Ovarialschwangerschaft mit Lithopädionbildung von 35jähriger Dauer.

Von

G. Leopold

in Leipzig.

(Mit 2 Abbildungen auf Taf. II.)

Das Präparat, um welches es sich in der nachfolgenden Beschreibung handelt, ist nicht allein durch die Klarheit der anatomischen Verhältnisse, sondern auch durch die Form der Lithopädionbildung von hohem Werthe.

Dasselbe gehört seit 1875 dem hiesigen pathologisch-anatomischen Institute und wurde mir seiner Zeit von Herrn Professor Wagner, aus dessen Beobachtungskreis es stammt, zur Bearbeitung freundlichst überlassen. Die anamnestischen Angaben sind folgende: Frau L. aus L., 75 Jahre alt, war acht Mal schwanger. Kurz nach der vierten Geburt concipirte sie im 40. Jahre von Neuem und bot die diagnostischen Zeichen der extrauterinen Schwangerschaft dar. Während derselben hatte sie keine wesentlichen Beschwerden. Die Frucht starb ziemlich am normalen Ende der Schwangerschaft ab, ohne späterhin Unannehmlichkeiten zu verursachen; denn die drei Geburten, welche Frau L. danach noch überstand, waren mit den Wochenbetten leicht und normal. Die in der rechten Unterbauchgegend befindliche Geschwulst aber wurde von Jahr zu Jahr härter und fester, ärztlicherseits als Lithopädion angesehen und von der Frau bis in das hohe Alter beschwerdelos getragen.

Ueber den Sectionsbefund stehen leider keine Data zur Verfügung. Indessen genügt das Präparat mit seinen Anhängen zur Ausfüllung dieser Lücke und bietet ausreichenden Anhalt zur

Vergegenwärtigung der Lage und der Verknüpfung des Tumor mit seinen Nachbarorganen dar.

Das Lithopädion (Fig. 1) hat, von der Seite gesehen, ungefähr die Gestalt eines von oben nach unten sich verjüngenden, mässig plattgedrückten Kegels, dessen unteres Endstück der Kopf, dessen oberes der Steiss einnimmt. Bringt man dasselbe in die Lage, welche der Tumor in der Bauchhöhle eingenommen hatte, so lässt sich zur leichteren Orientirung die vordere Fläche in ein dreischenkliges Dreieck legen, dessen Spitze, der Kopf (*K*), mit dem rechten Ligamentum ovarii (*r. Lig. ov.*) und der rechten Tube (*r. T.*) verbunden ist. Demnach sass er in der Gegend des rechten Darmbeines und der Darmkreuzbeinfuge. Der linke Schenkel jenes Dreieckes, welcher an dem Hinterhaupte und dem Rücken der Frucht hinaufzieht, war der Mittellinie des Leibes zugekehrt, während der rechte Schenkel, an Stirn- und Steissgegend (*B*) hinauflaufend, der rechten mütterlichen Bauchseite entsprach. Die breite Basis, gebildet vom Steiss (*St*) und der unteren Lendenwirbelsäule, war nach der Leber zu gerichtet und reichte nicht ganz bis zur Nabelhöhe.

Die Oberfläche der Geschwulst ist vorwiegend höckerig; an den Stellen, wo die Extremitäten der Peripherie anliegen, springen leistenartige Züge vor, so dass sich der linke Arm in seinen Contouren vollständig erkennen lässt. In der Mitte verläuft eine seichte Furche, welche eine grössere Hälfte nach oben, eine kleinere nach unten abgrenzt.

Das Gewicht des Tumor beträgt 1550 Gramm.

Seine grösste Breite	15,5 cm
„ „ Länge	17,0 „
Die Tiefenmaasse oben	11,6 „
„ „ unten	9,0 „
Der grösste Umfang im oberen Drittel	41,2 „
Der kleinste (Kopf)	31,0 „

Seine Kapsel besteht fast überall aus knochenharter, nur an einzelnen Stellen dem Fingerdrucke nachgebender Masse, die beim Beklopfen hellen Ton giebt.

