Becken. Sondenuntersuchung sehr schmerzhaft, ruft Blutung hervor. Am 22. VIII. wird die Castration ausgeführt:

Beide Eierstöcke, namentlich der rechte sitzen tief und dem Myom ziemlich straff auf. Beide Ovarien sind von mittlerer Grösse. Die Tubenampullen werden mit entfernt. Am 26. IX. wird Pat. entlassen, nachdem schon seit 18 Tagen keine Druckempfindlichkeit des Abdomens mehr vorhanden. Pat. hat noch geringen wässerigen Ausfluss, fühlt sich ganz wohl. Der Tumor überragt die Symphyse um 4 Finger breit. Am 10. II. 88 stellt sich Pat. wieder vor. Es sind bis dahin die Menses nie wieder dagewesen, nur vor wenigen Tagen Abgang von etwas blutig wässriger Flüssigkeit. Uterus ist gut mannsfaustgross, steht gut 2 Finger breit über der Symphyse. Ziemlich starke Schleimsecretion des Uterus. — Vom Februar desselben Jahres an nun hat Pat. regelmässig ihre Periode wieder, anfangs schwach, später stärker, 3—4 Tage Blutabgang. Das Blut ist stark mit Schleim vermischt. Vom Juli dess. Jahres bis September kein Blutabgang, im September Menses 3 Tage, nicht sehr stark. Im Oktober Menses stark und lange dauernd. Am 22. XI. Wiederaufnahme in die Klinik. Letzter Blutabgang vom 2. Nov. bis 20. Nov., in den ersten Tagen trotz Bettruhe stark, in den letzten schwach. Ausser der Zeit der Blutungen ging oft viel Schleim ab und auch wohl blutig seröse Flüssigkeit. Pat. hat keine Schmerzen, hat an Gewicht zugenommen. Am 28. XI. ergiebt die Exploration: Uterushöhle erstreckt sich nach rechts oben, Länge $13\frac{1}{2}$ cm, Sonde wird von aussen nicht durchgeföhlt, links fühlt man die Uteruswand sich nach innen vorbuchten. Diese Stelle wird für submucöses Myom angesprochen. Bei vorsichtigem Curettement mit der stumpfen Curette entleeren sich reichliche Mengen verdickter, anämisch aussehender Mucosa; ziemlich reichliche Blutung, Injection von liq. ferr. sesquichlor. Am 11. XII. 88 Entlassung bei gutem Allgemeinbefinden, nachdem seit dem 4. XII. keine Blutungen mehr eingetreten. Kurz nach der Entlassung beginnen die Menses wieder, 6 Tage dauernd, mit geringem Blutabgang; seitdem mit genau 4 wöchentlichen Intervallen regelmässig auftretend, immer stärker

werdend. Seit Sommer 89 dauern die Menses, die mit grossem Blutverluste einhergehen, 8—14 Tage, nachher Schwindel, Ohnmachtsanfälle. Mit der Blutung zugleich Auftreten wehenartiger Schmerzen in der Regio pubica, zum Kreuz und zu den Beinen ziehend, Drängen im Mastdarm. Seit ca. 15. II. 89 erschwertes Wasserlassen mit vergeblichem Drängen besonders bei den Menses, zuweilen mässiges Schneiden. Am 15. II. 90 Wiederaufnahme der Pat. Die letzten Menses dauern vom 28. I. bis 16. II. Pat. sieht hochgradig anämisch aus. Fundus steht 2 Finger breit unter dem Nabel. Am 19. II. schon wieder geringer Blutabgang. Am 22. II. wird die Laparotomie ausgeführt: Das linke lig. latum wird dicht am Uterus umstochen und abgetrennt; nachdem auch das rechte erfasst und bis zur Basis vom Uterus abgetrennt ist, lässt sich der untere Teil des Uteruskörpers mit Schlauch verschneiden. Amputatio 7 cm oberhalb des Schlauches. Bei der Operation wurde nun rechts etwas nach hinten vom Ansatz des ligament. latum ein der Uteruswand dicht aufsitzender ca. 1½ cm breiter, länglich ovaler Körper gesehen. Ein Theil desselben wurde abgetragen zur weiteren Untersuchung, bei der sich ergab, dass dieser Körper ein frisches Corpus luteum, einen anscheinend normalen Follikel und ein älteres Corpus luteum enthielt. Der entfernte Theil des Uterus enthielt in der linken Seite ein kokosnussgrosses Myom, welches zu reichlich $\frac{2}{3}$ seines Umfanges noch von der Wand umfasst war, mit $\frac{1}{3}$ von der Seite und oben her in die Uterushöhle hineinragte. — Nach vollendeter Operation von mittags bis abends stertoröses Atmen und Sopor, einmal Erbrechen. Puls 124, klein. Am 24. II. trat der Exitus letalis ein. Am selben Tage Section*); Wesentlicher Befund: Bauchoperationswunde. — Alter Defect der Ovarien und Tuben (seit 2½ Jahren). — Drittes Ovarium rechts am Uterus mit corpora lutea. — Geringe Erweiterung des rechten Ureters. — Starke Trübung und Lockerung der Leber

