

ABUZUL SEXUAL LA MINORE: PRECIZĂRI LEGALE ȘI MORFOLOGICE

Conf. Dr. L. Hecser

Disciplina de Medicină Legală, U.M.F. Tg. Mureș

REZUMAT

Abuzul sexual este o infracțiune prevăzută în legea penală. Examinarea ginecologică, dar mai ales medico-legală, în cazurile care există declarația abuzului sexual la copii și adolescente, are semnificația de a răspunde la două întrebări. Acestea se referă la prezența semnelor în corelație cu prezumpția și prezența unor semne fizice care nu se datoresc abuzului sexual.

În materialul prezentat se analizează unele aspecte privind morfologia himenului la copii și adolescente, cu opinie personală.

Cuvinte cheie: Abuz sexual la minore; morfologia himenului

ABSTRACT

Sexual abuse in under age: legal and morphological explanations

The sexual abuse is an offence with legal stipulations. Gynecological, but mainly a special forensic examination of allegedly sexually abused child and adolescent is looking for answer to two questions. This refers to the present of signs that are capable of corroborating the allegations, and to the present of any physical signs other than sexual abuse.

In this material some aspects of morphology of hymen in children and adolescents, with personal opinions are analysed.

Key words: Sexual abuse in under age; hymenal morphology

Libertatea sexuală este protejată de relațiile sociale și de legislație. Abuzul sexual, care interesează atât persoanele de sex feminin, cât și cel bărbătesc, are referință juridică, socio-morală și culturală (39). Predominanța cazurilor în practică reprezintă sexul feminin la care implicațiile, pe lângă medicale, sunt juridice penale, civile. Elementul probațional în acest domeniu este administrat, în particular, de medicina legală.

Incidența semnificativă a cazuisticii se referă la viol, prevăzut și pedepsit de art. 197 Cod penal care precizează „actul sexual de orice natură, cu o altă persoană prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-și exprima voința, se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani”. Alin. 3. precizează gravitatea infracțională în cazul violului la persoane sub 14 ani.

Actul sexual cu un minor, care nu a împlinit 15 ani se pedepsește, *per se*, neavând legătură cu constrângere sau alte precizări în art. 198 Cod penal. Alin. 2 stipulează „... se sancționează actul sexual de orice natură, cu o persoană între 15-18 ani, dacă fapta este săvârșită de tutore sau curator, ori de supraveghetor, îngrijitor, medic curant, profesor sau educator, folosind calitatea sa”.

Seducția este infracțiunea prevăzută în art. 199 Cod penal, care precizează promisiunea de căsătorie pentru o persoană de sex feminin mai mică de 18 ani, cu scopul unui raport sexual.

Incestul este infracțiune, prevăzută și pedepsită conform Art. 203 Cod penal, care se referă la raportul

sexual între rude în linie directă sau între frați și surori. Art. 204 Cod penal precizează infracțiunile de tentative în cazuistică (13).

În cazul examinării unui minor sau adolescent, care declară că a fost abuzat sexual, este necesară formularea unor constatări care sunt următoarele:

- există semne morfologice-fizice care să susțină acuzația,
- există explicații alternative rezonabile care să explice modificările fizice-morfologice

Atunci când există o acuzație de penetrare vaginală, aspectul himenului, inclusiv diametrul și prezența sau absența deficitelor de circumferință, pot fi de primă importanță (19).

În legătură cu morfologia organelor genitale la minore, în special structura imaginii himenale, sunt necesare de evaluat: diametrul orificial himenal, modificările himenale postacțiune mecanică, modificările tisulare concomitente, ruptura himenală de cauză non-sexuală, efecte posibile ale bolilor dermatologice asupra himenului și țesutului înconjurător.

