

den Endothelzellen verschiedener Organe einschließlich Kupfferschen Sternzellen, Schädigung, der Nierenepithelien (Nephrose). Abschließend ist noch kurz die Therapie mit Hydrocortison Noradrenalin, Bluttransfusionen pp. erwähnt.  
H. REH (Düsseldorf)

**Gh. Scripcaru und A. Harmanschi: Intrauterine Pneumopathien.** Rev. med.-chir. Iași 64, 913—918 mit franz., engl. u. dtsch. Zus.fass. (1960). [Rumänisch.]

Unter Zugrundelegung von 20 Fällen mit angeborenen Pneumopathien wird eine Übersicht über den Entstehungsmechanismus gegeben (bronchogen oder hämatogen); auch das Problem der intrauterinen Atmung wird erörtert; die Mehrzahl der Fachmänner bezeichnet sie nur als *einen* Faktor, welcher das Ansaugen des Fruchtwassers und die Entstehung einer sekundären Pneumopathie begünstigt. Es folgt eine Beschreibung des histopathologischen Bildes; bemerkt wird, daß man des öfteren das morphologische Bild einer durch Virusinfektion entstandenen Pneumopathie bei Säuglingen vor sich hat, und zwar besonders das Bild der hämovasculodynamischen Lunge mit infiltrativen Schäden des neurovasculären Systems; sie können entstanden sein auf anektatischer Grundlage und auch nach vorangegangener Belüftung. Unter morphologischen Gesichtspunkten wird die Differentialdiagnose zwischen den hyalinen Membranen, dem Herauxschen hypoxischen Syndrom und anderen Ätiologien besprochen

M. KERNBACH (Jassy)

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse

● **Heinz Schnetz: Das Kind als klassischer Zeuge bei Sexualdelikten.** Geleitwort von H. Mork. Darmstadt-Nürnberg-Düsseldorf-Berlin: Dr. N. Stoytscheff 1960. 176 S. Geb. DM 15.60.

Aus langjähriger richterlicher Praxis entstandenes kurzgefaßtes Werk, das dennoch alle zum Thema gehörenden Probleme erörtert. Zunächst wird noch einmal betont, daß nicht etwa grundsätzliche Bedenken gegen Kinderaussagen bestehen dürfen. — Die hauptsächlich vorkommenden Fälle, bei denen neben Bereitschaft und Neugier des Kindes vor allem auch das Milieu eine Rolle spielt, werden kurz skizziert. — Die kindliche Phantasie sollte nicht überbewertet werden: „... Das schwärmerisch phantasierende junge Mädchen in diesem Sinne ist jedenfalls ein Anachronismus.“ (S. 31). Er geht auf die Möglichkeiten des Irrtums und Gründe eventueller Lügen ein. — Die Person des Angeklagten wird aus verschiedener Sicht beleuchtet, ebenfalls die Stellung des Kindes während der Hauptverhandlung. — Verf. warnt vor Überbewertung und allzu häufiger Heranziehung psychologischer Gutachten. Er spricht von „Inflation der Sachverständigen“.

KLOSE (Heidelberg)

**P. Boissonnat: Anomalies congénitales du testicule.** (Angeborene Hodenanomalien.) Ann. Chir. (Paris) 13, 1091—1103 (1959).

Anorchie — klassische Definition: Agenesie (völliges Fehlen) jeglichen Hodengewebes bei äußerlich männlichem Geschlechtsapparat. Nur zwölf Fälle in der Literatur bekannt. Einteilung in: 1. erscheint männlich, normal entwickelt. Äußerst selten. Vom Kryptorchismus äußerlich nicht zu unterscheiden oft. Häufiger beschrieben (Verf. erwähnt neun Fälle). Immer mit erheblicher Hypoplasie des Penis verbunden, femininer Typ, Fehlen von Libido und Verkehr. Gruppe I hält der Kritik nicht stand. Die Behauptung FELIX' (1917), ektope Hoden seien nur im Inguinalkanal oder Abdomen, niemals höher zu finden, wird widerlegt. Verf. schildert eigenen und erwähnt andere Fälle, bei denen relativ gut entwickelte Hoden vor dem unteren Pol der gleichseitigen Niere gefunden wurden, in einer zarten Peritonealfalte — retroperitoneal — gelegen. Gering entwickelte Hoden mit primitiv-bandförmiger Gestalt können hier bei der Exploration der Entdeckung entgegen. Die Suche nach ektopen Hoden muß von den bekannten Regionen über das Becken bis zur Nierenpforte führen. Sind auch dann keinerlei Testikelansätze auffindbar, muß angenommen werden, daß im Ansatz vorhandene Testikel zuerst gebildet und genügend differenziert waren, um eine maskulinisierende Damm- und Tubusentwicklung einzuleiten, dann aber wieder vollkommen verschwunden sind. Verf. geht ausführlich auf neue experimentell-embryologische Arbeiten ein wie die von JOST, die zeigen, daß eine Feminisierung um so deutlicher zur Ausbildung kommt, je früher die Embryonen kastriert werden. Völliges Fehlen der Gonaden von Anfang an führt zur Entwicklung des Geschlechtsapparates nur nach der femininen Seite hin. Entfernung der Ovarien bei weiblichen Embryonen verhindert nicht die Ausrichtung auf den femininen Typ, sondern die Individuen erscheinen in gleicher Art unterentwickelt wie diejenigen, die aus kastrierten männlichen Embryonen hervorgingen. BORR fand vermutlich das

