

## UN CAZ DE PSEUDOHERMAFRODITISM ȘI IMPLICAȚIILE SALE

Gh. Grecu, A. Ureche, Mirela Becuș

Pseudohermafroditismul masculin se definește ca o stare intersexuală întilnită la indivizi care deși genetic aparțin sexului masculin, prezintă o ambiguitate a organelor genitale externe (testicule disgenetice), sau din contră o conformație genitală externă incompatibilă cu sexul gonadic (1—22). Prezența acestor anomalii se explică embriologic prin intervenția unor factori feminizanți, care duc la un eșec al testiculului fetal în funcția sa de suprimare completă a canalelor mülleriene și de a masculiniza perfect structurile genitale externe (1—3, 5, 7—16, 19, 21).

În funcție de configurația malformațiilor organelor sexuale externe (proportionale cu intensitatea de acțiune a factorilor feminizanți), ale căror limite variază de la o dezvoltare completă a penisului pînă la prezența unor organe genitale feminine cu dezvoltarea excesivă a clitorisului, se descriu mai multe tipuri de pseudohermafroditism masculin (1, 3, 14, 17, 21, etc.):

- a) cu morfologie genitală externă feminină (testicule vulvare sau abdominale);
- b) cu hipertrofie clitoridiană, sub clitoris deschizîndu-se meatul urinar;
- c) cu cavitate sinuziană în care se deschid uretra și vaginul, dar cu morfologie intersexuală și scrot bifid;
- d) cu morfologie genitală externă masculină (penis hipospad cu corpi cavernoși), în timp ce organele genitale interne pot fi de conformație masculină, feminină sau ambisexuală.

Din cele de mai sus se poate deduce motivația prin care primele două tipuri sînt declarate la naștere de sex feminin, așa cum a fost și cazul nostru: T. L. în vîrstă de 25 ani, absolventă a 8 clase elementare și trei profesionale, muncitoare calificată. S-a născut la termen și a prezentat o dezvoltare psihosomatică armonioasă pînă la preadolescență cînd a sesizat apariția pilozității bărbii (pe care a început să o depileze) și că „ea prezintă o creștere staturală excesivă, mai deosebită față de prietenele ei.“ Fenomenele amintite au început să o neliniștească și să le trăiască dureros, ajungînd în cele din urmă la o trenantă stare depresiv-nevrotică, dublată uneori de idei și preocupări autolitice, pentru care s-a internat (F. O. 1559 din 1977).

Din analiza datelor genealogice (pe trei generații) și anamnestică (cu excepția celor amintite mai sus), nu se evidențiază alte elemente de importanță patologică. La examenul general și obiectiv se constată o persoană de statură înaltă cu unele trăsături fizice ce o apropie mai mult de sexul masculin (glande mamare hipoplazice, țesut adipos redus cu distribuție masculină, voce îngroșată și de tonalitate joasă, pilozitate masculină



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2

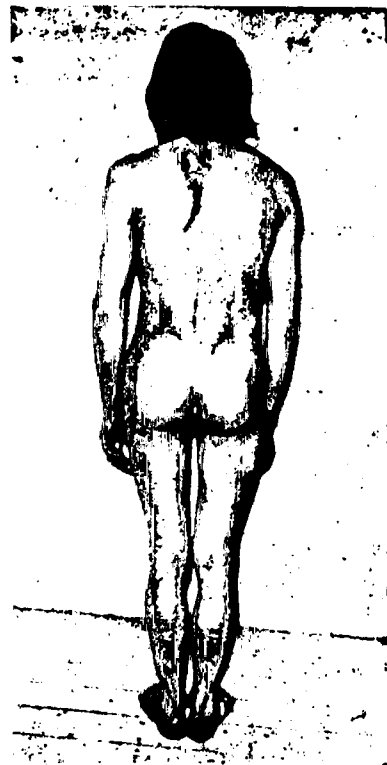


Fig. nr. 3



*Fig. nr. 4*



*Fig. nr. 5*

etc.), decît de cel feminin (tegumente mai fine și subțiri, pilozitate pubiană).

Organele genitale externe au o conformație de intersexualitate, relevate printr-o masculinizare incompletă, cu un penis de dimensiuni mici și încurbat cu hipospadias penoscrotal și criptorhidie incompletă stîngă (fig. nr. 4 și 5).

Restul examinărilor pe aparate și sisteme ne-au dat rezultate normale, iar din examinările de laborator redăm următoarele: V.S.H. — 3/8, Leucocite — 7900, Hgb. — 15,4 %, Hematocrit — 56 %, Glicemie — 98 mgr<sup>o</sup>%, Urina — negativ, 17 CS—25,46, 170 HCS—5,6, Uree — 13, Na — 138, K — 4,6, Cl — 100, F.O. — normal, Cromatina sexuală — negativă, Cromozomi 46, XY (Cariotip masculin normal).

Datele obținute ne pun în fața unui caz de pseudohermafrodisism masculin, declarat la naștere ca aparținînd sexului feminin și crescut ca atare pînă la pubertate și adolescență, cînd dezvoltarea fizică și a altor caractere sexuale (chiar imature) i-au schimbat și comportamentul psihosexual în direcția sexului masculin, ajungînd la început la un erotism platonice și masturbare „cu imagini feminine“, iar mai tîrziu chiar la încercări nereușite de raporturi sexuale cu femei.

