

Aus der Medizinischen Universitätsklinik (Direktor: Prof. Dr. K. Vort)

## Transvestitismus und Klinefelter-Syndrom

Von

C. OVERZIER

Mit 8 Textabbildungen

(Eingegangen am 15. Juli 1958)

**Der Fall.** Der 46jährige Pat. kommt auf Veranlassung eines Geistlichen, den seine Frau ins Vertrauen gezogen hat, zur Untersuchung. — Seine Eltern leben noch — die Mutter war bei seiner Geburt 38 Jahre alt, der Vater 42 Jahre. Der Vater hatte 13 Geschwister (7 Brüder und 6 Schwestern), die Mutter hatte zwei Brüder und eine Schwester. Der Pat. selbst hat 3 Brüder (52, 50 Jahre, einer gefallen) und vier Schwestern (58, 56, 54, 43 Jahre). Alle hier aufgeführten Verwandten haben Kinder, Jungen und Mädchen in etwa gleicher Zahl. Mißbildungen, Farbenblindheit, Geisteskrankheiten oder Transvestitismus kommen in der Familie nicht vor. Alle Angehörigen befinden sich in geachteter Stellung.

**Nach eigenen Angaben,** die einem ausführlichen Lebenslauf und mehrfachen Aussprachen — möglichst ohne Befragung — entnommen sind, soll der Pat. mit 5 Jahren eine leichte Mumps ohne Hodenentzündung gehabt haben. Bis etwa zum 10. Lebensjahr habe er sich normal entwickelt. In der Volksschule sei er ein mittel-mäßiger Schüler gewesen und nur wegen Streichen einmal sitzen geblieben. Auf der Berufsschule habe er hingegen zu den Besten gehört. Er habe das Schreinerhandwerk erlernt, jedoch nicht ausgeübt, weil dieses für ihn körperlich zu schwer gewesen sei. Er sei jetzt seit 1946 Kontrolleur in einer Perückenfabrik. Auch vor dem Kriege habe er eine Dauerstellung gehabt. Er sei 1939 zum Sanitätsdienst eingezogen worden und habe den Krieg bei der Fronttruppe mitgemacht. 1945 habe er ein Bein verloren. Ende 1945 sei er aus dem Lazarett nach Hause gekommen.

Während er sich bis etwa zum 10. Lebensjahr nicht von seinen Altersgenossen unterschieden habe, sei ihm dann durch Vergleich mit anderen aufgefallen, daß sich das Geschlechtsteil nicht normal entwickelt habe: Die Größe des Gliedes sei zurückgeblieben und die Schambehaarung später und spärlicher aufgetreten. Die Stimme sei lange hoch geblieben. Auch im erwachsenen Alter habe er sich nur einmal wöchentlich rasieren müssen. Beim Spielen mit Kameraden im Walde sei „es dann plötzlich über ihn gekommen“, als er 16 Jahre alt war: Er sei nach Hause gelaufen in dem unwiderstehlichen Drang, Kleidungsstücke seiner Schwester anzuziehen. Da habe er gesehen, daß er ein viel schöneres Mädchen sei als alle seine Schwestern. Er habe niemandem davon erzählt und sich niemandem gezeigt. Seither habe er diesen Drang, sich Frauenkleider anzuziehen, immer häufiger verspürt und ihm nachgeben müssen. Etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr später, mit  $16\frac{1}{2}$  Jahren, habe er eine schmerzhaftige Schwellung beider Brüste bemerkt, die mehr oder weniger heftig einen Monat angehalten habe. Er selbst habe zunächst geglaubt, sich gestoßen zu haben und der Schwellung keine Bedeutung beigemessen. Sein ganzes Empfinden sei langsam immer mehr weiblich geworden<sup>1</sup>, weswegen er dann auch den erlernten

<sup>1</sup> Aus dem Lebenslauf: „Ich war weicher als bisher. Ich mußte bei vielen Kleinigkeiten weinen. Ich war eben nicht mehr dieser aufgeweckte, zu allen Dummheiten bereite Junge.“