verantwortliche Chromatingeschlecht (genetisches Geschlecht), an der Innenseite der Kernmembranen gelegen. Bei männlichen Individuen besitzen weniger als 5% aller Zellen dieses Chromatin, bei weiblichen über 55%. Histologische Studien. — Monorchie: Nur zahlenmäßiger Unterschied zur Anorchie. Ein Hoden genügt zu völliger Maskulinisierung. Auch hier nur genaue Diagnose nach völliger und exakter negativer Exploration bis zur Nierenpforte. Normal entwickelter und normal gelegener Hoden bei normalen männlichen Individuen läßt eher auf Monorchie als auf Kryptorchismus schließen. — Polyorchie: Eine anormale Anlage teilt sich in zwei drüsenförmige Elemente, die histologisch und funktionell unzureichend sind. Je nach ihrer Verbindung mit den Samenwegen werden drei anatomische Arten von Testikelteilung unterschieden. Synorchie: 1. gekreuzte (transversale) Testikelektomie, beide Hoden nebeneinander, aber getrennt, unabhängige Entwicklung. Durch Verbindung der herausführenden Wege wird der eine Hoden mechanisch vom anderen mitgezogen (immer der linke) in den gegenüberliegenden Beutel. Streng genommen handelt es sich um eine Anomalie des Samenweges. 2. Testikelverschmelzung (eigentliche Synorchidie). Beide Hoden eine einzige Masse. Liegt immer auf halbem Wege im Becken. Nur drei Fälle, alle mit Nierenverschmelzung. — Für Interessenten ist die Arbeit im Original lohnend. Großes Literaturverzeichnis. Auch hormonelle Untersuchungen. FEDERSCHMIDT (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Bruce Appleby: Pseudo-duplication of testis.** *Med. J. Aust.* **48 (II)** 215 (1961).

**H. R. Guard: New technic for sperm-mucus penetration tests using a hemocytometer.** (Eine neue Technik für die Bestimmung der Spermienpenetration in den Cervixschleim mit Hilfe einer Zählkammer.) [Worcester Found. for Exper. Biol., Shrewsbury, Mass.] *Fertil. and Steril.* **11**, 392—398 (1960).

Die Invasion von Spermien im Cervixschleim läßt sich quantitativ beurteilen, wenn man den Vorgang in einer Zählkammer beobachtet, wie sie zum Zählen von Blutkörperchen üblich ist. Mit Hilfe dieses Kunstgriffes wird es wahrscheinlich möglich sein, verschiedene Grade von Invasionskraft der Spermien abzugrenzen. G. K. DÖRING (München)<sup>oo</sup>

**Juraj Skalický and Anton Moyš: A contribution to the study of chlorides in the ejaculum and the cervical mucus.** (Beitrag zum Studium der Chloride im Ejaculat und Cervicalschleim.) *Čsl. Gynaek.* **24/38**, 407—413 mit engl. Zus.fass. (1959). [Tschechisch.]

Im Cervixschleim von 20 Frauen erreichten die Chloride, die nach der Methode von MOHR bestimmt wurden, zur Ovulationszeit ihr Maximum (440 mg. %). Die Stärke der Arborisierung des Cervicalschleimes und die Höhe des Chloridspiegels erfuhren durch Follikelhormon eine Zunahme. In 61 Ejaculaten wurden bei pathologischen Spermatogrammen niedrigere Chloridwerte gefunden als bei Normogrammen. Eine Erhöhung der Chloride im Ejaculat und im Cervixsekret weist auf ihre Bedeutung bei den Befruchtungsvorgängen hin. Es gelang weder mit einer kombinierten Testosteron-Vitamin E-Behandlung noch mit Follikelhormon den Chloridspiegel zum Anstieg zu bringen. Auch eine parenterale Zufuhr von Chlorid blieb wirkungslos. R. K. FELKEL (Wien)<sup>oo</sup>

**Aurelio Inelan sr. y Joaquin García Méndez: Nuestra conducta en la valoración de la espermatogenesis.** (Unser Vorgehen in der Beurteilung der Spermio-genese.) [Naples, 18.—26. V. 1956.] *Proc. II. Wld Congr. Fertil and Steril.* **2**, 539—554 (1958).

Das von den Verff. in 500 Fällen erprobte Verfahren der Untersuchung kinderloser Ehepaare bezweckt die Feststellung der Zeugungsfähigkeit einerseits wie der spermoreceptiven Fähigkeit in einem Arbeitsgang mit einfacher Technik und möglichst geringer Belästigung. Zur Untersuchung wird der 13.—15. Tag des Cyclus bevorzugt, vorher auf das Vorhandensein eines Cervixschleimpropfs geachtet. 5—10 min nach dem Verkehr frühmorgens wird das aus der Scheide der liegenden Frau austretende Sperma in einer Petri-Schale aufgefangen. Gegenüber dem durch Masturbation gewonnenen Sperma ist das  $p_{H}$  auf 6,5—7 reduziert. Für die Auszählung des Sperma wird an Stelle der gewöhnlichen Zellzählungspipette eine solche für „eingestellte Makroverdünnungen“, zur Verdünnung Marcanoserum mit 10% Chlorazanzusatz empfohlen. Als Kriterium der Beweglichkeit gilt nur der Nachweis von Ortsveränderung, die Blommsche Eosin-Nigrosinfärbung wird abgelehnt, da sie eine Unterscheidung zwischen tatsächlich beweglichen und lebenden Zellen nicht gestattet. Etwa 40—50% bewegliche Spermien sind bei dem beschriebenen Vorgehen durchschnittlich die Norm. In Fällen von Oligo- und Azoospermie wird die Unter-

suchung aus dem Zentrifugensediment vorgenommen; die Färbung erlaubt zuweilen in Fällen, in denen eine Azoospermie diagnostiziert worden war, doch den Nachweis von Spermatozoen, Spermioocyten oder selbst Spermatozoen, wodurch eine Verschlussazoospermie auszuschließen ist. Die spermioceptive Fähigkeit der Frau wird 8 Std post coitum durch Untersuchung auf Spermatozoen im Cervixschleim geprüft. In Normalfällen genügt eine einmalige Untersuchung.

KOCHS (München)<sup>oo</sup>

**Egon Macher: Über die Aussagemöglichkeiten der Hodenbiopsie im Rahmen der Fertilitätsdiagnostik.** [Dermatol. Univ.-Klin., Marburg.] Münch. med. Wschr. 101, 1821—1823 (1959).