I. DIAMETRUL ORIFICIAL HIMENAL

Berenson și colab. (5) au efectuat un studiu pentru a evalua anatomia genitală a fetițelor nou-născute. Evaluarea s-a făcut pe o cazuistică ce a cuprins 468 fetițe, la care s-a cercetat himenul, cu abordarea incizurilor. Himenul semilunar-inelar s-a constatat în 80% din cazuri, himenul fimbriat în 19%, iar himenul septat

sau cribriform în 1%. Aspectele structurale au prezentat o diferență semnificativă în raport cu rasa fetițelor, dar nu și cu vârsta gestațională sau greutatea la naștere. Incizurile au fost observate însă la 34% din cazuistică cu himen inelar; s-au observat, de asemenea, frecvent ligamente periuretrale. S-a concluzionat că incizurile ventrale și laterale, crestele intravaginale și externe, precum benzile periuretrale sunt aspecte anatomice normale, care trebuie să fie în evidență în cazurile în care se face examinarea legală.

Datorită creșterii cazurilor de fete prepubertare, care au solicitat examinare medicală pentru abuz sexual, a apărut necesitatea unor studii privind modificările himenale cu vârsta (6). În cadrul unui studiu efectuat de Berenson (6) s-au consemnat modificările himenale la 62 de fetițe după naștere și la primul an de aniversare. La fetițe (8%), care au avut vârsta de 1 an, s-a observat o aglutinare extensivă ce obtura jumătatea inferioară a himenului. La 33 fetițe s-a observat o descreștere a țesutului himenal în primul an de viață. Un număr semnificativ mai mare de fetițe de 1 an, aveau configurație crescentică (0% vs 28%) și semnificativ mai puține aveau creastă externă (82% vs 14%) comparativ cu aspectul inițial la naștere. La 13 fetițe s-a constatat un himen inelar cu orificiu central sau ventral (semilunar), din care 77% aveau incizură la orele convenționale 12 la vârsta de 1 an. Incizurile superioare au apărut la 9 fete, cele laterale au dispărut la 5 fetițe și au persistat la 2 fetițe. Incizurile inferioare (orele 4-8 convenționale) nu au fost observate la naștere nici la vârsta de 1 an.

Berenson (7) a evaluat morfologia himenală și la vârsta de 3 ani a eșantionului analizat la naștere. Eșantionul a cuprins 134 fetițe (vârsta a fost însă de 2 luni-3 ani, cu scop comparativ), din care 42 fetițe au fost examinate și la vârsta de 1 an. S-a analizat structura himenală în funcție de examinare (examinări). Configurația himenului s-a modificat în primii 3 ani de viață la 65% din subiecți. Crestele externe consemnate la naștere au dispărut până la vârsta de 3 ani, iar cele intravaginale s-au pus în evidență mai mult la fetițele de 3 ani. Analiza datelor a arătat că prevalența creșturilor (*notches*) superioare și laterale era în descreștere la fetițele de rasă albă, iar prevalența creștelor intravaginale s-a schimbat doar la rasa neagră. De asemenea, s-a constatat creșterea diametrelor transversale orizontale și verticale. Autorul a concluzionat că în primii 3 ani de viață au loc schimbări ale morfologiei himenului, care sunt mai pronunțate în primul an de viață. În acest sens, medicii de specialitate ar trebui să analizeze efectele vârstei privind himenul pentru a deosebi evoluția normală în comparație cu modificările mecanice lezionale și infecțioase.

McCann și colab. (28) au efectuat un studiu pentru a colecta datele privind morfologia genitală a fetelor

prepubertale care nu au suferit abuz sexual. Lotul a cuprins 114 fete de vârstă 10 luni-10 ani, dar după selectare analiza s-a consemnat la 93 de fete. Tehnica de examinare genitală a fost supinare labială, tracțiune labială prin supinație preferând poziția călcâi-ge-nunchi și nu cea clasică de examinare ginecologică-obstetricală; examinarea s-a efectuat cu colposcop. Modificările constatate se referă la hiperemie vestibulară (56%), benzi periuretrale (50,6%), adeziune labială (38,9%), foliculi limfatici în fosa naviculară (33,7%), zone avasculare centrale pe comisura posterioară (25,6%) și dilatare uretrală cu tracțiune labială (14,9%). Orificiul himenal s-a deschis cel mai frecvent în timpul examinării și a tracțiunii labiale (90,5%). S-au observat următoarele aspecte himenale: supradenivelări (33,8%), septare himenală sau resturi de sept (18,5%); aspectele intravaginale cele mai frecvente au fost crestele (90,2%). Colul uterin a fost vizualizat, fără utilizarea speculului, la 69% din fetițe. Dintre constatările mai puțin obișnuite se consemnează friabilitatea comisurii posterioare (4,7%), incizuri himenale anterioare (1,2%), imperforație himenală la o singură fetiță, himen septat în două cazuri și prezența unui corp străin la un caz.