Wendet man sich zu den Verbindungen des Tumor mit den Nachbarorganen, so setzt sich am oberen Segmente (*St*) des Lithopädion, mehr links und vorn, das Netz (*N*) als eine fettreiche und gefaltete Membran an. Links unten hängt die Kapsel (*K*) mit der rechten, vollständig freien Tube (*r. T.*) und dem

rechten Ligamentum ovarii (*r. Lig. ov.*) in natürlicher Verbindung zusammen; die erstere setzt sich daran noch 3 bis 4 cm lang fort. Das Ovarium dieser Seite fehlt vollkommen und müsste da liegen, wo die Knochenschale bereits anfängt. Nach alledem zeigt schon diese makroskopische Betrachtung, dass der Tumor genau an der Stelle des fehlenden rechten Eierstockes sitzt.

Der Uterus (*U*) ist von vorn nach hinten abgeplattet und atrophisch. An seiner linken Seite breitet sich das Ligamentum latum aus, in welchem die Tube (*l. T.*) und das atrophische Ovarium (*l. O.*) mit dem Ligamentum ovarii (*l. Lig. ov.*) deutlich zu sehen sind. Auf der Vorderfläche des Uterus liegt die Harnblase. An ihrer linken Seite entspringt ein langer weiter Gang, der wahrscheinlich den Urachus repräsentirt, welcher durch Stauung des Urins in der Harnblase dilatirt wurde.

Schlägt man jetzt die der Länge nach durchsägt Geschwulst in zwei Hälften auseinander (Fig. 2), so liegen in einer abwechselnd 2 bis 7 mm starken Kalkschale die nicht ganz symmetrisch getheilten Hälften eines weiblichen Fötus derartig, dass die grössere Hälfte mit Nase, Nabelschnur (*Na*) und Genitalien (*V*) nach der rechten Seite gefallen ist. Beide Hälften hängen durch das ungetheilte Hinterhauptsbein (*Hi*), das Kleinhirn (*KH*) und die ihnen anliegende Kapsel noch mit einander zusammen. Kopf und Rumpf des Fötus sind so aneinander gepresst, dass das Kinn der vorderen Brustfläche, die Stirn der Vorderfläche des linken Oberschenkels anliegt. Um die Länge der Frucht zu bestimmen, wurden einzelne Stücke derselben gemessen. Dabei ergab sich:

Vom Kopfe bis zum letzten Halswirbel . .	= 11 cm
Vom oberen Brustwirbel bis zum Steiss . .	= 19 „
Oberschenkellänge	= 7 „
Unterschenkel bis Ferse	= 7 „
<hr/>	
Sa. 44 cm	

Zieht man in Betracht, wie sehr der Fötus im Laufe der Jahre zusammengepresst worden und geschrumpft ist, so erlaubt das Längenmaass von 44 cm den Schluss, dass die Frucht beim Absterben der Reife sehr nahe war.

Gehen wir zu den Einzelheiten über, so sind zunächst die Schädelknochen mit Ausnahme des Stirnbeines (*St*) stark verschoben. Die Kopfschwarte ist in der Gegend der Scheitelbeine (*Sch*) mit der Kalkschale fest verwachsen. Die Stirngegend zeigt sich mit spärlichem Haarwuchs bedeckt.