Die Aussagefähigkeit der Hodenbiopsie in allgemeiner Hinsicht hängt weitgehend davon ab, ob mit einem gezielt entnommenen Probestückchen ein repräsentatives Gewebestück erfaßt wird. Während der krankhaft veränderte Hoden z. B. bei Tbc und Syphilis unter anderem herdförmigen Befall zeigen, ergreifen die verschiedenen Formen der Hodeninsuffizienz (Hypogonadismen) das Parenchym im allgemeinen gleichmäßig. Ausnahmen sind jedoch möglich. In der Regel findet man aber auch bei doppelseitiger Biopsie gleichlautende Befunde. In spezieller Hinsicht sagt die Hodenbiopsie über drei Gebiete aus: 1. über den gesamten Hoden als Erfolgsorgan des HVL; 2. über den Stand der Keimzellenbildung im tubulären Apparat und 3. über das Interstitium, insbesondere die Morphologie der Leydig-Zellen. Im Verein mit quantitativen Gonadotropinbestimmungen erlaubt die Hodenbiopsie eine für die Klinik brauchbare Systematik der Hodeninsuffizienzen, besonders eine Trennung der primären von sekundären Formen. Unerlässlich ist sie ferner für die Diagnostik einer Verschlussaspermie (histologisch intakte Spermio-genese).

KIESSLING (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Georg Sillö: Neue Beobachtungen über die Beweglichkeit der menschlichen Samen-fäden.** [Urol. Abt. d. New York Univ.-Bellevue Med. Center, New York.] Z. Urol. 52, 529—531 (1959).

Auf Grund seiner Studien am Institut von Hotchkiss in New York berichtet Verf. über bisher nicht beobachtete Bewegungsarten von menschlichen Spermatozoen (Sp.), die an Hand von drei Abbildungen näher erläutert werden. Danach befinden sich die Sp. nicht fortlaufend im Bewegungsstadium, sondern verharren in bestimmten Zwischenperioden auch bewegungslos. Die Bewegung geht stets vom Kopf aus und pflanzt sich dann auf den Schwanz fort. Bei Auftreten von Hindernissen in der Bewegungsbahn des Sp. erfolgen sog. Rammbewegungen, bei denen sich das Sp. jeweils zurückzieht, um dann erneut gegen das Hindernis anzuzurennen, bis es beseitigt bzw. das Sp. bewegungslos geworden ist. Bei Einklemmung des Sp.-Körpers wird eine Überwindung des Hindernisses durch Pendelbewegung versucht, wobei der Schwanz unbeweglich bleibt. Nach dem „Tode“ der Sp. liegen diese zu 64% gestreckt, zu 31% in Parabolform und in 4% in S-Form. Nach 48 Std liegt kaum noch ein Sp. gerade. Die letztere Beobachtung wird mit der Rigor-Mortis-Theorie erklärt.

C. SCHIBREN (Hamburg)<sup>oo</sup>

**Leo Shatin and J. A. Southworth: Sex knowledge, intelligence, and sexual adjustment.** [Seton Hall Coll. of Med., Dept. of Psychiat., Jersey City Med. Center, Jersey City, N. J., and Tufts Med. School, Medford, Mass.] J. soc. Psychol. 54, 219—233 (1961).

**R. Schulze: Zum Problem der Prostitution und des häufig wechselnden Geschlechtsverkehrs in seiner heutigen Bedeutung.** [VP-Krankenh., Berlin.] Z. ärztl. Fortbild. 54 1017—1026 (1960).

Der Vielzahl der aufgeworfenen Probleme wegen, die in einem kurzen Referat nicht abgehandelt werden können, empfiehlt es sich, die Arbeit im Original nachzulesen.

JOBST SCHÖNFELD (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**J. Teter: Male pseudohermaphroditismus from the diagnostical point of view.** (Pseudohermaphroditismus masculinus vom Standpunkt der Diagnostik und der Therapie-wahl.) Arch. med. sadowej 12, 66—71 (1961). [Polnisch.]

Bei einem 29jährigen männlichen Pseudohermaphroditen, der standesamtlich als Frau galt, wurde unter der Diagnose einer Clitorishypertrophie eine Clitoidektomie vorgenommen. Da der Pat., der den Beruf einer Krankenschwester erlernt hatte, aber in der Folge immer mehr die Überzeugung gewann, ein Mann zu sein, vernährte er selbst die vermeintlich großen Schamlippen miteinander, bei denen es sich jedoch tatsächlich um geteilte Scrotalhälften handelte. Die

Nachuntersuchung ergab drei Gründe für die Zuordnung zum männlichen Geschlecht: die männliche psychosexuelle Einstellung, der maskuline Biotyp und der überwiegend männliche Charakter der sekundären Geschlechtsmerkmale. Ferner fand sich chromosomal ein männlicher Typus, was aber nicht als ausschlaggebend für die Bestimmung des Geschlechtes gewertet wurde. Bemerkenswert erschien die große Energie, mit welcher der Pat. die Änderung seiner Geschlechtszugehörigkeit betrieb, da Pseudohermaphroditen im allgemeinen eher labil in ihrem psychosexuellen Verhalten sind. BOLTZ (Wien)

**Jacques Leprat: Le pseudo-hermaphroditisme masculin.** (Der männliche Pseudohermaphroditismus.) *Rev. Prat. (Paris)* 11, 697—706 (1961).