Rogers și Stark (38) susțin necesitatea educației privind comportamentul individual genital care poate afecta himenul. Totuși, nu există dovezi care să susțină opinia că aspectul himenului depinde de folosirea, modalitatea aplicării tamponului vaginal, ci doar faptul că examenul genital cu specul este mai ușor de efectuat dacă pacienta folosește tampon (la 56% dintre virginele utilizatoare și 26% dintre neutilizatoare de tampon). Studiul lui Emans și colab. (15) relatează că 19% dintre femeile trecute de pubertate, active sexual, nu au anomalii himenale vizibile, dar diametrul himenal, pe un lot de 200 fete virgine, din care 50% utilizatoare de tampoane, s-a consemnat diametrul himenal mai mic (12 mm) la fete nepurtătoare de tampon, în comparație cu cele care au folosit permanent acesta (15 mm diametru himenal). Acest lucru a fost larg cercetat de medicii legiști care au prezentat dovezi instanțelor judecătorești în cazurile de agresiune severă. Reconstrucția himenului adolescentelor care și-au pierdut virginitatea, dar vor să devină „virgine“ servește doar la perpetuarea mitului că himenul este rupt după primul act sexual (26).

Într-un studiu s-a precizat că o deschidere himenală orizontală mai mare de 4 mm, la fete sub vârsta de 13 ani, este considerată a fi indicatorul unui abuz sexual (10); această opinie a fost susținută și de alți autori (17,41), dar infirmate ulterior (18).

Adam și colab. (1) au evaluat un lot de 116 fete examinate pentru abuz sexual, și s-a constatat că la virgine, diametrul himenal crește cu vârsta. Există variații considerabile, dar media pentru categoria de vârstă

1-5 ani este de 5,4 mm, la categoria de vârstă 6-9 ani de 9,7 mm, iar la vârsta 10-12 ani de 11,7 mm.

Clayton și colab. (11), care au examinat 174 fete pentru abuz sexual declarat, care nu au prezentat însă leziuni fizice, a constatat o variație a diametrului himenal în funcție de vârstă, crescând cu 1 mm/an (în acest sens, 12 mm la vârsta de 12 ani). Totuși, la 334 de fete, care au prezentat semne fizice de agresiune, diametrul himenal nu varia în funcție de vârstă, diametrul fiind mai mare datorită rupturii.

Himenul poate fi mai gros sau subțire, elastic sau neelastic. Un himen elastic reacționează mai des prin întindere decât prin ruptură, penetrarea digitală, inserția tamponului vaginal sau masturbarea pot duce la lărgirea diametrului himenal fără să se producă ruptura acestuia.

S-a apreciat, că un diametru mediu digital – index sau degetul mijlociu – este de 15-20 mm; un penis în erecție are diametrul de 25-40 mm. În timp ce introducerea degetului în vagin poate să nu cauzeze ruptura himenului unei adolescente, este puțin probabil ca un himen cu diametrul orificiului himenal mai mic de 10 mm, chiar în cazul himenului elastic, să suporte penetrarea unui penis (18, 24). Paul (31) în legătură cu abuzul sexual la copii, opiniază că ceea ce este sigur este faptul că orificiul himenal care nu permite introducerea vârfului degetului, nu putea fi penetrat de orice altceva de aceeași dimensiune (diametru) sau mai mare. În legătură cu penetrarea peniană s-a precizat că, modificarea invariabilă trebuie să fie deschiderea himenală destul de mare ca să permită trecerea unui penis în erecție sau vibrator. Dacă diametrul himenal este mai mic, penetrarea vaginală a penisului nu poate avea loc.

