

EL DESEO DE CAMBIAR DE SEXO, UN MAL ANTIGUO

por el

Dr. J. VAGUE

La Presse Medicale, pág. 949, 23 de mayo de 1956.

Desde hace unos diez años los médicos se han enfrentado con un nuevo síndrome: el deseo de cambiar de sexo mediante un tratamiento hormonal conjugado con una intervención quirúrgica. Hasta el 3 de diciembre de 1952 la profesión médica no se enteró de las particularidades del caso traído por Hamburger. Durante el año 1953, Hamburger recibió 755 cartas de 465 enfermos (357 hombres y 108 mujeres) que deseaban esta transformación. Las cartas procedían de casi todos los países de la Europa occidental, e excepción de Portugal y Yugoslavia, con una gran mayoría del Norte de Europa; otras procedían de Asia, de Africa y de Australia. Ciento ochenta, o sea el 38 por 100, procedían de los Estados Unidos. La epidemia aparece mundial, a excepción de los países soviéticos, y el principal era el americano.

I.—Comportamiento común de estos enfermos.

a) Los hombres que desean ser transformados en mujer es tres veces más numeroso que las mujeres que expresan deseo inverso, y cuentan con ligeras variantes, la misma historia (Worden, Marsh y Hamburger). En su infancia desearon ser niña prefiriendo juegos femeninos. Más tarde, a medida que se desarrollaba su consciencia y cultura, han adquirido la convicción de que eran seres femeninos, debiendo, por tanto ser comprendidos y protegidos; la afección hacia los vestidos femeninos que estos sujetos coleccionan o se visten, para lucirlos, bien solos o con algunos amigos, e incluso públicamente. No es raro que se casen algunas veces con el fin de curar su obsesión, lo que es un verdadero calvario para ambos cónyuges. La consciencia de sentirse mujeres sigue una evolución en ocasiones intermitentes, con reacciones neuróticas, pero con el carácter normal en el desempeño de su actividad profesional y del sentido artístico.

Tanto los psiquiatras como los endocrinólogos son materialmente asediados por estos pacientes con la exigencia de su feminización completa, usando, en ocasiones, la amenaza del suicidio. Muchos se han sometido a una estrogenoterapia intensiva; todos reclaman con insistencia la castración quirúrgica, y la mayor parte desean una feminización completa.

b) Mucho menos numerosas son las mujeres que desean ser transformadas en hombres; desde su infancia sienten predilección por los

juegos de niños, vestidos masculinos, etc. La ausencia de apetito sexual para el varón, la mayor parte de estas mujeres tienden a la relación homosexual con las prerrogativas del varón.

II.—El mecanismo de la constitución de este síndrome.

Este mecanismo puede ser visto desde dos ángulos:

a) Su aspecto psicológico. Las raíces subconscientes de estos sujetos se muestran afectuosos con el padre del sexo opuesto y hostil al otro, necesidad de llamar la atención, etc. La mayor parte de estas concepciones psicogénicas asocian en forma contradictoriamente la negación metafísica habitual del alma. La misión del médico en estas circunstancias debe ser más modesta y más cercana a lo que registran sus sentidos. En efecto, las taras nerviosas tienen siempre una base orgánica. Así, no es porque su madre se hubiese desposado en segundas nupcias con el general Aupick por lo que Baudelaire desarrollase una neurosis que alimentó más tarde su genio, sino porque el gran escritor tenía ya una constitución neurótica que se mostró sensible a un conflicto banal. Un niño sano no guarda la menor huella de parecidos traumatismos sentimentales, como no la guarda de haber padecido su sarampión. Ninguno de estos conflictos inconscientes explican estos fenómenos de conciencia.

b) El análisis clínico de estos pacientes es rico en enseñanzas.

Como los homosexuales, son juzgados con frecuencia anatómicamente normales por los psiquiatras. En distintas ocasiones, Vague se ha opuesto a esta concepción, repetida desde Ulrich del *anima mulieris in corpore virili* incluso. Entre los centenares de homosexuales que ha explorado el autor, no ha habido uno sólo que tuviese una diferenciación normal. Lo mismo ha comprobado en los hombres que desean cambiar de sexo. Un sistema piloso abundante y la normalidad de los órganos sexuales externos bastan a menudo para afirmar que son normales desde el punto de vista físico. Pero si no se olvida la exploración del reparto de grasa y las relaciones óseas escapulo-pelvianas, hay que considerarlos casi siempre como anormales. Lo mismo acontece para mujeres que desean cambiar de sexo y las indiscutiblemente homosexuales; tendencias poco acusadas, la sensibilidad a la caricia homosexual forma parte de la naturaleza femenina normal.

En la actualidad, el sexo genético puede explorarse mediante el examen de la cromatina nuclear de la epidermis y de los granulocitos. Mediante estos estados, la cromatina era masculina en cinco hombres vistos por Barr y Hobbs, y femenina en un hombre tratado por Klotz.