*) S. No. 96. 1890.

mit sehr zahlreichen eigentümlichen Herden. (Erweiterungen?). — Leichte Milzschwellung. — Sehr anämische trübe Nieren. — Lungenemphysem mit starkem Oedem. — Sehr zahlreiche Ecchymosen der Pleura. — Schläffheit und Trübung des Herzens. — Residuen von doppelseitiger Pleuritis. — Sehr anämischer trüber Magen mit submukösem Tumor nahe der Cardia. — Ganz geringe chronische Endarteriitis am Arcus. — Bronchitis. — Zahlreiche Gallensteine. — Bezüglich der Ovarien ist Folgendes protokolliert: Dicht an der rechten Seite des Uterus etwas nach hinten 5 cm über dem äusseren Muttermunde liegt eine 16 mm langer und ebenso breiter und 10 mm dicker Körper mit ganz leicht narbig eingekerbtem Rande. Auf dem Durchschnitte findet sich eine ziemlich gleichmässige Schnittfläche, entlang dem hinteren Rande intensiv gelbe und braunrothe Herde (Corpora lutea).

Nach diesem Befunde unterliegt es wohl kaum einem Zweifel, dass es sich auch hier um ein zweites rechtsseitiges Ovarium gehandelt hat. Abgesehen von dem Befunde der Section mussten schon die auftretenden uterinen Blutungen, die post operationem eine Zeit lang ganz regelmässig in bestimmten Intervallen wiederkehrten, auffallen. Da beide Ovarien aufs genaueste vollständig entfernt waren, von denselben keine Reste zurückgelassen waren, die möglicherweise die Functionen der entfernten Ovarialteile hätten übernehmen können, so bleibt wohl nur noch die Annahme eines überzähligen Ovariums zur Erklärung der in regelmässigen Zwischenräumen wiederkehrenden Uterusblutungen übrig. Ich folge dabei der Ansicht von Ols-hausen, der sagt, dass nach doppelseitiger Ovariectomie die regelmässigen Blutungen in der grossen Mehrzahl der Fälle sofort und für immer verschwunden seien, im andern Falle sei zweifellos noch Ovarialstroma vorhanden.

Einen ähnlichen Fall erlebte Hoëgh (Centralblatt für Gynäkol. III. 378), welcher, trotzdem er doppelseitige Ovariectomie ausgeführt hatte, bei seiner Patientin noch Gravidität be-

obachtete. Es haben hier also dieselben Verhältnissc vorgelegen, oder aber es waren von einem Ovarium noch Reste zurückgeblieben.

No. 2:

Todtgebornes Mädchen*). — Es ergab sich neben Uterus bicornis rechts ein viergeteiles Ovarium, links Ovarium einfach, lang. (Leider ist das Präparat anscheinend durch ein Versehen abhanden gekommen).

No. 3:

Siebzehnjähriges Mädchen**). — Am rechten Ovarium ein dünngestieltes accessorisches Ovarium. Dabei fand sich auch ein rechtsseitiges doppeltes Tubenostium, dann eine Nebenleber und eine accessorische Nebenniere. L

No. 4:

Neugebournes Mädchen***) — Beide Ovarien sehr lang liegen mit ihrem oberen Ende nahe bei den Nieren, noch leicht überragt vom Tubenende. Das rechte ist 23 mm lang, durch 2 Einschnitte in ein äusseres 11 mm, ein mittleres 4 mm und ein inneres 8 mm langes Ovarium geteilt. Das linke Ovarium, 31 mm lang, ebenfalls durch zwei Einschnitte, welche jedoch nicht vollständig die Ovarialsubstanz durchtrennen, in ein äusseres 12 mm langes, in ein mittleres 5 mm langes und ein inneres 14 mm langes Stück geteilt. Der übrige Genitalapparat normal.