În ce privește concluziile formulate, s-a consemnat și posibilitatea vindecării rupturii himenale fără urme morfologice (2). Trebuie precizat însă, că vindecarea deflorării himenale este un fenomen general, dar himenul nu revine niciodată la formatul de dinaintea penetrării: ruptura vindecată se depistează întotdeauna, iar dimensiunea, în general, nu revine la cea inițială (31). Îngustarea deschiderii himenale s-a observat în cazurile infecției vulvo-vaginale cronice (37). În cursul examinării medico-legale este important a evalua diametrul himenal, cât și prezența sau absența deficitelor de circumferință și semnificația lor.

Pugno (34) într-o cazuistică de 1058 minore, cu vârsta între 6 luni-10 ani, examinate în urma plângerii penale de abuz sexual, a consemnat că minorele care nu au fost abuzate sexual au diametrul himenal de 2,3 mm și, în general, au o rată de creștere a diametrului transhimal de 1 mm/an. Fetele care au avut semne definitive de traumă genitală au avut o dimensiune himenală de 9,0 mm, fără modificări semnificative odată cu vârsta. S-a concluzionat că, criteriile

standard, diametrul transhimal are o specificitate de 99% și sensibilitatea de 79%, deci diametrul transhimal este un parametru *screening* pentru susținerea unui abuz sexual la minore.

Bussen și colab. (9) precizează că abuzul sexual infantil este implicarea unui copil dependent, imatur sau a unui adolescent în activitate sexuală pe care nu le înțelege în totalitate, pentru care nu poate să-și ofere consimțământul și care violează tabuurile sociale ale rolului familiei. Esențialul pentru diagnosticul abuzului este conștientizarea problemei și cunoașterea manifestării acesteia. Rupturile acute și infiltratele sanguine sunt rare deoarece utilizarea forței este rară în caz de abuz infantil. O deschidere himenală mai mare de 5 mm nu este obișnuită, deci poate indica o penetrare vaginală. Un himen intact nu exclude relația sexuală; lipsa dovezilor nu exclude niciodată abuzul sexual, deoarece actul sexual poate avea loc fără să aibă urmări psihice.

II. MODIFICĂRILE HIMENALE POSTACȚIUNE MECANICĂ

Imaginea morfologică a himenului necesită evaluarea reală a acesteia, cu precizarea de certitudine a modificărilor. Aceasta se referă la cea netraumatică (congenitală) sau postraumatică.

Susținerea unor aspecte naturale se referă la cele constatate la orele convenționale 3, 9 care sunt parțiale, adică nu ajung la baza de inserție himenală (6). De asemenea, unor aspecte morfologice la orele 12 convenționale, de asemenea, sunt considerate naturale (7); incizurile sunt mai frecvente în zona laterală himenală.

Rupturile himenale inițiale, datorită penetrației peniene sunt mai frecvent localizate în cadranele inferioare ale himenului, în timp ce penetrarea digitală cauzează rupturi laterale (orele convenționale 3 și 9). Modificările, chiar dacă nu sunt totale (profundime până la inserția himenală) la orele 6 convenționale, nu par a fi naturale, și pot avea cauze sexuale sau non-sexuale (7). Acest fapt se poate explica prin teoria mecanică și anatomică a regiunii genitale: simfiza pubiană previne orice mișcare anterioară și forțele de acțiune ale penisului, în timpul actului sexual intravaginal, se realizează în zona posterioară, cauzând leziuni în cadranele posterioare și comisura posterioară. În cazul penetrării digitale, forța este direcționată mai ales lateral, mai puțin pe linia mediană și în acest sens, când penisul încearcă pătrunderea vaginală este foarte posterior, lezând comisura posterioară și cauzând leziuni cel mai frecvent la orele convenționale 5 și 7, dar și la orele 3 și 9 (19). Frith (16) consemnează că penetrarea digitală sau cu diferite obiecte produc leziuni himenale laterale și ventrale, iar penetrarea peniană