Fig. 1

ca. 15 Originalgröße

Fig. 2

Originalgröße

Fig. 3

Originalgröße

Fig. 4

Originalgröße

Fig. 5

Originalgröße

Fig. 6

Originalgröße

Fig. 7

Originalgröße

Fig. 8

Originalgröße

Fig. 9

Originalgröße

Fig. 10

Originalgröße

Fig. 11

Originalgröße

Fig. 12

Originalgröße

Fig. 13

Originalgröße

Fig. 14

Originalgröße

Fig. 15

Originalgröße

Fig. 16

Originalgröße

Fig. 17

Originalgröße

Fig. 18

Originalgröße

Fig. 19

Originalgröße

Fig. 20

Originalgröße

Fig. 21

Originalgröße

Fig. 22

Originalgröße

Fig. 23

Originalgröße

Fig. 24

Originalgröße

Fig. 25

Originalgröße

Fig. 26

Originalgröße

Fig. 27

Originalgröße

Fig. 28

Originalgröße

Fig. 29

Originalgröße

Fig. 30

Originalgröße

Fig. 31

Originalgröße

Fig. 32

Originalgröße

Fig. 33

Originalgröße

Fig. 34

Originalgröße

Fig. 35

Originalgröße

Fig. 36

Originalgröße

Fig. 37

Originalgröße

Fig. 38

Originalgröße

Fig. 39

Originalgröße

Fig. 40

Originalgröße

Fig. 41

Originalgröße

Fig. 42

Originalgröße

Fig. 43

Originalgröße

Fig. 44

Originalgröße

Fig. 45

Originalgröße

Fig. 46

Originalgröße

Fig. 47

Originalgröße

Fig. 48

Originalgröße

Fig. 49

Originalgröße

Fig. 50

Originalgröße

Fig. 51

Originalgröße

Fig. 52

Originalgröße

Fig. 53

Originalgröße

Fig. 54

Originalgröße

Fig. 55

Originalgröße

Fig. 56

Originalgröße

Fig. 57

Originalgröße

Fig. 58

Originalgröße

Fig. 59

Originalgröße

Fig. 60

Originalgröße

Fig. 61

Originalgröße

Fig. 62

Originalgröße

Fig. 63

Originalgröße

Fig. 64

Originalgröße

Fig. 65

Originalgröße

Fig. 66

Originalgröße

Fig. 67

Originalgröße

Fig. 68

Originalgröße

Fig. 69

Originalgröße

Fig. 70

Originalgröße

Fig. 71

Originalgröße

Fig. 72

Originalgröße

Fig. 73

Originalgröße

Fig. 74

Originalgröße

Fig. 75

Originalgröße

Die Augenlider sind fest aneinander geschlossen. Das linke Ohr, welches seitlich in der Tiefe versteckt liegt und den linken am Kopfe emporgeschlagenen Arm am Ellenbogen berührt, ist derartig configurirt, dass der Helix den Antihelix deckt und der Antitragus den Tragus berührt. Der äussere Gehörgang wird verdeckt; das Ohrläppchen lässt sich gut abheben.

Die rechte Kopfhälfte, welche infolge seitlicher Verwachsungen schwerer zu Gesicht gebracht werden kann, enthält die grössere Hälfte der Lippen, welche verzerrt sind und zwei Spalten wie bei doppelter Hasenscharte an der Oberlippe zeigen, ferner die plattgedrückte Nase und das rechte Auge. Das rechte Ohr liegt der Kapsel fest an. Die Stirn trägt zwei derbe Eindrücke, von denen die äussere seitliche vom Rücken des rechten Fusses, die innere vom linken Unterschenkel herrührt, welcher zum grössten Theile nach der rechten Seite verschoben ist. Auf der rechten Kopfseite fehlt das Haar fast ganz, dagegen liegt der Schwarte eine gelbröthliche, krümlige Substanz auf, welche aus Blutfarbstoff und Resten der Vernix caseosa besteht.

Bei der Betrachtung der Schnittfläche des Schädels findet man an der Basis cranii den Körper des Kreuzbeines (*K*), dahinter den Clivus Blumenbachii (*Cl*), der sich weiter in das Occiput (*Hi*) fortsetzt. In der knöchernen Schale liegt umschlossen von der Dura mater, welche sich überall, nur an der Basis nicht abgehoben hat, als eine gelbe, wachsähnliche Masse das Gross- und Kleinhirn, beide durch das Tentorium cerebelli (*TC*) von einander geschieden.

Die linke Orbita enthält, von der Schnittlinie getroffen, die wohl erhaltenen Reste des Bulbus; vorn erkennt man noch die eingeschrumpfte Cornea und in einer schwarzen Substanz Chorioidea und Retina; im Hintergrunde liegen graue weiche Massen.

Aus der Mundhöhle ragt die Zunge (*Zu*) hervor. Ihre Muskulatur wie die des Pharynx besitzt noch eine braunrothe Farbe.

Vom Kehlkopfe (*Ke*), Zungenbein und Epiglottis sind sämtliche Knorpel zu sehen. Die Halswirbelsäule (*Hw*), deren Wirbelknochen in den Processus spinosi durchschnitten wurden und sämmtlich vorhanden sind, ist kyphotisch, weil der Kopf stark gegen die Brust gebeugt liegt. Speise- und Luftröhre sind durch Compression unkenntlich geworden.

Der Rumpf, welcher mit dem Beckenende dem Gesichte entgegengedrückt ist, lässt alle Organe ganz übersichtlich erkennen.