Bei den 3 letzten Fällen zeigte sich das Peritoneum vollkommen glatt und zart, es kann deshalb von irgend einer Theilung der Ovarien durch peritonitische Vorgänge keine Rede sein, es muss vielmehr angenommen werden, dass ähnlich wie es so häufig bei den Nebennieren gefunden wird und auch in einem

*) S. No. 338. 1887

***) S. No. 22. 1888.

****) S. No. 343. 1888.

unserer Fälle gefunden wurde, eine während der embryonalen Entwicklung eintretende Abspaltung von Teilen der Keim-anlage diese Bildungsanomalie zustande kommen lässt.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Heller für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

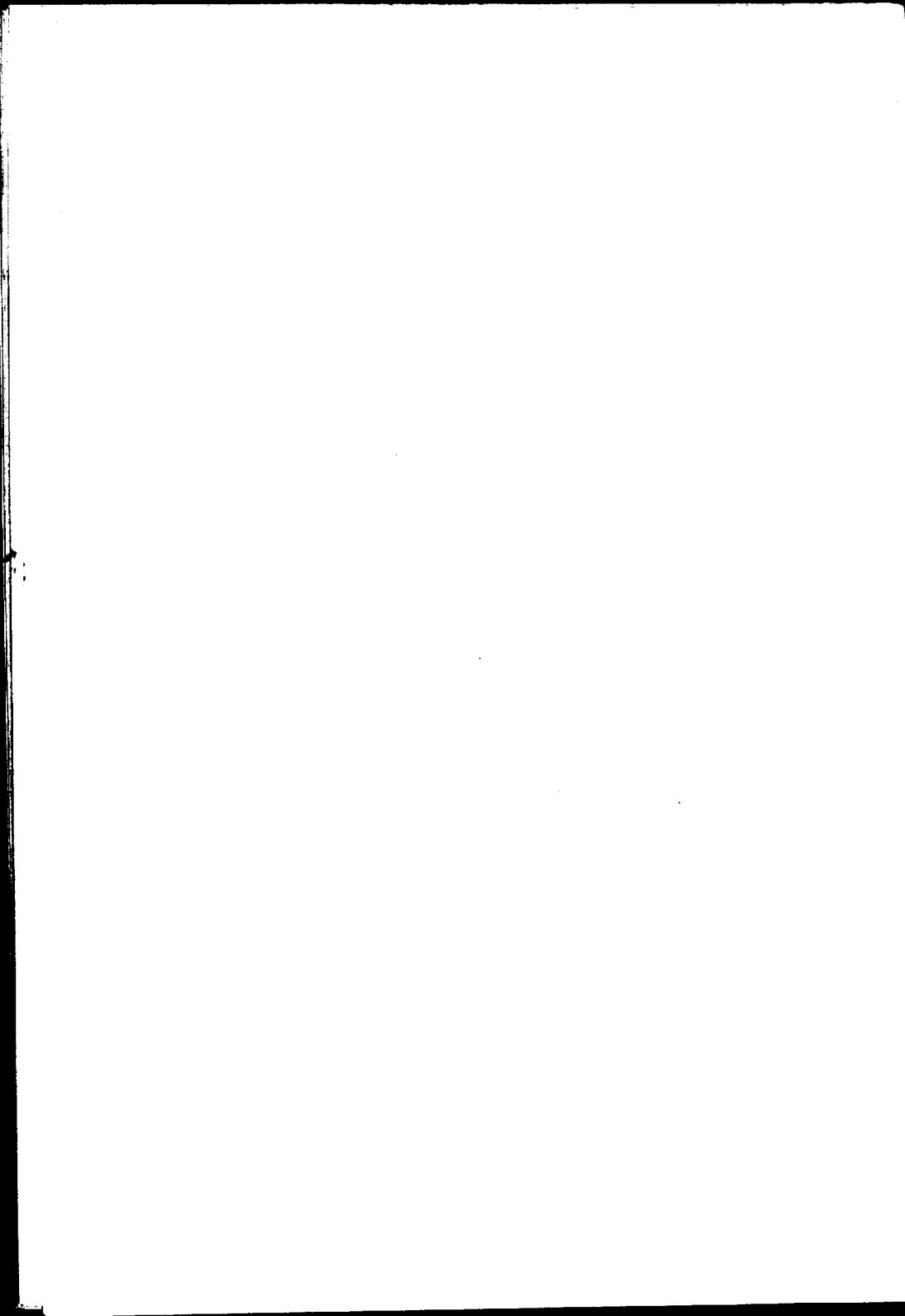
Vita.

Ich, Hermann Schantz, bin am 21. Februar 1865 zu Witten a. d. R. in Westfalen geboren. Ich besuchte die Gymnasien zu Burgsteinfurt und Bochum, welches letztere ich Ostern 1883 mit dem Zeugniß der Reife verließ. Meine Studien betrieb ich auf den Universitäten Zürich, Halle, Marburg, Bonn, Kiel. Das Tentamen physicum bestand ich Michaelis 1885, die medizinische Staatsprüfung im Juni und das Rigorosum im Juli 1890 zu Kiel.

10740

Thesen.

1. In den Anfangstadien einer acuten Gonorrhoe verdienen die Sublimatinjectionen den Vorzug.
 2. Beim syphilitischen Primäraffect ist möglichst frühzeitige Excision geboten.
-



5

~~2000~~