în cadranul de 180° opus penetrării digitale. Raportul Colegiului Regal al Medicilor din Marea Britanie (19) stabilește că ruptura himenală totală localizată între orele convenționale 5 și 7 și care afectează comisura posterioară este frecvent asociată cu penetrare peniană, în timp ce penetrarea digitală cauzează, mai frecvent, abraziuni și hemoragii anterioare la orele 3 și 9. Într-o cazuistică semnificativă, s-a demonstrat, de asemenea, că în majoritatea cazurilor, ruptura himenală este situată în regiunea posterioară (40).

În cazul adolescentelor cu multiple raporturi sexuale vaginale, pe lângă faptul că se consemnează ruptura himenală la orele 6 convențional, țesutul himenal se reduce, himenul prezintă mai multe rupturi sau numai resturi himenale, situate în diferite poziții (19). Penetrarea foarte frecventă rupe complet himenul, rămânând doar resturi himenale, uneori minime (16). La femei, care au născut de mai multe ori pe cale naturală (vaginală) țesutul himenal se reduce foarte mult; distensia introitului pentru trecerea capului fătului duce la formarea de *carunculum mirtiformis* (32). Această imagine morfologică apare nu numai la femeile cu nașteri multiple ci și la adolescente în 21% a cazurilor (15). Modificările himenale după penetrare peniană a confirmat că aceste leziuni sunt posterioare și nu sunt similare cu leziunile rezultate în urma altor tipuri de molestare sexuală (28); de asemenea, studiul efectuat de Emans (14) a stabilit că minorele abuzate sexual au leziuni himenale la orele convenționale 4-8, mai ales 5-7 și mai rar în zonele laterale ale himenului (14).

III. MODIFICĂRI TISULARE CONCOMITENTE

Examinarea minorelor prepubertare care au avut ruptură himenală în urma unei penetrări peniene a indicat, că în asemenea circumstanțe leziunile apar rareori doar la nivelul himenului (14). În mod obișnuit există o laceratie posterioară a himenului, care implică hemoragie la nivelul peretelui vaginal posterior și ocazional, hemoragii ale rectului, mai ales la copii preșcolari. În multe cazuri de penetrare peniană la fete prepubertare, s-au raportat nu numai leziuni himenale ci și ale mucoasei vaginale și canalului ano-rectal (8, 21); leziunile se vindecă prin cicatrizare.

McCann și colab. (27) au stabilit că leziunile genitale prin agresiune sexuală determină leziuni himenale care devin mai subțiri și leziunea comisurii posterioare se vindecă prin cicatrizare. Medicul trebuie să examineze complet regiunea, dacă este posibil să folosească colposcopul, iar imaginile să fie fixate pe fotografii. Este important să se diferențieze cicatricile de variantele anatomice normale. La unele minore există linie albă subțire (*linia vestibulară*) sau o zonă albicioasă, de tip pată (*linie vestibulară parțială*), localizată la

nivelul mijlociu al comisurii posterioare, considerate a fi rezultatul fuziunii tisulare (25); aceste aspecte pot fi confundate cu cicatrice.

Comisura posterioară ușor asimetrică sau cu zone nevasculare sunt modificări care pot fi considerate, în principiu, traumatice.

IV. RUPTURĂ HIMENALĂ DE CAUZĂ NON-SEXUALĂ

În ce privește existența unor leziuni himenale, inclusiv rupturi, rămân în evaluare leziunile accidentale, neintenționale în diferite condiții. Aceste leziuni se pot prezenta sub forma unor leziuni de încălecare: cădere pe un obiect ascuțit, orizontal, cum ar fi bara bicicletei, echipament de joc, pat sau gard. Leziunile asimetrice (orele convenționale 3 și 9) sau anterioare (ora convențională 12) sunt mai frecvente în urma unor traumatisme accidentale decât raporturi sexuale, care produc mai frecvent leziuni simetrice și posterioare (ora convențională 6) (4). În general leziunea este situată extern și himenul nu este afectat decât în cazurile în care este afectat și vaginul. Există însă și opinia, în cazuistica concretă, că în cazul traumatismelor accidentale există posibilitatea rupturii himenale (orele convenționale 6, 7) (33). În cazul traumatismelor accidentale prin cădere în obiecte ascuțite, leziunile himenale pot apărea și la nivelul comisurii posterioare, iar în cazul căderii prin încălecare, zona înconjurătoare (23).