Beruf des Schreiners abgelegt habe. „Die Weiber“ seien ihm aber nachgelaufen, weil er so schön gewesen sei. Er habe sich ihnen immer entziehen müssen, um der Notwendigkeit des Verkehrs zu entgehen, den er habe nicht ausüben können. Kurz vor dem Kriege, mit 27 Jahren, habe er durch eine seiner Schwestern seine jetzige Frau „flüchtig“ kennen gelernt. Beim Militär habe er mit seinen Kameraden eifrig gezotet, weil dieses „Thema Nr. 1“ von ihm erwartet worden sei, doch habe er sich selbst davor geekelt. Er habe so stark geprahlt, daß er allgemein als „Casanova“ gegolten habe. Der Kriegsdienst sei ihm schwer gefallen, denn er habe sich dort nicht verkleiden können. Glücklicherweise sei er erst gewesen, als er 1943 in Amiens ein Bordell aufgesucht habe und mit einem der Mädchen einen Vertrag dahingehend geschlossen habe, daß sie ihm Kleider und eine Perücke besorge und so mit ihm spazieren gehe. Auf Urlaub sei er nie gefahren. Die anderen Soldaten hätten nur Urlaub zu ihren Frauen und Freundinnen haben wollen und das wäre für ihn sinnlos gewesen. Als er schließlich dennoch einmal Urlaub haben wollte, sei wegen der Kriegslage nur noch Heiratsurlaub gegeben worden: Und da habe er eben die ihm seit 1939 flüchtig bekannte Freundin seiner Schwester geheiratet. Am 4. Tage nach der Hochzeit habe er erstmalig in seinem Leben Verkehr gehabt, weil er als Ehemann nun gemußt habe. Dann habe er in diesem Urlaub noch vereinzelt Verkehr gehabt und nach seiner Rückkehr in die Heimat (Herbst 1945) bis 1956 selten und nur, weil er sich gezwungen gefühlt habe. Den Drang sich zu verkleiden, sei er nun nicht mehr los geworden. Es seien Zeiten über ihn gekommen, in denen das besonders schlimm gewesen sei und er sich kaum einer geregelten Arbeit widmen könne. Zeitweilig habe es ihm auch nicht so gedrängt. Karneval sei immer die große Zeit für ihn gewesen; da habe er sich öffentlich in Frauenkleidern zeigen können. Sonst habe er sich nur immer im verschlossenen Raum umgekleidet. Seit 2 Jahren müsse er sich aber anderen mitteilen. Die Beinamputation sei für ihn das größte Unglück gewesen: Eine Prothese passe nicht zu Damenkleidern. Er habe mehrere Gebrauchs- und Gesellschaftskleider und eine komplette Damenunterwäsche, die er teils auch unter seiner männlichen Kleidung im Dienst trage. Nach dem Dienst kleide er sich seit Jahren regelmäßig ganz um. Die auf Veranlassung des Geistlichen durch eine Ärztin eingeleitete Behandlung mit männlichen Hormonspritzen habe er über sich ergehen lassen. Jetzt bedauere er das aber, weil er sich seither täglich rasieren müsse. Das störe bei seiner dunklen Haarfarbe, wenn er Gesellschaftskleider an habe. Auch haben sich die Brüste wieder zurückgebildet (?), so daß er jetzt auf Büstenhalter (Hollywood-Form) angewiesen sei. Während der Hormonbehandlung habe er zunächst leichter Verkehr ausüben können, dann überhaupt nicht mehr. — Wegen der Kinderlosigkeit seiner Frau habe er 1949 ein Waisenkind als Säugling angenommen. Dieses jetzt 9jährige Mädchen liebe er sehr. Er werde auch von dem Kind geliebt und anerkannt. Wenn es morgens zu ihm ins Bett spielen komme, fasse es nach seinem „Speck“ — wie das Kind seine Brüste nenne — denn dieses Kind merke, daß er tatsächlich eine Frau sei. Seine eigene Frau sei ihm gleichgültig. Er selbst sei mit einer Scheide einverstanden und wünsche sich die „Umwandlung“ in eine Frau. Hierunter verstehe er die Amputation des Geschlechtsteiles. Vielleicht könne man ihm auch eine Scheide einsetzen; man könne nie wissen, ob man sie nicht einmal brauche. Sexuellen Umgang mit Männern habe er in keiner Weise und lehne näheren Kontakt mit diesen als unnatürlich ab. Wenn er aber umgewandelt sei, werde er wieder heiraten. In Aussicht habe er keinen männlichen Ehepartner, es wäre ihm jedoch leicht, Männer „verrückt“ zu machen. Zunächst wolle er nach seiner „Umwandlung“ nur flirten (hierbei nimmt er sein Bild als Mann zur Hand und sagt verzückt: „Was für ein schönes Mädchen ich doch geworden wäre“!). Auf die Vorhaltung, daß eine Frau mit 46 Jahren auch nicht mehr die Jüngste sei, entgegnet er entrüstet: „Als Frau bin ich erst 17 Jahre und sie

glauben nicht, wieviel Temperament in mir steckt!“ Patienten mit ähnlichem Leiden kenne er nicht. Er nehme aber an, daß viele so leiden müßten wie er und deshalb werde er die erfolgte „Umwandlung“ sofort in einer Illustrierten veröffentlichen lassen. Erst durch diese Veröffentlichung werde er ein vollwertiger Mensch. „Warum gibt mir der Staat nicht das Recht, mein Leben zu leben, welches mir zusteht? Warum mußte ich 30 Jahre Theater spielen? Es wird der Zukunft überlassen bleiben, daß man dieses sogenannte dritte Geschlecht genauso respektieren muß, wie die beiden anderen auch“ (aus dem Lebenslauf).



Abb. 1. Der 46jährige Patient ist seit dem 16. Lebensjahr Transvestit. Er besitzt ein ganzes Album mit Bildern in verschiedenen Kleidern und Perücken. Der erste Verkleidungsdrang trat  $\frac{1}{2}$  Jahr vor der Gynäkomastie des Klinefelter-Syndroms auf

**Die Ehefrau des Patienten** gibt im Gegensatz zu obiger Schilderung an, sich 1939 öffentlich mit ihm verlobt zu haben und bereits seit 1939 — je nach Gelegenheit bei den verschiedenen Fronturlauben — mit ihm Verkehr gehabt zu haben. Auch habe sie am Hochzeitstage Verkehr gehabt und dann während der folgenden Urlaubstage täglich. Nach der Rückkehr ihres Mannes aus dem Felde habe sie bis 1956 mit ihm „normal“ Verkehr gehabt, worunter sie einmal wöchentlich bis einmal alle 14 Tage, gelegentlich auch nur einmal monatlich verstehe. Bei Beginn der Hormonbehandlung vor 2 Jahren sei der Verkehr zunächst häufiger gewesen, dann seltener geworden und seit  $\frac{1}{2}$  Jahr ganz ausgeblieben. Sie selbst sei am Verkehr nicht interessiert; die Veranlassung dazu habe immer ihr Mann gegeben und ihr oft vorgeworfen, sie sei „kalt“. 1946 sei ihr aufgefallen, daß ihre Kleider im Schrank häufig in Unordnung gebracht worden seien und da habe ihr Mann ihr gestanden, daß er sich in ihrer Abwesenheit öfters umkleide. Seither habe er diese Umkleidungsszenen immer häufiger durchgeführt, seit 2 Jahren täglich. Er schließe sich hierzu ein,