Eingangs gibt der Verf. eine Definition des Pseudohermaphroditismus masculinus (PHM) als „genetisch männliche Personen mit Ausbildung der äußeren Geschlechtsmerkmale nach weiblichem oder gemischtem Typ“. Er unterscheidet in zeitlicher Aufeinanderfolge die Ausbildung eines „sexe genetique“ (chromosomales Geschlecht), „sexe gonadique“ (differenziert oder neutral), „sexe gonophorique“ (Art der Geschlechtsdrüsen), „sexe somatique“ (Form der sekundären Geschlechtsmerkmale) und „sexe psychologique et social“. — Nach einer kurzen Übersicht über die normale Geschlechtsdifferenzierung beim Embryo wird folgende Einteilung der PHM-Typen nach pathogenetischen Gesichtspunkten gegeben: 1. Diskrepanz zwischen Genotyp und „sexe gonadique“. Hierher gehört das Turner-Syndrom (männliches genetisches Geschlecht und Ovarialreste) sowie „funktionsuntüchtige Ovarien, Infantilismus des Genitale und genetisch männliches Geschlecht (KLOTZ). 2. Diskrepanz zwischen „sexe gonadique“ und „sexe gonophorique“. Dies sind die „klassischen“ Pseudohermaphroditen. Wenn völlige Diskrepanz besteht, entwickelt sich eine „testikuläre Feminisation“. Ist sie beschränkt, entstehen verschiedene Zwischentypen bei genetisch männlichen hodentragenden Individuen. Zu dieser Gruppe gehört auch das Syndrom der „Lipoidhyperplasie der Nebennieren“ von PRADER und GURTNER. 3. Diskrepanz zwischen „sexe gonophorique“ und „sexe somatique“. Diese Kategorie ist nach vorläufig hypothetischen Gesichtspunkten erstellt. Sie umfaßt gewisse Zwischenformen, die zur Zeit der Pubertät manifest werden, eventuell Gynäkomastie und andersgeschlechtlichen Behaarungstyp zeigen. Vielleicht gehört auch ein Teil der Klinefelter-Syndrome hierher. — Bei männlichen PH bestehen gewisse Unstimmigkeiten zwischen Soma und Psyche, die zum Teil auf das Problem der Transvestiten bezogen wurden. Es bestehen hier jedoch keine nachweisbaren Beziehungen. — Anschließend werden die wichtigsten pathophysiologischen Gesichtspunkte erläutert, wobei auf die familiäre Häufung von PH und die verschiedenen endokrinen Einwirkungen hingewiesen wird. — Im klinischen Teil unterscheidet Verf. folgende Gruppen: 1. Personen mit vorderer Hypospadie, gebogenem Penis und Kryptorchismus. 2. Atrophie des Penis, hintere Hypospadie, gespaltenes Scrotum. 3. Syndrom der testikulären Feminisation. 4. Andere Varietäten beim PHM (Turner-Syndrom usw.). — Im Vordergrund therapeutischer Überlegungen steht immer die Frage, welchem Geschlecht solche Fälle zuzuordnen sind, da sich daraus wichtige Entscheidungen für die Erziehung solcher Kinder ergeben. Wenn es sich um Hypospadie und Kryptorchismus handelt — Erziehung zu Knaben. Bei testikulärer Feminisation rät Verf., die Diagnose nur bei ersten Störungen den Eltern bekannt zu geben. Die Erziehung wird sich nach der Beschaffenheit des äußeren Genitale zu richten haben. Eine chirurgische und hormonale Behandlung soll erst nach der Pubertät durchgeführt werden. Alle therapeutischen Maßnahmen müssen der Psyche der Behandelten möglichst gerecht werden. Verf. warnt nachdrücklich vor unüberlegter Mitteilung der Diagnose eines PH, da sie sich auf psychischem Gebiet katastrophal auswirken kann. PATSCHEIDER (Innsbruck)

**Jean Vague, Roland Simonin et Yves Carcassonne: Les pseudo-hermaphroditismes féminins ou gynandroïdes.** (Die weiblichen Pseudohermaphroditen oder Gynandroïden.) *Rev. Prat. (Paris)* 11, 687—694 (1961).

Beim Pseudohermaphroditismus femininus (PHF) bestehen trotz genetisch weiblichem Geschlecht, Ovarien, Eileitern und normalem Uterus mehr minder männlich ausgebildete äußere Geschlechtsteile. — Folgende ätiologische Faktoren können einen PHF bedingen: 1. Virilisierende Hyperplasien der Nebennieren (angeborene Störung der Cortisol-Synthese); 2. Fetale Virilisation durch virilisierende Tumoren der Mutter; 3. Anwendung virilisierender Hormone während der Schwangerschaft; 4. unbekannte Ursachen. — Zu 1. Diese Störung ist erblich, wobei sie nur bei Homozygoten klinisch in Erscheinung tritt. Wahrscheinlich bestehen zwei Gene, die einen hemmenden Einfluß auf die 21- und 11-Hydroxylation ausüben. — Das Syndrom der Vermännlichung besteht in Hypertrophie der Clitoris, Verschmelzung der großen Schamlippen

und Persistenz des Sinus urogenitalis. Am häufigsten besteht eine penisähnliche Clitoris, an deren hinterem Ende sich eine rinnenförmige Vertiefung findet, in der man die atretische Scheide und die Mündung der Harnröhre erkennt. Die kleinen Schamlippen fehlen, während die großen hypertrophiert und an ihrem hinteren Ende verwachsen sind. — Daneben bestehen mehr dem männlichen oder weiblichen Typ der äußeren Genitalien entsprechende Formen. — Die Wirkung der männlichen Hormone hält durch das ganze Leben an und verhindert eine normale Pubertät. Die somatische Entwicklung ist beschleunigt, so daß bereits bei zweijährigen eine Genitalbehaarung, bei zehnjährigen Stimmbruch bestehen kann. Die psychische Reifung hingegen erfolgt in den normalen Altersstufen. — Zu dieser Gruppe gehört auch das Syndrom von DEBRÉ-FIBIGER, das in einer schweren Niereninsuffizienz mit Mineralstoffwechselstörungen, Erbrechen und Durchfällen sowie Kollapsneigung besteht. — Zu 2. Bei Schwangeren mit virilisierenden Tumoren kann es in seltenen Fällen bei weiblichen Früchten zu einem PHF kommen. — Zu 3. Fälle von iatrogenem PHF entstehen durch Behandlung der Schwangeren mit Steroidhormonen, die auf die Frucht einwirken. Diese Fälle zeigen sich als mehr minder schwere Formen, die klinisch nicht von jenen einer Nebennierenhyperplasie unterscheidbar sind. Hingegen zeigen sie im Gegensatz zu den letztgenannten einen normalen 17-Ketosteroid-Spiegel. Bei dieser Gruppe normalisieren sich die Verhältnisse spätestens in der Pubertät. — Unter den sexuellen Entwicklungsstörungen findet man 2% echte Hermaphroditen, 32% männliche und 66% weibliche Pseudohermaphroditen. Von den letzteren sind 54% durch Nebennierenhyperplasie, 10% iatrogen und 2% kryptogen bedingt. — Für die Diagnose ist wesentlich, ob in der Verwandtschaft ähnliche Fälle bestehen oder Todesfälle im Kindesalter durch Kollaps begleitet von Erbrechen und Durchfällen beobachtet wurden. In allen Fällen müssen das Geschlechtschromatin und der 17-Ketosteroid-Spiegel bestimmt werden. Ist damit keine Klärung erreichbar, muß diese später durch Laparotomie versucht werden. Alle Kinder, die keine normale Ausbildung eines Penis aufweisen, müssen als Mädchen erklärt und demnach erzogen werden. Fälle von Nebennierenhyperplasie können mit Cortisonpräparaten behandelt werden. (Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Ref.)