Hemoragii și rupturi ale himenului și ale țesuturilor moi înconjurătoare pot fi cauzate și prin mișcări de întindere. Aceste leziuni pot rezulta în urma depărtării violente a coapselor, ca de exemplu în timpul aluncării în timpul dansului (16) sau în cazul unei fetițe de 2 ani, care a căzut în parc (36). Asemenea leziuni induc hemoragii cutanate, ale himenului sau a peretelui vaginal posterior. O problemă aparte se referă la autolezarea himenală. Fetițele pot introduce în vagin diferite obiecte, dar himenul nu este afectat mecanic în toate cazurile. Poate exista și atitudinea autodistructivă sau automutilantă a persoanelor în cauză (35). S-au găsit în vagin mici suluri de hârtie, haine, creioane, jucării, monede (22); se poate presupune că extragerea acestor piese pot afecta himenul.

Adolescentele introduc diferite obiecte în vagin cu scopul masturbării. Este posibil ca unele fete să-și rupă himenul prin penetrare digitală; toate aceste leziuni cauzează rupturi laterale, mai puțin posterioare.

S-a considerat că introducerea tamponului poate cauza ruptura himenului (42), în cazul unui lot de fete care au declarat că sunt virgine, virginitatea confirmându-se doar în 60%. Specialiștii au opinat că una din posibilele cauze poate fi utilizarea repetată a

tamponului intravaginal, și s-a concluzionat că atunci când o fată susține că a fost abuzată sexual și se găsește un inel himenal incomplet, acesta nu este cu certitudine rezultatul unui abuz. Bays și Chadwick (3) au stabilit că nu există nici o dovadă obiectivă care să confirme această ipoteză. Utilizarea acestor tipuri de tamponae intravaginale poate, însă, să mărească elasticitatea himenală datorită întinderii ușoare (12). În studiul lui Emans și colab. (15) diametrul himenal la fete care au folosit aceste tipuri de tamponae a fost mai mare în comparație cu alt lot (15 mm vs 12 mm), diferența nefiind statistic semnificativă.

În unele studii s-a făcut clarificarea afectării himenale prin activitate sportivă. Studiul lui Emans și colab. (15) a stabilit că în marea majoritate a cazurilor nu se poate stabili o corelație în acest sens, dar într-o cazuistică redusă (20 cazuri) nu s-a putut stabili cu certitudine dacă rupturile himenale complete au fost sau cauzate de prestarea sportivă susținută și intensă.

Leziunile himenale pot apărea și în cazul examinării ginecologice. Pokorny și Kozinetz (33) au publicat cazul unei minore de 5 ani, care în urma examinării ginecologice a suferit leziune traumatică himenală la orele convenționale 7, cu hemoragie. Într-o cazuistică, însă, care a cuprins 200 minore virgine, s-a consemnat examinarea ginecologică la 17% cu specul, 23% au fost examinate ginecologic manual. În 7% din cazuri s-au constatat despicături la minore care au mai fost examinate ginecologic, dar și la 11% care nu au fost examinate ginecologic. Autorii au concluzionat că rupturile nu se datoresc examinărilor ginecologice.

V. EFECTE POSIBILE ALE BOLILOR DERMATOLOGICE ASUPRA HIMENULUI ȘI ȚESUTULUI ÎNCONJURĂTOR

Există factori care pot cauza hiperemia, abraziunea și hemoragia ocazională a țesuturilor din jurul hime-

nului, care pot fi legate de: igienă limitată, necorespunzătoare, substanțe iritante (unele săpunuri). Toate aceste modificări necesită o evaluare reală, prudentă privind etiologia lezională, inclusiv de abuz sexual (29, 30).