verlange aber von ihr, daß sie ihn photographiere (Abb. 1). Einmal wöchentlich sei er früher schwer betrunken gewesen und habe dann den Stammtischkameraden seine Verkleidungswünsche erzählt. Er sei jedoch nicht ernst genommen worden. Das hierauf vor einem Jahr erlassene Trinkverbot seiner Ärztin, die er voll anerkenne, halte er ein. Tötlich sei er nie geworden. Bei seinen Kameraden sei er anerkannt und im Werk geachtet. Gesellschaftlichen Verkehr mit Männern habe er wenig, doch meide er ihn nicht. Ganz sicher habe er keine intimeren Beziehungen zu Männern und lehne dies auch strikte ab. Er habe eine kleine Erfindung an seiner Prothese ausgearbeitet, die patentiert worden sei. Während dieser Zeit habe er die Verkleidung ganz vergessen, jedoch verstärkt aufgenommen, als die Patente von der Industrie nicht übernommen worden seien, was ihm großen Kummer bereitet habe. Scheiden lasse sie sich aus religiösen Gründen nicht. „Für ihn wäre das auch nicht gut. Wenn er umgewandelt würde, wäre er auch nicht zufrieden.“

**Die älteste Schwester** des Pat. berichtet, vor einem Jahr habe er sich erstmalig einer jüngeren Schwester anvertraut und sei dann weinend zu ihr gekommen, nachdem diese ihn ausgelacht habe. Seither schenke er ihr öfter seine Bilder in Damenkleidung, obwohl sie diese nicht wünsche. Niemandem aus der Familie sei zuvor sein besonderes Wesen aufgefallen, auch ihr nicht, die sie als Älteste die Kinder stets betreut habe. Als Junge und junger Mann habe sich ihr Bruder den

Kameraden und Mädchen gegenüber durchaus jugenhaft verhalten. In der Berufsschule habe er zu den Besten gehört. Die Ehe sei sehr glücklich, weil seine Frau an ihm hänge. Er selbst mache sich wohl nichts aus ihr.

**Befund.** Alter 46 Jahre, Größe 169 cm, Spannweite 165 cm, Gewicht 71,0 kg. Athletisch-dysplastischer Körperbau (Abb.2). Axillarhaare abrasiert. Genitalbehaarung oben horizontal begrenzt. Genitale männlich mit etwas kleinem Penis,

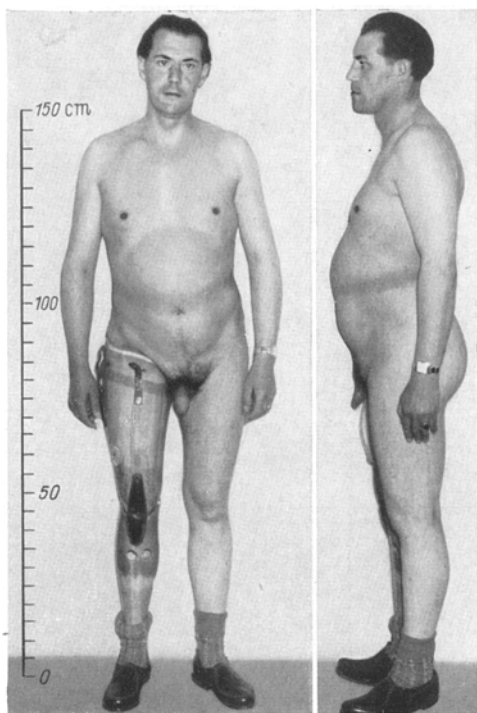


Abb. 2



Abb. 3

Männliches Genitale, jedoch mit kleinem Penis, bohnen großen Hoden im Hodensack und spärlicher, oben horizontal begrenzter Schambehaarung

Abb. 2

Der Gesamtkörperbau ist athletisch mit dysplastischen Zügen, muskulös wenig ausgearbeitet. Größe 169 cm, Spannweite 165 cm, Gewicht 71 kg. Die Brustdrüsen sind eben tastbar vergrößert, nicht druckschmerzhaft (Zustand nach früherer Gynäkomastie). Mangelhafter Bartwuchs (rasiert)

jedoch nur bohnen großen Hoden im Hodensack (Abb.3). Kleine Prostata. Brustdrüsen tastbar, kaum vergrößert, nicht druckschmerzhaft. — Allgemein internistische Durchuntersuchung einschließlich i.v. Pyelographie und Überprüfung auf Mißbildungen ohne krankhaften Befund. — *Blutbild*: 12 eindeutige Trommelschlegelanhängsel auf 500 polymorphkernige neutrophile Leukocytenkerne (Abb.4). Differentialblutbild normal. *Mundschleimhautabstrich* (Kresylviolett färbung): 29% Geschlechtschromatinkörper in 200 ausgezählten Epithelkernen. *Probeexcision aus dem li. Hoden*: Nativ ist das Gewebe dunkelrot und weich. Histologisch (Paraffin, Hämatoxylin-Eosin) stellt man fest, daß es fast nur aus Leydig-Zellen besteht (Abb.5). Diese sind teils tumorartig zusammengelagert mit pyknotischen Kernen, größtenteils aber ohne Degenerationszeichen klar zu übersehen. Nur ganz vereinzelt findet man Samenkanälchen (Abb.6). Die Lichtung der Samenkanälchen ist klein und die Basalmembran erscheint dick, jedoch nicht hyalinisiert. Als Auskleidung sieht man nur Sertoli-Zellen; eine Spermiogenese nirgends. Bindegewebig verschlossene Samenkanälchen sind nicht zu sehen. Das Geschlechtschromatin ist in 26% der einwandfrei übersichtlichen Leydig-Zellkerne (Abb.7) und in 21% der