PATSCHEIDER (Innsbruck)

#### **G. Pfeifer: Die klinische Bedeutung der morphologischen Kerngeschlechtsbestimmung.** [Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.] Zbl. Gynäk. 83, 445—455 (1961).

Die Auffassung, daß jeder Mensch auf Grund des histologischen Gonadenbefundes eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet werden kann, ist überholt. Bei der Klassifizierung müssen heute unterschieden werden: 1. chromosomales Geschlecht, 2. Kerngeschlecht (BARR), 3. hämatomorphologisches Geschlecht (DAVIDSON und SMITH), 4. gonadales Geschlecht, 5. somatisches Geschlecht, 6. psychisches Geschlecht und 7. zivilrechtliches Geschlecht. Da die chromosomale Geschlechtsdiagnose ziemlich kompliziert und nur speziellen Laboratorien vorbehalten ist, ist die indirekte Methode der chromosomalen Geschlechtsbestimmung am Ruhekern nach BARR oder DAVIDSON und SMITH in Form des Haut- oder Mundepitheltestes bzw. des Leukocyten-testes von besonderer klinischer Bedeutung. Als Indikation für diese Spezialuntersuchungen, die im einzelnen in ihrem historischen Werdegang und in ihrer Technik beschrieben werden, werden im Hinblick auf die Gynäkologie angeführt: 1. unklare Geschlechtszugehörigkeit, 2. Mißbildungen im Genitalbereich, 3. Frauen mit Leistenhernien, insbesondere wenn darin Organe palpabel sind, 4. primäre Amenorrhoe und 5. fehlende Sexualbehaarung. Die zellkernmorphologischen Untersuchungen müssen je nach Lage des Falles durch eine mehr oder weniger große Zahl weiterer Untersuchungen ergänzt werden. An Hand von drei eigenen Fällen (adrenogenitales Syndrom, testikuläre Feminisierung und Pseudohermaphroditismus masculinus) wird der Wert und die praktische Anwendung der zellkernmorphologischen Geschlechtserkennung bei der Differenzierung von Anomalien der Geschlechtsentwicklung demonstriert.

HIENZ (Heidelberg)

#### **W. Hohlweg: Beziehungen des Hypophysenzwischenhirnsystems zu den Sexualhormonen.** [Inst. f. exp. Endokrinol., Charité, Berlin.] Wien. klin. Wschr. 73, 445—451 (1961).

**F. Bahner: G. Schwarz, H. A. Hienz und K. Walter: Turner-Syndrom mit voll ausgebildeten sekundären Geschlechtsmerkmalen und Fertilität.** [Med. Poliklin., Path. Inst. u. Med. Klin., Univ., Heidelberg.] Acta endocr. (Kbh.) 35, 397—404 (1960).

Das Turner-Syndrom wird auch als Gonadendysgenese bezeichnet, bezüglich der Geschlechtschromosomen liegt der XO-Typ vor. Daß es die Symptome des Turner-Syndroms, insbesondere

die rudimentären Gonaden, auch beim XX-Typ gibt, ist bekannt. Verff. bringen zwei neue Beispiele dafür, daß andererseits der Geschlechtschromosomentyp XO ausnahmsweise funktionsfähige Ovarien entwickeln kann. Es werden zwei Frauen beschrieben mit ausgesprochenem Kleinwuchs, chromatin-negativem Zellkernbefund und gut ausgebildeten, sekundären Geschlechtsmerkmalen. Bei der Pat. 1 war einseitig ein Pterygium colli vorhanden, sie menstruierte vom 11.—14. Lebensjahr. Die Pat. 2 hat mit 31 Jahren einen Knaben geboren und hatte bis jetzt regelmäßige Menstruationen. Sternal- und Fibroblastenkulturen dieser Frau zeigten 45 Chromosomen:  $2n + XO$ . — 4 Abbildungen.  
R. WIDMAIER<sup>oo</sup>

**St. Dokumov und Papasov: Das Sex-Chromatin bei manchen Abweichungen vom normalen Geschlecht.** [Inst. f. Spez. u. Fortbild. d. Ärzte, Klin. f. Endokrinol. u. Stoffwechselkrankh., Sofia.] Zbl. Gynäk. **81**, 1041—1046 (1959).

Nach einer kurzen Darstellung des Prinzips der zellkernmorphologischen Geschlechts-erkennung analysieren die Verff. 51 eigene Fälle sexuell abnormer Phänotypen. Unter 11 Individuen mit Turner-Syndrom waren 7 genotypisch männlich, von 2 Fällen mit Pseudohermaphroditismus masc. compl. waren beide genetisch ebenfalls männlich. Aus einer tabellarischen Übersicht ist zu erkennen, daß die übrigen untersuchten Fälle (Stein-Leventhal-Syndrom, Eunuchoidismus femininus, idiopathischer Hirsutismus, Morbus Cushing u. a. m.) entsprechend ihrem weiblichen Phänotypus auch genetisch weiblich differenziert waren.  
BACHMEYER<sup>oo</sup>

**H. P. Klotz et R. Bydowski: Contribution à l'étude du syndrome de Klinefelter constitutionnel et de ses frontières.** Sem. Hôp. Paris **36**, 506—515 (1960).