Die vordere Bauchfläche hat sich in Falten gelegt, deren grösste der Nabelgegend entspricht. Von ihr geht die Nabelschnur (*Na*) aus, welche mit der Mehrzahl ihrer Windungen zwischen der rechten Gesichtshälfte und dem linken Schenkel liegt. Ihr Rest verläuft zwischen der linken Gesichtshälfte und dem linken Arme hindurch bis zu der an der tiefsten Stelle der Kapsel liegenden Placentarstelle, welche an einer derben schwartigen Verdickung der Kapsel erkennbar ist. Die Nabelschnur ist wie die ganze Haut des Fötus ausgezeichnet erhalten; beide präsentiren sich durch die eigenthümliche Schrumpfung und lederartige Beschaffenheit wie an einem Fötus, welcher lange Zeit in Spiritus aufbewahrt worden ist.

Alle sonstigen Organe sind nicht minder gut erhalten. Man erkennt das Brustbein (*Ma*) mit den Rippen, verfolgt die Wirbelsäule bis zu den Beckenknochen, und unterscheidet Herz, Lunge, Leber und Darm leicht.

Besondere Erwähnung verdient die Lagerung der Extremitäten. Der linke Arm liegt an der Brust, bedeckt mit dem Vorderarme das Gesicht und hat die Hand auf das Hinterhaupt gelegt. Die Finger sind mit der Knochenschale verwachsen. Die Hand des rechten, ebenfalls an die Brust gelegten Armes hat sich hinter den Rücken versteckt. Der rechte Oberschenkel ist entsprechend der gewöhnlichen fötalen Haltung in der Hüfte gebeugt und an den Leib gezogen. Der rechte Unterschenkel liegt ihm an und hält den Fuss zwischen rechter Wange und Kapsel. Der linke Oberschenkel dagegen ist gestreckt und der Unterschenkel, im Knie gebeugt, mit ihm theilweise verwachsen. Dadurch wurde die Ferse zwischen Steiss und Kapsel gedrängt.

Der mikroskopischen Untersuchung wurden die meisten Organe unterzogen. An der Haut sind die Zellen der Epidermis und des Rete, an der Kopfhaut Haarbälge und Talgdrüsen zu erkennen. In der Cutis und dem subcutanen Gewebe finden sich ausser reichlichen Fettzellen noch Klumpen und Streifen von Blutpigment; in der der Kapsel dicht anliegenden Rückenhaut zahllose Kalkkörnchen, die auf Zusatz von Salzsäure schwinden.

Von der Muskulatur ist am besten die der Zunge erhalten. Ihre Primitivbündel sind gleichmässig breit und deutlich quergestreift, die des Oberschenkels dagegen schmaler und blasser, vielfach colloid entartet. Die Muskelfasern des Herzens lassen keine Structur mehr wahrnehmen.

Von den Knochen enthält das Stirnbein kleine Knochenkörperchen mit wenig Verzweigungen und einzelnen Havers'schen Kanälen; das Gewebe der Tibia gleicht auf Schnitten durch die Diaphyse sowohl wie aus der Nähe der Epiphyse ganz der fötalen Form.

An verschiedenen Stellen lässt sich die Kapsel in Lamellen zerlegen, welche an Eihautschichten erinnern. Sie ist von Kalksalzen ganz durchsetzt, zeigt aber nirgends wirkliche Verknöcherung.

Die Gebilde der Nabelschnur sind wohl erhalten, nur die Sulze etwas verdichtet. Das Amnionepithel tritt bei Hämatoxylinfärbung noch vortrefflich hervor. Die inneren Organe weichen mikroskopisch sämmtlich mehr weniger von der Norm ab. Denn das Gehirn besteht aus körnigen Massen, kleinen Fetttropfen und einzelnen Fasern; die Lunge aus Detritushaufen mit geschlängelten elastischen Fasern; die Leber aus formlosen Massen. Der Darm zusammengefaltet wie eine dünne Haut, entbehrt theilweise des Epithels, theilweise der ganzen Mucosa; seine Muscularis dagegen ist wohl erhalten.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass es sich hier um eine wirkliche Ovarialschwangerschaft handelt. Spiegelberg verlangt für die Annahme des ovariellen Charakters eines Fruchtsackes viererlei: Das Fehlen des Eierstockes einer Seite; Eierstockselemente in der Wand des Sackes, also Verbrauch jenes Organes zur Bildung des letzteren; Verbindung der Cyste mit der Gebärmutter durch das Eierstocksband, und schliesslich Nichtbetheiligung der Eileiter an der Bildung des Fruchtsackes; ein topographisches Verhalten auf der betroffenen Seite gleich oder ähnlich dem bei grossen Eierstockstumoren vorkommenden.