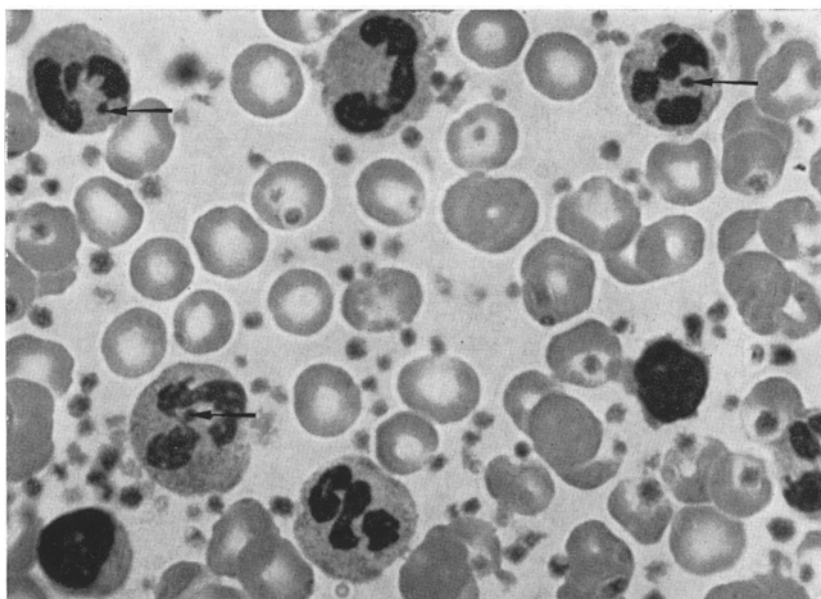


Abb. 4. Leukocyten-Anreicherungspräparat mit drei Trommelschlegelanhängseln in einem Gesichtsfeld. (Gesamtzahl der trommelschlegelförmigen Anhängsel 12 auf 500 polymorphkernige neutrophile Leukocyten, entsprechend dem Befund bei genetisch-weiblichen Individuen)

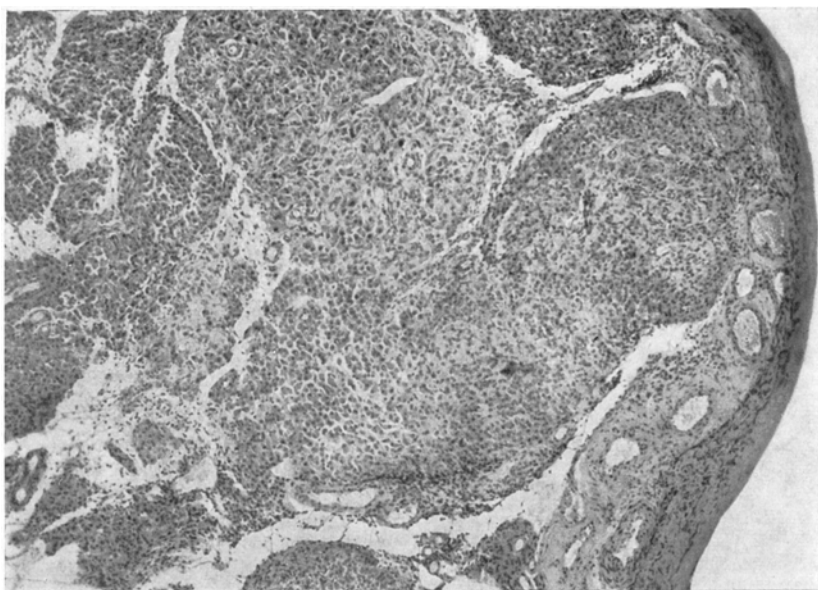


Abb. 5. Das Hodengewebe besteht fast ausschließlich aus Leydig-Zellen. Diese liegen teils übersichtlich nebeneinander, teils sind sie tumorartig zusammengeklumpt, wobei sie Kerndegenerationen und Atypien aufweisen (Probeexcisionspräparat aus dem linken Hoden, Alkoholfixation. Paraffin, Hämatoxylin-Eosin, Abm. etwa 100:1)

Kerne des Stratum Malpighi der *Skrotalhaut* nachzuweisen (Alkoholfixation, Paraffin, Feulgen-Nucleal-Reaktion). Die *17-Ketosteroidausscheidung* beträgt 12 mg/die (normal), die *Corticoidausscheidung* 20,5 mg/die (normal) im Mittelwert aus 3 Tagen bei geringer Schwankung.

**Klinische Diagnose.** Chromatin-positives, echtes Klinefelter-Syndrom.

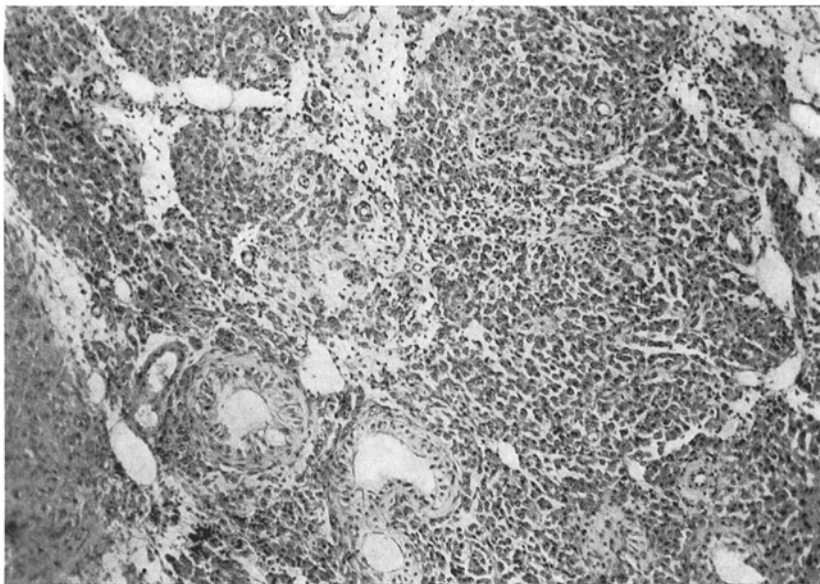


Abb. 6. Samenkanälchen findet man nur ganz vereinzelt in dem Hodenpräparat. Ihre Lichtung ist klein, die Wand erscheint verdickt, nicht hyalinisiert und die Auskleidung besteht nur aus Sertoli-Zellen (Präparation wie zuvor; Abm. etwa 250:1)