Boli dermatologice care pot afecta himenul se referă la dermatite de diferite etiologii cu extindere pe mucoasă, psoriasis, lichenul scleros, dar nici apariția de vezicule sau hemoragii subcutanate minore după traume minore, cum ar fi ștergerea cu hârtie igienică a regiunii, nu s-au confirmat (43).

În legătură cu aspectul, morfologia himenală, mai ales în cazurile în care există posibilitatea unui abuz sexual, este necesară, în primul rând, veridicitatea faptelor. Dacă nu s-a produs penetrarea himenală, aspectul acestuia va fi normal, indiferent de tipul structural (ovular, semilunar), sau de prezența incizurilor care sunt naturale, înnăscute, cu neconfirmarea de acuzație. Dacă aspectul himenului este normal și diametrul este redus, neprezentând elasticitate specială (himen complezant) se poate afirma că nu a avut loc, înainte de examinare, penetrare peniană, deci himenul este intact. Dacă himenul prezintă o cicatrizare la orele convenționale 6, în urma unei rupturi până la inserția himenală, este un himen cu penetrare. Concluzia medico-legală trebuie să fie obiectivă în urma examinării la minore.

Aspectul normal în cazurile în care nu se așteaptă nici o modificare, trebuie să se precizeze că nu se poate concluziona cu certitudine, adică nu se poate confirma nici exclude traumatizarea, indiferent de condițiile acesteia.

În cazurile de himen complezant care este o realitate, este imposibil de stabilit dacă himenul nu a fost traumatizat mecanic, inclusiv prin penetrație de penis. La examinare, diametrul natural himenal mai mare la minore, are o semnificație aparte în formularea concluziilor medico-legale (20).

BIBLIOGRAFIE

1. Adams J, Ahmad M, Phillips P – Anogenital findings and hymenal diameter in children referred for sexual abuse examination. *Adolescent Pediat Gynecol*, 1988, 1, 123-127.
2. Adams J, Harper K, Knudson S, Revilla J – Examination finding in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 1994, 94, 310-317.
3. Bays J, Chadwick D – Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Neglect*, 1993, 17, 91-110.
4. Bays J, Carole J – Genital and anal conditions confused with child sexual trauma. *Am J Dis Child*, 1990, 1319-1322.
5. Berenson A, Heger A, Andrews S – Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics*, 1991, 87, 458-465.
6. Berenson A – Appearance of the hymen at birth and one year of age, longitudinal study. *Pediatrics*, 1993, 91, 820-825.
7. Berenson A – A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 1995, 95, 409-416.
8. Berkowitz C, Evik S, Logan M – A stimulated 'acquired' imperforate hymen following the genital trauma of sexual abuse. *Clin Pediat*, 1987, 26, 307-309.
9. Bussen S, Rehn M, Haller A et al – Kindergynäkologische Aspekte des sexuellen Missbrauchs. *Zbl Gynäkol*, 2001, 123(10), 562-567.
10. Cantwell H – Vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen. *Child Abuse Neglect*, 1983, 7, 171-176.
11. Clayton R, Barth K, Shubin C – Evaluating sexual abuse, observations regarding anogenital injury. *Clin Pediat*, 1989, 9, 419-422.
12. Cowell C – The gynecologic examination of infants, children, and young adults. *Pediat Clin North Am*, 1981, 28, 247-266.