Diese Forderungen sind im vorliegenden Falle bis auf eine erfüllt: Auf der rechten Seite fehlt der Eierstock; genau an seiner Stelle sitzt der Fruchtsack; dieser steht durch das Ligamentum ovarii mit dem Uterus in Verbindung; die rechte Tube schlängelt sich völlig frei ein grösseres Stück auf ihm hin; nur der Nachweis fehlt, dass Eierstockselemente in der Wand des Sackes verborgen liegen. Durch die Lithopädionbildung ist dieser Nachweis nicht mehr zu führen. Trotzdem kann die Annahme einer Ovarialschwangerschaft nicht zweifelhaft sein.

Denn durchmustert man mit den Spiegelberg'schen Forderungen die bisher beschriebenen Fälle von Ovarialschwangerschaft, so wird es kaum einen geben, welcher anatomisch so klar wäre, wie der vorliegende. Stellt doch der Fruchtsack wie ein grosses, frei bewegliches Ovarium eine Geschwulst dar, welche in ihren natürlichen Verbindungen geblieben und vor Allem keine Verwachsungen mit Uterus oder Tube eingegangen ist. Dann kann es sich weder um eine Tuben-, noch um primäre oder sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft handeln. Der nur mit dem Netz verwachsene Fruchtsack kann allein aus dem Eierstocke seinen Ursprung genommen haben.

Nach Alledem ist unter den ganz oder nahezu ganz zuverlässigen Fällen von Eierstocksschwangerschaft der unserige der vierzehnte und die Fälle Nr. 1 bis 13 sind folgendermaassen zu rubriciren:

Willigk, Hein, Puech, Spiegelberg, Patenko, Landau, Martyn, Gusserow, Kiwisch, Hecker, Wright, Schweninger, Walter.¹⁾ Die Beobachtung von Collet y Gurgui in dessen Monographie²⁾ ist zu unklar beschrieben und mit einer zu schlechten Abbildung versehen, als dass sich über den Charakter der Extrauterinschwangerschaft etwas bestimmen liesse.

Was aber dem vorliegenden Präparate ein besonderes Interesse noch verleiht, ist Form und Inhalt des Fruchtsackes. Er bildet eine harte Kalkschale, welche an der Insertionsstelle am Ligamentum latum die geschrumpfte Placenta enthält und die Frucht fest und lückenlos umschliesst. Ausser mit dem breiten Bande steht die Kapsel nur noch mit dem Netze in Verbindung, dessen Blutgefässe in und durch die Kapsel gedrungen sind.

Die Frucht selbst ist fast ausgetragen, zeigt alle Theile und Organe in einem für die lange Dauer relativ gut erhaltenen Zustande und befindet sich im ersten Stadium der Mumification.

Macht man sich nach diesen Befunden ein Bild, wie im vorliegenden Falle der Verlauf der Extrauterinschwangerschaft gewesen sein wird, so hat sich der Fruchtsack lediglich aus dem

1) s. Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe, 7. Auflage, und Spiegelberg, dieses Archiv, Bd. XIII, S. 74.

2) Die Ovarialschwangerschaft vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. Stuttgart 1880, Cotta.

Gewebe des rechten Eierstockes gebildet. Aeussere Eierstockshülle und Eihäute haben die Frucht bis zur Reife fest umschlossen, haben mit und nach dem Tode des Fötus nirgends Verletzungen erlitten und sind aussen am oberen Pole des Fruchtsackes nur mit dem Netze, innen mit verschiedenen Theilen des Fötus in Verbindung getreten.

Mit diesem Vorgange war aber der Frucht der weitere Rückbildungsprocess klar vorgeschrieben. Die unverletzten Eihüllen schlossen den Fötus um so mehr von der Bauchhöhle ab, je stärker ihre Verkalkung von Monat zu Monat vorwärts schritt. Jeder Versuch von Seiten der Bauchhöhle, den Fremdkörper durch weisse Blutkörperchen erst zu umgeben, dann zu durchdringen und endlich aufzulösen, war demnach abgeschnitten; und so musste die Frucht conservirt werden. Sie wäre aber nach Analogie anderer Fälle mit Beibehaltung ihrer Form ohne Zweifel immer mehr geschrumpft und eingetrocknet (mumificirt), wenn nicht durch die Netzgefässe eine andauernde Weiterernährung herbeigeführt worden wäre.