Das ist die charakteristische Leidensgeschichte eines Transvestiten, der von dem „unbändig starken Drang“ befallen wurde, weibliche Kleidung zu tragen und sich darin zu zeigen. Man darf wohl von einer Leidensgeschichte sprechen, denn — bei aller Selbstgefälligkeit — leidet der Patient. Er zeigt das auch gerne, wenn er schreibt: „Die vielen geweinten und ungeweinten Tränen, die in diesen 30 Jahren geflossen sind, würden auch den größten Verbrecher zum Weinen bringen, wenn er unverblümt meinen Lebenslauf als Tatsachenbericht lesen würde.“ Suicide wurden im Schrifttum, eine Verstümmelung des Genitales mir selbst bekannt. Dieser Patient äußert Ähnliches aber nicht. Seine Schilderung ist betont leidend und er wartet gerne mit Unwahrheiten auf, um seine weibliche Einstellung zu betonen, wie der Vergleich mit den Aussagen seiner Ehefrau zeigt. Er ist von mittlerer Intelligenz, im Beruf in Dauerstellung und anscheinend nicht unbeliebt, schreibt den Lebenslauf in leidlich guter Rechtschreibung und gibt auf Wunsch der Hausärztin seine Alkoholexzesse auf. Bemerkenswert ist, daß die erste

Verkleidung mit 16 Jahren in Szene gesetzt wird,  $\frac{1}{2}$  Jahr vor der Gynäkomastie. Während sonst der Beginn des Transvestitismus meist viel früher liegt. Und wieder sind es die Kleider der eigenen Schwester! Bemerkenswert ist aber auch, daß sich dieser Patient bewußt mit männlichem Hormon behandeln ließ, wozu ich keinen der mir bekannten Fälle (OVERZIER 1955,

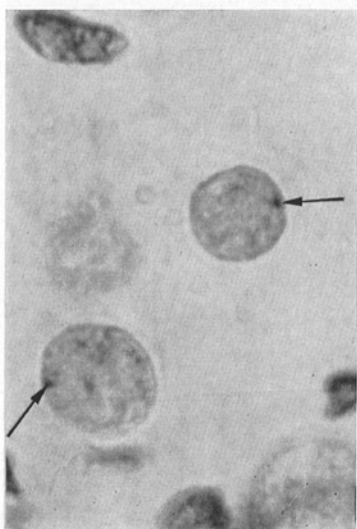


Abb. 7. Die Leydig-Zellen zeigen wandständige Geschlechtschromatin-Körper in den Kernen (26 : 100). Ein entsprechender Befund ist in der Haut und in den Kernen des Mundschleimhautepithels zu erheben, wie bei genetisch-weiblichen Individuen (Alkoholfixation, Paraffin, Feulgen-Nuclearreaktion, Abm. etwa 3000 : 1)

1956 und unveröffentlicht) überreden konnte. Einen Einfluß auf die psychopathologische Einstellung des Patienten hatte diese Behandlung übrigens ebenso wenig wie in meinen früheren Fällen, denen ich das männliche Hormon ohne Deklaration gab. Fälle mit reinem Klinefelter-Syndrom empfinden die Behandlung mit männlichem Hormon hingegen als wohltuend.

Über diese kurze Charakterisierung des Falles hinaus ist es aber nicht die Absicht meiner Veröffentlichung, auf das Problem der Psychopathologie des Transvestitismus im allgemeinen einzugehen. Es soll hier vielmehr die Besonderheit des Falles herausgestellt werden, nämlich, daß ein Klinefelter-Syndrom als somatische Grundlage des Transvestitismus gefunden wurde.

Als Klinefelter-Syndrom (KLINEFELTER u. Mitarb. 1942, HELLER u. NELSON 1945) wird eine Form des phänotypisch-männlichen Hypogonadismus bezeichnet, die meist mit einer Gynäkomastie im Alter von etwa 16—22 Jahren einhergeht. Die Hoden sind stark atrophisch, nur ganz vereinzelt wird einmal eine geringe Spermiogenese beobachtet. Die Wand der Samenkanälchen erscheint dick, teils auch hyalinisiert. Das hervortretendste Merkmal aber ist die starke Wucherung der Leydigischen Zwischenzellen. Das Klinefelter-Syndrom stellt die vollkommenste Form der Intersexualität dar: Früher als männlicher hypergonadotroper Hypogonadismus aufgefaßt, zeigte die Kerngeschlechtsuntersuchung, daß hier der Befund dem genetisch-weiblichen Individuen entspricht (PLUNKETT u. BARR 1956, BRADBURY u. Mitarb. 1956, NELSON 1956, JACKSON u. Mitarb. 1956)<sup>1</sup>. Auch mein Patient zeigt diese Kriterien. Ob dieser

<sup>1</sup> Eine ausführliche Darstellung des Klinefelter-Syndroms habe ich in meinem Referat „Klinik der Störungen der embryonalen Geschlechtsdifferenzierung“ zum Internistenkongreß 1958 gebracht.