En proporción variable el 7 por 100 de los hombres de treinta a cincuenta años presentan una diferenciación e instintos femeninos; 3 por 100 de las mujeres entre los treinta y treinta y nueve años, y 12 por 100 entre los cincuenta a cincuenta y nueve años, tienen una diferenciación e instintos de varón. Es exclusivamente en esta importante minoría de la población en la cual la diferenciación somática está de acuerdo con

el sexo gonadal y gonofórico, entre los que se reclutan las tendencias sexuales más o menos invertidas.

c) Génesis del síndrome.—El deseo obsesivo de cambiar de sexo, del cual existen, hoy día, miles de casos en el mundo, no aparece más que como una modalidad nueva de un fenómeno común, muy antiguo, que constituyen la conjugación de taras nerviosas y de una diferenciación sexual anárquica.

La mitología se encuentra llena de casos de este género. El abate de Choisy, los caballeros de Eon, han tenido innumerables imitadores en los bajos fondos de las grandes ciudades, siempre los mismos que traducen con sus extravagancias la disimulada inmortalidad de la cromatina.

Nuestra época suministra a este síndrome una ocasión doble de manifestarse. Los progresos de la terapéutica hormonal, los éxitos quirúrgicos, la publicidad hecha del tema por unos y otros en la gran prensa, transforman en esperanza lo que antes no era más que un sueño.

Por otra parte, Vague no cree oportuno hacer un juicio acerca del valor de que la sociedad occidental actual tienda a reconstituirse sobre un tipo matriarcal que había desaparecido desde la guerra de Troya. Más o menos impregnados de árabes, los latinos permanecen hostiles a esta concepción matriarcal. Pero los pueblos nórdicos no están lejos de adoptarla y es precisamente entre ellos en los que se dan la mayor parte de los casos de este síndrome.

Dejando a un lado toda cuestión de derecho y de moral, la experiencia de Vague es que los sujetos que en la edad adulta se encuentran insuficientemente diferenciados como para solicitar el cambio de sexo, permanecerán así, se haga lo que se haga, al menos en el estado actual de nuestros conocimientos. Sus taras son mucho más profundas y mucho más generalizadas. Al intentar esta normalización engendrarán otros sufrimientos que se añadirán a los de que con frecuencia nos hablan, con el peligro de multiplicar la epidemia.

Existen en Francia más de un millón de adultos cuya diferenciación somática se encuentra en desacuerdo con el de las gonadas y el de las vías genitales. No es, por tanto, dudoso que si la feminización o la masculinización fueran tan asequibles como la ejecución de una apendicectomía serían millares los solicitantes para obtener el cambio de sexo.

LA PARALISIS PERIFERICA DEL FACIAL EN LAS FRACTURAS DEL TEMPORAL

por el

DR. K. KETTEL

Las fracturas del temporal pueden ser divididas en dos grupos: las fracturas longitudinales y las transversales. Las primeras son, con mucho, las más frecuentes; son también las que entrañan mejor pronóstico, tanto desde el punto de vista vital, como del funcionamiento cocleo-vestibular. Las fracturas longitudinales han originado la parálisis facial entre el 10 al 18 por 100 de los casos, y las fracturas transversales en el 50 por 100.

Estas parálisis pueden ser divididas en dos grupos: las inmediatas y las tardías. Estas últimas son de un pronóstico más favorable que las inmediatas. Las parálisis inmediatas no desaparecen completa y espontáneamente más que en el 75 por 100 de los casos.

Existen indicaciones precisas del tratamiento quirúrgico de la parálisis facial secundaria a fracturas del temporal.

El autor hace resaltar las dificultades para la selección de casos justificables de una «reparación» del facial. Estima que debe realizarse una exploración del nervio en todos los casos de parálisis inmediata cuando lo permite el estado general del paciente. Así se puede, en ocasiones, comprobar un punto accesible por donde se pueda atacar al nervio, pero en muchas ocasiones esta exploración es imposible. Se debe entonces, después de alrededor de dos meses de observación, si no existen signos de regeneración funcional del nervio, sospechar una lesión grave y practicar una descompresión.

Cuando se trata de una parálisis tardía, los primeros signos de regeneración aparecen antes de los dos meses. Si no se comprueban se deberá proceder como si fuese un caso de parálisis inmediata.

En los enfermos de parálisis persistente con abolición completa o parcial de la función facial, se debe practicar una intervención exploradora para establecer si los músculos no han sufrido atrofia y localizar la lesión. Con ello no se pierde nada y puede ganarse mucho.

Si la recuperación es parcial y funcionalmente satisfactoria, las indicaciones de la descompresión son relativas, porque es imposible predecir la mejoría que con la intervención se va a lograr.

Si el punto de la lesión facial es quirúrgicamente inaccesible, se puede intentar una anastomosis de este nervio con otro craneal apropiado.

En todos los casos en los que se ha utilizado un tratamiento conservador o quirúrgico, se debe mantener y activar la función muscular mediante masajes y estimulación galvánica hasta obtener un resultado correcto.