

**W. SPANN und W. MAIER (München): Die Bedeutung der rechtzeitigen Behandlung des Hodenhochstandes für die Fertilität.**

Die übliche Sammelbezeichnung „Kryptorchismus“ für die verschiedenen Formen von Mißbildungen im Bereich des männlichen Genitales wird den sehr unterschiedlichen Befunden bei nicht oder nur teilweise erfolgtem Descensus der Hoden nicht gerecht. Tabelle 1 zeigt einen Vorschlag der Zuordnung in verschiedene Gruppen nach den anatomischen Befunden. Nur bei den Fällen von Kryptorchismus und Anorchie kann auf Grund des anatomischen Befundes allein die Zeugungsunfähigkeit festgestellt werden. Bei allen anderen Formen ist eine Aussage über die Zeugungsfähigkeit erst nach der Untersuchung des Spermas möglich. Das Ziel unserer Untersuchungen war eine orientierende Beantwortung der Frage der Zeugungsfähigkeit in allen Fällen von operativ behandelte beidseitiger Retentio und von operativ behandelten Ektopien auf Grund von Spermauntersuchungen. Nach den Ergebnissen eines Teiles unserer Untersuchungen, die in Tabelle 2 wiedergegeben sind, sind die Aussichten hinsichtlich der Erlangung der Zeugungsfähigkeit in den Fällen von operativ behandelten Ektopien wesentlich günstiger zu beurteilen, als in den Fällen von operativ behandelte beidseitiger Retentio.

Bei 17 Männern, die nach operativer Behandlung einer beidseitigen Retentio nachuntersucht wurden, fanden sich sieben, also mehr als 40% mit einer Aspermie bzw. Azoospermie oder Nekrospermie. Bei den übrigen zehn haben sich im Sperma 0,5—15 Millionen Spermatozoen pro Milliliter nachweisen lassen. Lediglich in vier von zehn Fällen war die Motilität der Spermatozoen als normal zu bezeichnen. In den Spermatogrammen fanden sich maximal 39% normal geformter Spermatozoen. Schlußfolgerungen aus Spermatozoenzahlen, die aus einer einzigen Untersuchung stammen, können wegen der karenzabhängigen Schwankung nur mit Vorsicht gemacht werden. Andererseits wollten wir unseren Untersuchungspersonen, auf deren freiwillige Mitarbeit wir ja angewiesen waren, nicht mehr als eine einmalige Untersuchung der Samenflüssigkeit zumuten. Erfahrungen darüber, ob für junge unverheiratete Männer die gleichen Durchschnittswerte von Spermatozoenzahlen zugrunde gelegt werden müssen, wie für verheiratete Männer mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr liegen nicht vor. Trotz dieser Vorbehalte glauben wir aussagen zu können, daß bei Bestehen einer beidseitigen Retentio ein rechtzeitig durchgeführte operativer Eingriff gewisse Aussichten für die Erlangung der Zeugungsfähigkeit bringen kann.

Für die Begutachtung ist zu unterscheiden zwischen den klinischen Fällen, die im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen zur Untersuchung kommen und den Probanden, die im Zuge eines Prozesses

Tabelle 1. Die verschiedenen Formen des Hodenhochstandes

I.	<i>Physiologischer Hodenhochstand</i> Bei etwa 45% aller ♂ Kinder vollzieht sich der Descensus erst während des 1. Lebensjahres
II.	<i>Pendelhoden</i> Der Hoden ist descendiert, seine Lage im Scrotum ist richtig. Zeitweiliger Hypertonus des M. cremaster bringt den Hoden durch den offen gebliebenen Proc. vag. perit. bis vor den äußeren Leistenring
III.	<i>Gleithoden</i> Normale Hodengröße. Ductus und Plexus sind zu kurz. Mechanische Verlagerung des Hodens in das Scrotalfach ist möglich. Hoden schnellst aber wieder in Ausgangslage zurück
IV.	<i>Retentio testis</i> Mechanische Abstiegsbehinderung. Sekundäre Hodenhypoplasie infolge Aufenthalt in unphysiologischen Raum- und Temperaturverhältnissen
V.	<i>Kryptorchismus</i> Doppelseitiger Hodenhochstand. Hoden nicht tastbar. Primäre Hypoplasie beider Hoden
VI.	<i>Hodenektopie</i> Normal entwickelter Hoden, der den Leistenkanal passiert hat und von der normalen Descensusrichtung abgewichen ist
VII.	<i>Anorchie</i> Angeborenes Fehlen beider Hoden

Tabelle 2

Fall	Sp.-Zahl/ml	Motalität	Unt. Alter	Fall	Sp.-Zahl/ml	Motalität	Unt. Alter
<i>Einseitige Ektopien (operativ behandelt)</i>				3	Aspermie	—	22
1	112 Mill.	+	19	4	Aspermie	—	20
2	0,5 Mill.	+	17	5	Azoospermie	—	21
3	50 Mill.	+	17	6	Nekrospermie	—	21
4	30 Mill.	+	21	7	0,5 Mill.	Nekrospermie	19
5	2 Mill.	reduziert	27	8	0,5 Mill.	reduziert	29
<i>Beidseitige Ektopien (operativ behandelt)</i>				9	0,6 Mill.	reduziert	25
				10	1,5 Mill.	reduziert	17
1	42 Mill.	+	22	11	2,5 Mill.	+	21
2	53 Mill.	+	17,5	12	7,5 Mill.	reduziert	20
<i>Beidseitige Retentio (operativ behandelt)</i>				13	7,5 Mill.	reduziert	25
				14	10 Mill.	+	21
1	Aspermie	—	22	15	10 Mill.	+	17
2	Aspermie	—	22	16	10 Mill.	reduziert	17
				17	15 Mill.	+	20

im richterlichen Auftrag untersucht werden müssen. Während der Kliniker eine möglichst genaue Angabe des Wahrscheinlichkeitsgrades wünscht, kommt es dem Richter nur auf die Feststellung „offenbar unmöglich“ an. Trotzdem empfehlen wir auch in forensischen Fällen bei Bestehen von Mißbildungen im Bereich des Genitales mit ent-

sprechenden Spermabefunden dem Gericht nicht nur „offenbar unmöglich“ oder nicht, sondern den Wahrscheinlichkeitsgrad der Zeugungsfähigkeit mitzuteilen.

*Literatur*

MAIER, W., u. W. SPANN: Dtsch. med. Wschr. **1962**, Nr 35, 1697; dort ausf. Literatur.

SCHIRREN, C.: Fertilitätsstörungen des Mannes. Ferdinand Enke 1961.

VASTERLING, H. W.: Praktische Spermatologie. Georg Thieme 1960.

Prof. Dr. W. SPANN, München 15, Frauenlobstr. 7

Dr. W. MAIER, München 15, Lindwurmstr. 4, Univ-Kinderklinik