chromatin-positive Kernbefund und der Leukocytenkernbefund mit Trommelschlegelanhängseln, wie bei weiblichen Individuen, auch bei Fällen von Intersexualität einem einfachen XX oder einem XXY, vielleicht auch einem XXX, XO oder XX/XO entspricht, muß heute noch offengelassen werden. Direkte Untersuchungen der Chromosomen scheiterten bislang an den technischen Schwierigkeiten. Gerade beim Klinefelter-Syndrom ist aber an die Möglichkeit einer besonderen

*Wir waren schon einige hundert Meter gelaufen, da kam plötzlich ein unbäuhiger starker Sturm über mich. Mein es keine schirmen gab. Ich wurde sofort nach Hause in. zog mich an wie ein Mäddchen so wie selbstverständlich.*

Abb. 8. Schriftprobe aus dem Lebenslauf des Patienten. (Zur Schrift männlicher Transvestiten vgl. JANSEN u. OVERZIER, Nervenarzt 1956, 122)

Chromosomen-Konstellation zu denken, nachdem auch Fälle mit unsicherem, bzw. in den Leukocyten und den Gewebekernen widersprechenden Befunden beobachtet wurden (PLUNKETT u. BARR 1956, RIIS u. Mitarb. 1956). Auf diese Problematik bin ich anderen Orts ausführlich eingegangen (OVERZIER 1958a). Feststeht, daß das Klinefelter-Syndrom eine echte Form der organischen Intersexualität ist.

Die vage Annahme eines „latenten“ Hermaphroditismus (DREYFUSS 1951, HAMBURGER 1953 u. a.) als allgemeine Grundlage des Transvestitismus ist klinisch-endokrinologisch nicht haltbar (OVERZIER 1955)<sup>1</sup>. Nur ganz vereinzelt findet man endokrin-gestörte Fälle, wie dies bei einem Patienten mit genetisch-männlichem Hypogonadismus von ARMSTRONG (1957) beschrieben wurde. Meine früheren Fälle zeigten keine endokrinen Störungen. Auch die Kerngeschlechtsdiagnose wies die hierauf untersuchten 19 männlichen Transvestiten meiner Reihe eindeutig als Männer und die 4 weiblichen eindeutig als Frauen aus (OVERZIER 1958c). Zu gleichem Ergebnis kamen BARR u. HOBBS (1954), BLEULER u. WIEDEMANN (1956) und LÜERS u. SCHULTZ (1957) bei insgesamt 13 männlichen und 4 weiblichen Transvestiten. Im vorliegenden Fall handelt es sich also sicher um eine Ausnahme.

Kürzlich haben WALTER u. BRÄUTIGAM (1958) ebenfalls das Vorkommen eines Transvestitismus beim Klinefelter-Syndrom in einem Falle beobachtet: Dieser Patient hatte jedoch einen angedeuteten eunuchoiden

<sup>1</sup> HEMPHILL u. Mitarb. (1958) untersuchten 64 Homosexuelle während der Strafverbüßung und fanden bei diesen ebenfalls nie endokrine Ausfälle. MANTHEY (1958) erwähnt einen Fall von primärer postpuberaler Hodenatrophie.



Hochwuchs (Größe 183 cm, Spannweite 185 cm), eine Eunuchenstimme, relativ schmale Schultern und breite Hüften, völliges Fehlen von Bart- und Axillarhaaren und auch im Alter von 32 Jahren noch eine doppel-seitige Gynäkomastie. Die 17-Ketosteroide waren mit 5,3 mg/die im Harn erniedrigt, die Corticoide normal. Während der Fall WALTER-BRÄUTIGAM phänotypisch schwerere dysplastische Züge aufwies, jedoch eine stärkere Entwicklung der Samenkanälchen bei deutlicher Erniedrigung der 17-Ketosteroideausscheidung hatte, ist die 17-Ketosteroidausscheidung in meinem Fall offenbar infolge der ganz excessiven Vermehrung der Leydig-Zellen normal und der Phänotyp des Patienten durchaus männlich. Mein Patient war nicht homosexuell, wie die überwiegende Zahl der Transvestiten nicht homosexuell zu sein scheint (BÜRGER-PRINZ u. Mitarb. 1953, OVERZIER 1955). Der Patient von WALTER und BRÄUTIGAM verhielt sich seit dem 16. Lebensjahr homosexuell, aber erst mit 28 Jahren wurde er Transvestit. Verglichen mit den übrigen Beobachtungen ist das ein sehr später Beginn des Transvestitismus. Spät war auch der Beginn mit 16 Jahren bei meinem Patienten. Ob die Gynäkomastie, ebenso wie in meinem Fall, zeitlich und — wie wohl diskutabel — auch ursächlich fördernd mit der ersten Neigung zum Transvestitismus in Zusammenhang zu bringen ist, kann den Angaben nicht entnommen werden.

ZÜBLIN (1953) untersuchte 6 Patienten im Alter von 16—57 Jahren mit Klinefelter-Syndrom psychiatrisch. Die Diagnose wurde durch Testisbiopsie und Hormonuntersuchung gesichert. Eine Aufteilung in das genetisch-weibliche echte Klinefelter-Syndrom und den genetisch-männlichen hypergonadotropen Hypogonadismus (das falsche Klinefelter-Syndrom) war damals mangels Kenntnis dieser Unterscheidung noch nicht möglich. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird von ZÜBLIN dahingehend zusammengefaßt, daß alle Patienten psychisch auffällig waren, aber nicht psychotisch: Die Störungen betrafen die Intelligenz, die Affektivität, affektive Beziehungen, Antrieb im allgemeinen Sinne und verschiedene Einzeltriebe. ZÜBLIN führt die Psychopathologie dieser Patienten (vielleicht mit Ausnahme der Debität) auf die Drüsenstörungen zurück, betont aber, daß die Psychopathologie nicht für die streng umrissene hormonale Störung des Klinefelter-Syndroms spezifisch sei. Er ordnet sie — ebenso wie BLEULER (1957) selbst — dem unspezifischen endokrinen Psycho-Syndrom (BLEULER 1954) zu. Heute wissen wir, daß das echte Klinefelter-Syndrom bei Debiten gehäuft vorkommt (CORNWELL u. HERRMANN 1958, FERGUSON-SMITH 1958, OVERZIER 1958 c, PRADER 1958 u. a.), wobei die Debität jedoch kein obligates Symptom des Klinefelter-Syndroms ist. Die Intelligenz meines Patienten ist nicht herabgesetzt. Seine Kritiklosigkeit in der Selbsteinschätzung ist Ausdruck des Transvestitismus.