Mit ihr ist die vortreffliche Erhaltung des Fötus, von der Fülle der Gliedmassen an bis zu den mikroskopisch noch erkennbaren Epithelien und Muskelfasern zu erklären; ein Vorgang, wie er aus den Beschreibungen von Virchow¹⁾, Wagner²⁾ und Chiari³⁾ bekannt ist.

In einer früheren Arbeit (dieses Archiv, Bd. XVIII, S. 1) habe ich auf Grund von Implantationsversuchen mit Föten in die Bauchhöhle anderer Thiere darzulegen versucht, dass die Lehre von der Lithopädonbildung, so wie sie sich in den Lehrbüchern geschildert befindet, einer gründlichen Revision bedarf, indem der Umwandlungsvorgang einer extrauterin abgestorbenen Frucht allein davon abhängig ist, ob letztere in den unversehrten Eihüllen liegen bleibt oder nicht.

Berstet der Fruchtsack und liegt der Fötus frei im Abdomen, dann wird er in der Regel durch die weissen Blutkörperchen aufgelöst: Resorption, Skelettirung. Bleibt aber die Frucht im unversehrten Fruchtsacke liegen, so kommt es niemals zur Ske-

1) Gesammelte Abhandlungen, S. 790.

2) Archiv der Heilkunde 1865, Heft 2.

3) Ueber den Befund eines beinahe 50 Jahre lang getragenen Lithopädon. Wiener medicinische Wochenschrift 1876, Nr. 42.

lettirung, sondern zur Eintrocknung der Frucht: Mumification; einem Conservirungsmodus, bei welchem alle flüssigen Bestandtheile des ganzen Eies aufgesaugt werden, Kapsel und Frucht verkalken oder nur einschrumpfen, eventuell durch ernährende Pseudomembranen so ausgezeichnet erhalten bleiben können, dass, wie in unserem und anderen Fällen, selbst die feinste Structur einzelner Gewebe noch erkennbar ist.

Dieser, wie ich glaube, ungezwungenen Eintheilung der Lithopädionbildung entsprechen eine grosse Anzahl der in der Literatur angehäuften Fälle; zu ihrer Unterstützung möchte ich aber vor Allem den vorliegenden Fall heranziehen, welcher im unversehrten Fruchtsacke den wohlerhaltenen Fötus zeigt.

Figurenerklärung.

Figur 1. ($\frac{4}{7}$ der natürlichen Grösse.)

L = Lithopädion. *St* = Steissende. *K* = Kopfende. *R* = Rücken. *B* = Bauch. *Sch* = Schnittlinie. *N* = Netz. *U* = Uterus. *r. T* = rechte Tube. *l. T* = linke Tube. *r. Lig. ov.* = rechtes Ligamentum ovarii. *l. Lig. ov.* = linkes Ligamentum ovarii. *l. O* = linkes Ovarium. *D* = Douglas. *Re* = Rectum.

Figur 2. Sagittalschnitt des Lithopädion ($\frac{2}{3}$ der natürlichen Grösse).

L. l. = rechtes Ligamentum latum. *H* = Haut. *St* = Stirnbein. *Sch* = Scheitelbein. *H* = Hinterhauptsbein. *K* = Keilbein. *Cl* = Clivus Blumenbachii. *GH* = Grosshirn. *KH* = Kleinhirn. *TC* = Tentorium cerebelli. *Au* = Auge. *Ch* = Chorioidea. *Ob* = Oberkiefer. *U* = Unterkiefer. *Zu* = Zunge. *Ke* = Kehlkopf. *Lu* = Lunge. *H* = Herz. *Le* = Leber. *Ma* = Manubrium sterni. *Cl* = Schlüsselbein. *Da* = Darm. *Na* = Nabelschnur. *Os il.* = Darmbein. *O. s.* = Kreuzbein. *O. p.* = Schambein. *V* = Vulva. *l. O.* = linker Oberschenkel (grösste Hälfte links, kleinere rechts). *l. U.* = linker Unterschenkel (grössere Hälfte rechts, kleinere links). *Co* = Condylus. *Ti* = Tibia.