**W. P. Plate: Testikuläre Feminisierung.** Ned. T. Geneesk. **105**, 1666—1669 (1961). [Holländisch.]

Bericht über einen typischen Fall des 1953 von MORRIS beschriebenen Bildes: 21jährige Pat., äußerliche Geschlechtsmerkmale weiblich, blinde Vagina, Geschlechtschromatinbefund „männlich“, Ketosteroidausscheidung 18—23 mg/24 Std. Bei Laparotomie: fehlender Uterus, Hodengewebe beiderseits der Harnblase. Chromosomenmuster (Knochenmark): wahrscheinlich XY.  
SCHLEYER (Bonn)

**Gérard Lyon-Caen: La condition juridique de l'hermaphrodite.** (Der juristische Stand des Hermaphroditen.) Rev. Prat. (Paris) **11**, Suppl., I—VI (1961).

Verf., Professor an der Rechtsuniversität von Dijon, bemerkt, daß weder das französische Gesetz noch dessen Jurisprudenz einen Hinweis geben über Hermaphroditismus. — In seiner Ausführung findet sich ein Verzeichnis sämtlicher Probleme, die durch diesen Zustand auftreten können: Geburtschein, Heirat, Scheidung, Vaterschaftsgutachten, Militärdienstpflicht, Privat-anstellung und öffentliches Amt.  
A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**Gunter Hofer: Transvestitismus.** [Univ.-Klin. f. psych. u. Nervenkr., Göttingen.] Fortschr. Neurol. Psychiat. **29**, 1—33 (1961).

Ein ausgezeichnetes Sammelreferat, dem existential-philosophische Betrachtungen beigegeben sind.  
FREUND (Praha)<sup>oo</sup>

**Victor Misheon and C. E. Bather: The current problems of prostitution.** (Die laufenden Probleme der Prostitution.) Med.-leg. J. (Camb.) **26**, 80—91 (1958).

Es handelt sich um zwei Vorträge mit anschließender Diskussion bei einer im November 1958 stattgefundenen Komiteesitzung in London. Die Stellung der Prostitution außerhalb der Gesellschaftsordnung und der moralischen Auffassung bedeutet noch nicht die Gleichsetzung mit krimineller Tätigkeit und deren Konsequenzen für den Gesetzgeber. Es ist ein Unterschied zwischen öffentlicher Ordnung und Sittlichkeit und so bemüht man sich, die Prostitution aus bestimmten Stadtteilen herauszuhalten und den Zugang von Jugendlichen zu verhindern. Es wird dann auf den Begriff der „common prostitute“, des „call girl“ und der „Maisons tolérées“ eingegangen und vor allem in der Diskussion versucht, Wege zur Besserung der Verhältnisse in London zu finden, besonders der Schutz der Bevölkerung vor den Belästigungen und vor der Verführung der heranwachsenden Jugend durch die bzw. vor der Prostitution.  
THELEN<sup>oo</sup>

**Erika Geisler: Kinder mit auffälligem sexuellem Verhalten.** [Univ.-Kinderklin., Würzburg.] Münch. med. Wschr. **101**, 1393—1397 (1959).

FREUDS Annahme der kindlichen Sexualität ist durch die Untersuchungen von KINSEY bestätigt worden, wenn auch die Verfn. bezweifelt, ob der von KINSEY befragte Personenkreis,

wie auch die von ihm gezogenen Folgerungen für unsere Verhältnisse gelten. Sexuelle Delikte im frühen Kindesalter sind relativ selten; sie finden sich meist nicht bei frühentwickelten, sondern sogar bei retardierten Kindern und müssen nicht unbedingt durch „Verführungen“ Erwachsener provoziert sein; sie lassen ferner auch keine sicheren Schlüsse auf eine später zu erwartende sexuelle Abwegigkeit zu. Hormonelle Ursachen eines auffälligen sexuellen Verhaltens im frühen Kindesalter sind offenbar noch seltener. Verfn. beschreibt die Sexualität im Kleinkindalter und bei älteren Kindern und Jugendlichen mit großer Umsicht und Erfahrung und flicht einzelne Fallberichte ein. Einzelheiten sind nachzulesen.

GREIFER (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Rose Reimann-Hunziker: Zur Sexualität des 5.—7. Lebensjahrzehnts.** [Berat.-Stelle f. Familienplan. am Frauenspit., Basel.] [6. Jahresvers., Schweiz. Ges. f. Soz.-Med., St. Gallen, Juni 1960.] Praxis 49, 1105—1107 (1960).

Sexuelle Rückbildungsvorgänge machen sich etwa vom 5. Lebensjahrzehnt ab bemerkbar. Die Abnahme von Libido und Potenz ist meist begleitet von der Angst vor dem sexuellen Versagen, die sich nicht selten in Torschlußreaktionen äußert. Eine Bewältigung dieser sog. kritischen Jahre ist durch eine richtige Einstellung zu Sexus und Eros zu erreichen. Schon in der Jugend muß die sexuelle Erziehung beginnen. Eine bewußte Einstellung zum Sexualtrieb, das Wissen über den normalen Ablauf der Sexualität sind für eine vernünftige Beurteilung der Rückbildungsvorgänge unbedingt vonnöten. Nur wer in der Jugend gelernt hat seine Sexualität zu begreifen und zu beherrschen, wird im Alter vor Enttäuschungen geschützt sein. Was in der Jugend durch sexuelle Erziehung aufgebaut wird, trägt seine Früchte in der Involutionszeit, im Alter. Jeder muß sich mit dem Altwerden abfinden. — Hiervon abzugrenzen ist das psychosomatische Verhalten, das auf Alterserkrankungen, z. B. Arteriosklerose, beruht. Ein Gehirnarteriosklerotiker verhält sich wie ein Geisteskranker, dessen Sexual-Äußerungen ohne Beziehung zur Persönlichkeit bleiben. Im fortschreitenden Alter werden organisch bedingte Veränderungen immer das Bild behaupten.

JANITZKI (Bonn)

**C. Østrom: Ein Fall von perverssem sexuellem Verhalten mit tödlichem Ausgang.** Nord. kriminaltekn. T. 31, 93—96 (1961). [Dänisch.]