Nachdem nun 1956 die genetische Besonderheit des Klinefelter-Syndroms bekannt wurde, hat sich MANTHEY 1958 mit der psychologischen Situation von Männern mit Hypogonadismus befaßt: Zu den vier Fällen von Klinefelter-Syndrom wird aber nur bemerkt, ihre Psyche sei „charakterisiert durch vermehrte weibliche Tendenzen und Mutteridentifikationen“. Eine größere Zahl von Klinefelter-Fällen — 36 — untersuchten RABOCH u. NEDOMA (1958). Sie kommen zu dem Schluß, daß die sexuellen Neigungen durch die chromosomal-weibliche Konstellation nicht beeinflußt wird, weil 32 ihrer Fälle eindeutig heterosexuell veranlagt waren und vier „infantil“. Transvestitismus wird nicht erwähnt.

Wahrscheinlich leidet  $1\frac{0}{100}$  der männlichen Bevölkerung am Klinefelter-Syndrom (PRADER 1958). Die Häufigkeit des Transvestitismus, der sicher wesentlich seltener ist, kann kaum geschätzt werden. Selbstverständlich ist ein zufälliges Zusammentreffen des Transvestitismus mit dem Klinefelter-Syndrom möglich. Näher läge wohl die Erklärung, daß Menschen mit mangelhafter genetischer Anlage eher zum Transvestitismus neigen, wenn die übrigen psychischen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Hierfür könnte in meinem Fall der Beginn etwa mit der Gynäkomastie sprechen. Bemerkenswert ist aber, daß eine große Übersicht über Fälle von echtem Hermaphroditismus gezeigt hat, wie sehr die Erziehung den Vorrang vor dem ausgebildeten Keimdrüsengewebe hat (OVERZIER 1955, 1958 b): Echte Hermaphroditen werden sexuell nicht auffällig und bleiben meist bei dem Geschlecht ihrer standesamtlichen Eintragung. Nur  $10\frac{0}{100}$  fühlen sich falsch eingetragen. Die genetisch-männlichen, phänotypisch aber ganz weiblichen Personen mit dem Syndrom der testikulären Feminisierung fühlen sich ganz als Frauen. Ihre Hoden werden erst bei einer operativen Revision erkannt, wenn sie z. B. wegen der primären Amenorrhoe oder der Kinderlosigkeit zum Arzt gehen. So schwer Klinefelter-Patienten endokrin gestört sein können, sie zweifeln nie daran, Männer zu sein. Patienten mit Klinefelter-Syndrom empfinden wie Männer. Sie werden Soldat und heiraten. Schwierigkeiten treten dann eventuell wegen ihres Hypogonadismus, der Kinderlosigkeit und der Potenzschwäche, auf. Die Ehefähigkeit ist durch eine Substitutionstherapie mit männlichen Hormonen zu verbessern.

Die gleiche ablehnende Haltung, die ich früher (OVERZIER 1955) der verstümmelnden operativen „Umwandlung“ von Transvestiten entgegenbrachte, nehme ich auch in dem vorliegenden Fall ein. Gewiß könnte man argumentieren, daß dieser Patient genetisch-weiblich sei oder jedenfalls eine weiblich betonte Konstellation der Geschlechtschromosomen besitze, folglich ein Recht habe, als Frau zu gelten. Sicher werden wir echte Hermaphroditen durch operative Korrektur und Entfernung des widersprechenden Keimdrüsengewebes dem gewünschten Geschlecht

zuweisen. Wir dürfen aber nicht übersehen, daß der Transvestitismus eine schwere psychopathologische Störung ist. Diese ist durch eine operative vermeintliche Korrektur nicht zu beheben. Mein Patient würde auch als „Frau“ nicht den gewünschten Ausgleich finden und für die menschliche Gesellschaft tragbarer werden.

Der Transvestitismus ist ein Psycho-Syndrom, das durchweg unabhängig von der chromosomalen und hormonalen Lage des Patienten auftritt. Das genetisch-weiblich determinierte Klinefelter-Syndrom kann aber die Tendenz zum Transvestitismus fördern, wie der hier mitgeteilte Fall zeigt.

### Zusammenfassung

Nach dem Chromatinbefund der Gewebekerne und der Form der Leukocytenkerne entspricht das genetische Geschlecht der Transvestiten durchweg der anatomischen Keimdrüsenformation. Hier wird jedoch der Fall eines 46 jährigen organisch-intersexuellen männlichen Transvestiten mitgeteilt, der dem Klinefelter-Syndrom mit einem Kernbefund wie bei weiblichen Individuen zuzuordnen ist: Der Geschlechtsschromatinbefund in den Kernen der abstreichbaren Mundepithelien, der Scrotalhaut und den Leydig-Zellen, 12 Trommelschlegelanhängsel an 500 polymorphkernigen neutrophilen Leukocyten, die schwere Hodenatrophie mit excessiver Vermehrung der Leydig-Zellen und eine mit 16½ Jahren durchgemachte Gynäkomastie demonstrieren den organischen Befund. Der erste Drang zum Transvestitismus trat relativ spät mit 16 Jahren, ein halbes Jahr vor der Gynäkomastie auf. Die mit der genetischen Störung verbundene endokrine, speziell sexuelle Schwäche dürfte in diesem Falle fördernd auf das Psychosyndrom des Transvestitismus gewirkt haben. Transvestiten sind aber nicht generell als „latente“ Hermaphroditen anzusehen. Auch für den vorliegenden Fall wird eine „Umwandlungsoperation“ abgelehnt.