13. **Crișu C** – Codul Penal. Codul de Procedură Penală. 64 legi speciale. Ed. Argessis-Juris, Curtea de Argeș, 2001.
14. **Emans J, Woods E, Flagg N, Freeman A** – Genital findings in sexual abused, symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics*, 1987, 79, 778-785.
15. **Emans SJ, Wood ER, En A et al** – Hymenal findings in adolescent women, the impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Paediat*, 1994, 125, 153-160.
16. **Frith K** – Rape, divorce and nullity. *Br J Hosp Med*, 1970, 12, 762-767.
17. **Goff C, Burke K, Rickenback C, Buebendorf D** – Vaginal opening measurement in prepubertal girls. *Am J Dis Child*, 1989, 143, 1366-1368.
18. **Goodyear-Smith FA** – Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region. *NZ Med J*, 1989, 102, 483-485.
19. **Goodyear-Smith FA, Laidlaw TM** – What is an 'intact' hymen? A critique of the literature. *Med Sci Law*, 1998, 38, 289-300.
20. **Hecser L, Hădăreanu V, Olaru EE, Jung H** – Unele valențe medico-legale în infracțiunile de viol. *Rev Med Farm (Tg. Mureș)* 1998, 44(1-2), 98-102.
21. **Herman-Giddens M, Frothingham T** – Prepubertal female genitalia, examination for evidence of sexual abuse. *Pediatrics*, 1987, 80, 203-208.
22. **Huffman J** – Gynecologic examination of the premenarchal girl. *Pediat Ann*, 1974, 3, 6-18.
23. **Jones L, Bass D** – Perineal injuries in children. *Br J Surg*, 1991, 78, 1105-1107.
24. **Kean H** – Child sexual abuse. *Lancet*, 1987, 2, 1018, Letter.
25. **Kellogg N, Parra J** – Linea vestibularis, follow-up of a normal genital structure. *Pediatrics*, 1993, 3, 453-456.
26. **Logmans A, Verhoeff A, Boll-Raap R et al** – Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the vaginal state? Who wants the procedure and why. *Br Med J*, 1998, 316, 459-460.
27. **McCann J, Voris J, Simon M** – Genital injuries resulting from sexual abuse, a longitudinal study. *Pediatrics*, 1992, 307-317.
28. **McCann J, Wells R, Simon M et al** – Genital findings in prepubertal girls selected for non-abuse: a descriptive study. *Pediatrics*, 1990, 86, 428-439.
29. **O'Brien T** – Paediatric vulvovaginitis. *Aust J Dermatol*, 1995, 36, 216-218.
30. **Paul D** – The medical examination in sexual offences against children. *Med Sci Law*, 1977, 17, 251-258.
31. **Paul D** – What really dis happen to Baby Jane? – The medical aspects of the investigation of alleged sexual abuse of children. *Med Sci Law*, 1986, 26, 85-102.
32. **Pokorny S** – Configuration of prepubertal hymen. *Am J Obstet Gynecol*, 1987, 157, 950-956.
33. **Pokorny S, Kozinetz C** – Configuration and other anatomical details of the prepubertal hymen. *Adolescent Pediat Gynecol*, 1988, 1, 97-103.
34. **Pugno PA** – Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse, a different perspective on hymenal measurements. *Arch Fam Med*, 1999, 8(5), 403-406.
35. **Putnam N, Stein M** – Self-inflicted injuries in childhood. *Clin Pediat*, 1985, 24, 514-518.
36. **Randall-Bond G, Dowd D, Landsman I, Rimaza M** – Unintentional injury in prepubescent girls, a multicenter, prospective report of 56 girls. *Pediatrics*, 1995, 95, 628-631.
37. **Rock J, Azziz R** – Genital anomalies in childhood. *Clin Obstet Gynecol*, 1987, 30, 682-696.
38. **Rogers DJ, Stark M** – The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse. *Br Med J*, 1998, 317, 414.
39. **Scripcaru Gh** – Medicina legală. Ed. Didactică și Pedagogică, RA, București, 1993.
40. **Teixeira W** – Hymenal colposcopic examination in sexual offences. *Am J Forensic Med Pathol*, 1981, 3, 209-214.
41. **White S, Ingram CD** – Vaginal introital diameter in the evaluation of sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 1989, 13, 217-214.
42. **Woodling B, Kossoris P** – Sexual misuse, rape, molestation and incest. *Pediat Clin North Am*, 1981, 28, 481-499.
43. **Young S, Wells D, Ogden E** – Lichen sclerosus, genital trauma and child sexual abuse. *Aust Family Physician*, 1993, 22, 729-733.