**StGB § 173 Abs. 2 Satz 2, § 3 (Blutschande, Strafbarkeit nach sowetzonalem Recht).** Der Beischlaf zwischen Verschwägerten auf- und absteigender Linie ist in der sowjetischen Besatzungszone seit dem 29. XI. 1955 (Tag des Inkrafttretens der VO über Eheschließung und Eheauflösung v. 24. XI. 1955) nicht mehr strafbar. [BGH, Urt. v. 3. XI. 1959; 1 StR 461/59, Trier.] Neue jur. Wschr. A 13, 395 (1960).

**Wilfried Rasch: Sittlichkeitssträtfäter.** [Psychiat. u. Nervenclin., Univ.-Kranken., Hamburg-Eppendorf u. Inst. f. Sexuolforsch., Univ., Hamburg.] Dtsch. med. Wschr. 86, 168—173 (1961).

Das Krankhafte, das eventuell im abnormen Sexualverhalten liegt, läßt sich nicht aus der Art des Vorgehens bei einem Sittlichkeitsdelikt diagnostizieren. Nach dem augenblicklichen Stand der Sexuolforschung bezeichnet der Begriff „Perversion“ ein abnormales Sexualverhalten, das in prozeßhafter Weise die Persönlichkeit destruiert und deformiert. Bei den einzelnen Fällen — von denen einige dargestellt werden — können sich psychologische und psychopathologische Gegebenheiten mit einer sexuellen Fehlhaltung kombinieren. — Daneben kann abnormes Sexualverhalten auch als Symptom einer körperlichen Erkrankung auftreten. Außerdem muß man an psychosexuelle Unreife, Kontaktschwäche, Selbstunsicherheit und mangelnde Fähigkeit zur Selbstdistanz bei der Untersuchung der Genese denken. — Erst die gründliche Kenntnis aller Möglichkeiten läßt Überlegungen für einen individuellen Therapieversuch zu.

KLOSE (Heidelberg)

**M. Colin et G. Bourjade: Les attentats aux moeurs dans les bandes d'adolescents.** (Sittlichkeitsdelikte innerhalb von Jugendbanden.) [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 59—62 (1961).

Verff. haben im „Centre de Consultation des Mineurs“ Opfer und Täter untersucht. Ihr Anliegen ist klinisch typologisch. Eine erste Gruppe von „Opfern“ besteht aus Jugendlichen, die nicht zu einer Bande gehören. Sie besteht aus echten „Opfern“ von Sexualdelikten. Es sind wenig begabte Mädchen (14—15 Jahre alt), die kaum psychische Tiefenresonanz zeigen, nicht sexuell frühreif sind und keineswegs zum Delikt provozierten. Die zweite Gruppe der Opfer,

zahlenmäßig kleiner, besteht aus jugendlichen Mädchen, die aus sado-masochistischen Bedürfnissen heraus mehr oder weniger aktiv am Zustandekommen des Delikts beteiligt waren. Innerhalb der Bande befinden sich begabte, aber neurotische Mädchen, welche die aktive Rolle des Mannes übernehmen und sado-masochistische Züge aufweisen. Die jüngeren Mädchen, kaum der Grundschule entlassen, schließen sich den Jugendbanden aus Opposition gegen die Welt der Erwachsenen, vor der sie aber noch eine archaisch-infantile Angst haben, an. Ein dritter Typ besteht aus älteren jugendlichen Mädchen, die in der Bande einen Halt suchen und sich dem Mann anschließen wollen. Die Täter werden in drei Typen aufgeteilt: 1. Der narzistische, bisexuelle Halbstarke, der zu echter sexueller Bindung noch unfähig ist. 2. Sadistische Neurotiker, welche zu peroxystisch, archaisch anmutenden Massenorgien neigen. 3. Von Minderwertigkeitsgefühlen gepeinigete Jugendliche, die im Sexualdelikt eine Kompensation suchen. Die Jugendbanden sind wenig strukturiert. Sie sind eher eine „Gesellschaft“ als ein „Bund“.

PETERSOHN (Mainz)

Albert Brunerie: **Quelques aspects insolites de la délinquance sexuelle.** [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 71—75 (1961).

J. Fabre de Morlhon: **De l'intervention du juge des enfants dans la protection des victimes d'attentats à la pudeur.** [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 90—108 (1961).

J. Lutier: **Rôle des facteurs culturels et psycho-sociaux dans les délits incestueux en milieu rural.** [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 80—83 (1961).

StGB § 174 Ziff. 1 (Einwilligung der Abhängigen). Ein Schulleiter, der mit einer 17 Jahre alten Schülerin seiner Schule unzüchtige Handlungen vornimmt, ist in aller Regel auch dann nach § 174 Ziff. 1 StGB strafbar, wenn die Schülerin in voller Erkenntnis des Wesens und der Bedeutung der Geschlechtshandlung den unzüchtigen Handlungen zustimmt. [BGH, Urt. v. 24. XI. 1959; 5 StR 518/59, Berlin.] Neue jur. Wschr. A 13, 443—444 (1960).

C. Simonin et F. Marcoux: **Défloration d'une fillette des 8 ans, suivie de rapports sexuels répétés.** (Die Defloration eines 8jährigen Mädchens als Folge wiederholter sexueller Beziehungen.) [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 108—109 (1961).

Im Gegensatz zu den bisherigen gerichtsmedizinischen Veröffentlichungen, die ungefähr besagen: „Bei Kindern unter 6 Jahren ist eine Vergewaltigung unmöglich. Bei Kindern zwischen 6—11 Jahren verursacht die Defloration schwerste Verletzungen“ berichten Verff. über einen Fall, bei dem ein achtjähriges Mädchen wiederholten Geschlechtsverkehr mit seinem Vater hatte. Das soll durch das Vorgehen des Vaters in der „manière progressive“ möglich gewesen sein. Das Kind hatte bei den ersten Versuchen Schmerzen, aber keine nennenswerten Blutungen. — Die körperliche Untersuchung des Kindes ergab später das Vorliegen eines Scheideneinganges wie bei einer verheirateten Frau. Daumen und Zeigefinger des Untersuchers konnten gemeinsam in die Scheide eingeführt werden, ohne daß Schmerzen verursacht wurden.