### Literatur

- ARMSTRONG, C. N.: Transvestitism. Symposium on Nuclear Sex. London 1957. — BARR, M. L., u. G. E. HOBBS: Chromosomal sex in transvestites. *Lancet* **1954**, 1109. — BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart 1954. — Das endokrine Psychosyndrom. 5. Symposion der Dtsch. Ges. f. Endokrinologie, 1957, S. 4 Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1958. — BLEULER, M., u. H.-R. WIEDEMANN: Chromosomengeschlecht und Psychosexualität. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **195**, 14 (1956). — BRADBURY, J. T., R. G. BUNGE and R. A. BOCCABELLA: Chromatin test in Klinefelter's syndrome. *J. Clin. Endocr.* **16**, 689 (1956). — BÜRGER-PRINZ, H., H. ALBRECHT u. H. GIESE: Zur Phänomenologie des Transvestitismus bei Männern. Stuttgart 1953. — CORNWELL, J. G., and W. HERMANN: Intersexuality in mentally deficient patients. *Acta endocr. (Kbh.)* **27**, 369 (1958). — DREYFUS, J. R.: Der Geschlechtswechsel beim Hermaphroditismus. *Schweiz. med. Wschr.* **1951**, 6. — FERGUSON-SMITH, M. A.: Chromatin-positive Klinefelter's-syndrome (Primary microrchism). *Lancet* **1958**, 928. — HAMBURGER, CHR.: The desire for change of sex

as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta endocr. (Kbh.)* **14**, 361 (1953). — HEMPHILL, R. E., A. LEITCH and I. R. STUART: A factual study of male homosexuality. *Brit. med. J.* **1958I**, 1317. — HELLER, C. G., and W. O. NELSON: Hyalinization of the seminiferous tubes associated with normal or failing Leydig-cell function. Discussion of relationship to eunuchoidism, gynecomastia, elevated gonadotropins, depressed 17-ketosteroids and estrogens. *J. Clin. Endocr.* **5**, 1 (1945). — JACKSON, W. P. U., B. G. SHAPIRO, C. J. UYS and R. HOFFENBERG: Primary male hypogonadism with female nuclear sex. *Lancet* **1956II**, 857. — KLINEFELTER, H. F. jr., E. C. REIFENSTEIN jr. and F. ALBRIGHT: Syndrome characterised by gynecomastia, aspermatogenesis without a-Leydigism, and increased excretion of follicle-stimulating hormone. *J. Clin. Endocr.* **2**, 615 (1942). — LÜERS, TH., u. I. H. SCHULTZ: Chromosomales Geschlecht und Sexualpsyche. *Ärzt. Wschr.* **1957**, 249. — MANTHEY, H. G.: Psychological studies in cases of male gonadal insufficiency. *Acta Endocr. (Kbh.)* **28**, 213 (1958). — OVERZIER, C.: Beitrag zur Kenntnis des männlichen Transvestitismus. *Z. Psychother. med. Psychol.* **5**, 152 (1955). — Hermaphroditismus verus. *Acta Endocr. (Kbh.)* **20**, 63 (1955). — Neuere Methoden der Geschlechtsdiagnose beim Menschen und ihre Bedeutung für die Intersexualitätsforschung. 55. Vers. d. Dtsch. Anat. Ges., 1958a, z. Z. im Druck in den Verhandlungsberichten. — Klinik der Störungen der embryonalen Geschlechtsdifferenzierung. 64. Tagung der Dtsch. Ges. f. inn. Med., S. 425 (1958) München: J. F. Bergmann. — Das chromosomale Geschlecht bei Transvestitismus. *Dtsch. med. Wschr.* **1958c**, 181. — OVERZIER, C., u. E. JANSEN: Zur graphologischen und textkritischen Beurteilung der Schrift männlicher Transvestiten. *Nervenarzt* **1956**, 122. — PLUNKETT, E. R., and M. L. BARR: Congenital testicular hypoplasia. *Anat. Rec.* **124**, 348 (1956). — PLUNKETT, E. R., and M. L. BARR: Testicular dysgenesis affecting the seminiferous tubules principally, with chromatin-positive nuclei. *Lancet* **1956II**, 853. — PRADER, A.: Klinik der Störungen der embryonalen Geschlechtsdifferenzierung. 64. Tagung der Dtsch. Ges. f. inn. Med., S. 479 (1958), München: J. F. Bergmann. — RÄBOCH, J., and K. NEDOMA: Sex chromatin and sexual behavior. *Psychosom. Med.* **20**, 55 (1958). RIIS, P., S. G. JOHNSON u. J. MOSBECK: Nuclear Sex in Different Types of Severe Male Hypogonadism. *Lancet* **1957II**, 162. — WALTER, K., u. W. BRÄUTIGAM: Transvestitismus bei Klinefelter-Syndrom. Kasuistischer Beitrag zur Problematik von Geschlechtsrolle und genetischem Geschlecht. *Schweiz. med. Wschr.* **1958**, 357. — ZÜBLIN, W.: Zur Psychologie des Klinefelter-Syndroms. *Acta Endocr. (Kbh.)* **14**, 137 (1953).

Professor Dr. CLAUD OVERZIER,  
Oberarzt der Med. Univ.-Klinik Mainz, Langenbeckstr. 1