De obicei, în funcție de capacitatea funcțională a celulelor Leydig, pseudohermafrodiții masculini la pubertate, prezintă o virilizare genitală și somatică de grade diferite. Tocmai de aceea pseudohermafrodisismul masculin devine mai evident la pubertate; pînă atunci individul trăindu-și comportamentul sexual în conformitate cu educația feminizantă pe care a primit-o din partea mediului familial și social. Dar, după cum am observat îș noi, această orientare obținută prin educație și o oarecare influență socială nu este suficientă, deoarece în comportamentul psihosexual intervin și alți factori eredoconstituționali mai profunzi, precum și experiența sexuală proprie a individului.

Treptat fenomenul de hiperconștientizare a „malformațiilor“ sale genitale, care l-au dus la o falsă identitate pe care nu o mai accepta, au condus încet la constituirea unui complex de inferioritate (anihilat uneori, pentru scurt timp, de consumul exagerat de băuturi alcoolice), acompaniat din ce în ce mai mult de fenomene nevrotice și în cele din urmă de o adevărată stare depresivă de tip nevrotic, pe fondul căreia periodic apăreau atît idei și preocupări autolitice, cît și ideile și dorința compensatoare de a cere schimbarea legală a sexului și corectarea medico-chirurgicală a organelor genitale. În această stare a ajuns pînă acolo încît își învinuia părinții și „moașa“ pentru că nu au fost atenți și l-au declarat de alt sex. De fapt, pe măsură ce bolnavul nostru a devenit conștient de „anormalitățile“ somatico-genetice și-a creat o dezarmonie și în raporturile sale cu mediul socio-familial.

Pornind de la aceste aspecte am considerat că este necesar să ajutăm bolnavul printr-o psihoterapie adecvată și rațională, spre orientarea sa către sexul care-i corespunde cel mai bine endogenității și exogenității sale, și ca atare să fim de acord cu schimbarea legală și corectarea me-

dico-legală a sexului, ceea ce a contribuit foarte mult la reducerea simptomelor depresiv-anxioase și nevrotice. În rezolvarea acestui caz am ținut seama și de ideile lui *Bleuler* (3), care susține că intervențiile medico-chirurgicale nejustificate de dorința individului, fiind făcute doar din și pentru considerente teoretice, pot să ajungă la impunerea unui aspect exterior „care va fi pentru EUL său subiectiv mai oribil decât malformația primară“, ceea ce de fapt odată cu schimbarea sexului și instalarea unui sentiment de neapartenență la „nimic“ și pierderea identității sexului lor ar duce la augmentarea tulburărilor psihice, ajungând uneori, chiar la suicid (3, 22).

În concluzie, cazul prezentat socate în evidență faptul că aspectele psihopatologice, mai frecvent de tip nevrotico-depresiv, endocrine, terapeutice și medico-legale, întâlnite în pseudohermafroditismul masculin cer o rezolvare multidisciplinară și o psihoterapie de susținere dirijată în vederea unei adaptabilități armonioase la condițiile existenței sale sociale.

*Sosit la redacție: 29 mai 1978.*

Bibliografia

1. *Ajuriaguerra J.*: Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Ed. Masson, Paris, 1971; 2. *Barr L. M.*: The significant of nuclear sexing. In: Modern Perspectives in World Psychiatry, Edyted by J. G. Howells, Ed. Brunner/Mazel, New York, 1971, 20; 3. *Bleuler M.*: Endokrinologische Psychiatrie. Ed. Thieme, Stuttgart, 1954; 4. *Chapman A. H., Saslow G., Watson F.*: Psychosomat. Med. (1951), 13, 212; 5. *Clément R.*: Presse méd. (1968), 76 21, 1013; 6. *Disertori B., Piazza M.*: Trattato di Psichiatria e Socio-Psichiatria. Ed. Liviana Editrice, Padova, 1970; 7. *Gilbert-Dreyfus M.*: Actualités endocrin. (1960), 1, 1; 8. *Hamblen E. C., Carter F., Zanartu J.*: Amer. J. Obst. Gyn. (1951), 61, 1; 9. *Ionescu B., Grigorescu A.*: Stud. Cercet. Endocrin. (1969), 5, 425; 10. *Josso N., Frézal J., Pellerin D., Cukier J., Nézélof C., Grouchy J., Lamy M.*: Presse méd. (1966), 74 39, 1999; 11. *Jost A.*: Recent Progr. Hormone Res. (1963), 2, 379; 12. *Kaplan M. B.*: New Engl. J. Med. (1959), 261, 641; 13. *Lennox B.*: Lancet (1959), 277, 591; 14. *Milcu Șt. M., Dănila-Muster Aneta*: Endocrinologie ginecologică. Ed. Acad. R.S.R., București, 1977; 15. *Money J.*: Sexology (1961), 28, 154, 250; 16. *Norris A. S., Keettel W. C.*: Amer. J. Obst. Gyn. (1962), 84, 719; 17. *Overzier C.*: Rev. Lyon. Méd. (1965), 14, 125; 18. *Pozzi S.*: Rev. Gynéc. Chir. Abdom. (1911), 16, 269; 19. *Southern A., Tochimoto S., Carmody N., Rugi K.*: J. Clin. Endocrin. (1965), 11, 1441; 20. *Starkova N., Kotova G.*: Probl. endokrin (1968), 6, 10; 21. *Stoica T.*: Sexologie. Ed. medicală, București, 1972; 22. *Stoller R. J.*: Int. J. Psycho-Anal. (1964), 45, 220.