KLOSE (Heidelberg)

Franco Mainenti: **Complesso caso di perversione sessuale in un agricoltore, accidentale impiccamento algolagnico di soggetto travestista.** (Komplexer Fall von sexueller Perversion.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Salernum (Pompei) 3, 3—14 (1960).

Ein verheirateter 42jähriger Mann fand bei autoerotischen Manipulationen durch Selbsterhängen den Tod. Der Getötete wurde in Frauenkleidern einschließlich mit durch Wattlepolster imitierten Busen aufgefunden. Aus der Vorgeschichte ergab sich, daß es sich bei ihm um einen narzißtischen Transvestit handelte.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

A. Merland et H. Fiorentini: **Étude de 374 expertises psychiatriques en matière d'attentats aux mœurs: Considérations statistiques et médico-légales.** (374 psychiatrische

Gutachten in Sexualdelikten.) [Höp. Psychiat. de la Timone et Chaire de Méd. Lég. et Méd. du Travail, Fac. de Méd., Marseille.] [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier 21. XI. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 63—71 (1961).

Verf. haben 374 psychiatrische Gutachten in Sexualdelikten gesichtet und legen die Ergebnisse vor. Von allen angeforderten Gutachten (2600) waren 14% Gutachten in Sexualsachen. Von diesen waren 29% exhibitionistische Akte, 11% Pederastie, 9,5% Homosexualität, 30% Unzucht mit minderjährigen Mädchen, 10% Inzest, 20,5% Vergewaltigung. Verff. haben die Prädispositionsalter für die verschiedenen Sittlichkeitsdelikte erneut herausgestellt. Dem Alkoholismus, den psychischen Erkrankungen im Sinne von Psychosen und Psychopathien kommt große Bedeutung in der Kriminogenese zu. Dagegen finden sich im Material der Verff. nur sehr wenige Fälle von somatischen Anomalien im Bereich der Genitalien, Infektionen, Krankheiten des Gehirns (postencephalische Zustände) und traumatischen Hirnschäden. Die Pathogenese und die Therapie der Sittlichkeitsdelikte geht auf das gehäufte Vorkommen einer pathologischen Gesamtkonstitution, nicht etwa auf eine isolierte pathologische Sexualkonstitution zurück.

PETERSOHN (Mainz)

**Hermann Plenge: Die Behandlung erheblich rückfälliger Sexualdelinquenten, vornehmlich der Homosexuellen, unter besonderer Berücksichtigung der Kastration.** [Rhein. Landeskrankenh., Süchteln.] Mschr. Kriminalpsychol. 44, 15—41 (1961).

Verf. hat die einschlägige Literatur, die weit verstreut war, sorgfältig zusammengestellt. Er selbst verfügt über Befunde von Männern, die freiwillig kastriert wurden. Nachteilige Folgen hat er nicht beobachtet. Verf. tritt unter sorgfältiger Begründung für die Vornahme freiwilliger Kastrationen von Sittlichkeitsverbrechern ein, allerdings nur nach sorgfältiger Untersuchung und unter Innehaltung medizinischer Indikation. Vom strafrechtlichen Standpunkt aus dürfte die Kastration zulässig sein. Man kann § 226 a StGB anwenden. Eine einschlägige Entscheidung des Bundesgerichtshofes ist noch nicht ergangen.

B. MUELLER (Heidelberg)

### Erbbiologie in forensischer Beziehung

● **Biometrical genetics.** Proceedings of an International Symposium held at Ottawa, August 1958, sponsored by the Biometrics Society and the International Union of Biological Sciences. Edit. by OSCAR KEMPTHORNE. [Internat. Ser. of Monogr. on Biometry. Gen. edit.: M. J. R. HEALY. Internat. Union of Biol. Sciences. Ser. B (Colloquia). Nr. 38.] London-Oxford-New York-Paris: Pergamon Press 1960. VIII u. 234 S. Geb. sh 42/—.

Jerome Lejeune and Raymond Turpin: **Chromosomal aberrations in man.** [Inst. de Progénèse, Paris.] Amer. J. hum. Genet. 13, 175—184 (1961).

G. Lavergne: **Le questionnaire génétique. Problème d'eugénisme posé par une famille atteinte du syndrome de Waardenburg-Klein.** [Clin. opht., Univ., Liège.] J. Genet. hum. 10, 80—85 (1961).

H. Stobbe: **Ein weiterer homozygoter Merkmalsträger der Pelger-Huëtschen Anomalie und ein Fall von pseudohomozygotem Pseudo-Pelger bei chronischer Myelose.** [I. Med. Univ.-Klin., Charité, Berlin.] Folia haemat. (Frankfurt), N.F. 4, 6—21 (1959).

Es wird ein weiterer Fall, der 3. bzw. 4. des Schrifttums, einer homozygoten Pelger-Huëtschen Kernanomalie der Blutzellen bei einem 56jährigen gesunden Mann mitgeteilt. Die Untersuchung der Familie deckte eine (erwartete) heterozygote Pelger-Manifestation bei einer Tochter aus erster Ehe auf, während die normalen Blutzellkernbefunde und Blutgruppenuntersuchungen bei einer angeblichen Tochter aus zweiter Ehe die biologische Vaterschaft des Probanden ausschließen konnten. Die cytologischen Befunde bei homozygoter Pelger-Manifestation lassen eine Beteiligung aller Blutzellsysteme in Form von Chromatinstruktur- und Kernformänderungen erkennen. Erstmals bei homozygoten Pelger-Merkmalsträgern durchgeführte Nativblutuntersuchungen deckten gewisse Formabweichungen gegenüber fixierten Zellkernen auf. Für die mangelhafte (bei heterozygoten Merkmalsträgern) bzw. fehlende Segmentierungstendenz der Granulocten bei funktioneller Vollwertigkeit der Zellen (bei homozygoten Pelger-Merkmalsträgern) wird eine