



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/SEXOL/>



ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

La chirurgie sexuelle en France : aspects historiques

Sexual surgery in France: historical aspects

La cirugía sexual en Francia : aspectos históricos

M. Erlich (MD)¹

14, avenue de Wagram, 75008 Paris, France

Disponible sur internet le 31 juillet 2007

MOTS CLÉS

Mutilations sexuelles ;
Chirurgie cosmétique
génitale ;
Chirurgie de
réassignation sexuelle ;
Dysmorphophobie

KEYWORDS

Sexual mutilations;
Genital cosmetic
surgery;
Dysmorphophobia;
Sex reassignment surgery

Résumé Les rationalisations de la chirurgie sexuelle procèdent d'une logique symbolique identique à celle des mutilations sexuelles. La normalisation chirurgicale, destinée à corriger les anomalies morphologiques et à pallier les troubles du comportement, a été longtemps dominée par l'impératif procréateur. La chirurgie sexuelle qui est récemment passée du domaine de la répression du plaisir sexuel à celui de son épanouissement, est devenue une variété de psychochirurgie. Elle est une chirurgie de l'intime et de l'identité sexuelle qui a conquis une dimension démiurgique en allant jusqu'à subvertir l'ordre naturel au mépris des interdits religieux multiséculaires. L'histoire de la chirurgie sexuelle française est globalement identique à celle de son environnement culturel occidental. La spécificité française réside dans le refus de dérives eugéniques qui ont profondément marqué le xx^e siècle et dans l'origine de l'opothérapie sexuelle.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract Rationalising sexual surgery calls upon a symbolic logic that is exactly the same as that used to justify sexual mutilation. The field of surgical normalisation, which aims to correct morphological abnormalities and relieve behavioural problems, has long been dominated by the drive for reproduction. Sexual surgery, which has recently changed from participating the field of the repression of sexual pleasure into one where pleasure can be fully realised, thereby became a kind of "psychosurgery". This surgery operates on intimacy and sexual identity, and has begun to act as a demiurge, even subverting the natural order of things, in contradiction with the taboos of many religions. The history of sexual surgery in France is generally identical to the history of its Western cultural environment. The specific characteristic of this field in France is grounded in its refusal to embrace the eugenic ideas that deeply affected the twentieth century, and in the origins of sexual opotherapy.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : merlich@9online.fr (M. Erlich).

¹ Psychiatre anthropologue

PALABRAS CLAVE

Mutilaciones sexuales;
Cirugía cosmética
genital;
Cirugía de reasignación
sexual;
Dismorfofobia

Resúmen Los racionalismos de la cirugía sexual proceden de una lógica simbólica idéntica a la de las mutilaciones sexuales. La normalización quirúrgica destinada a corregir las anomalías morfológicas y a paliar los trastornos del comportamiento ha sido durante mucho tiempo dominada por el imperativo procreador. La cirugía sexual que recientemente pasó del dominio de la represión del placer sexual al de su liberación ha derivado hacia una variedad de psicocirugía. Es una cirugía de lo íntimo y de la identidad sexual que ha conquistado una dimensión demiúrgica, yendo hasta la subversión del orden natural, a pesar del desprecio de las de las prohibiciones religiosas multiseculares. La historia de la cirugía sexual francesa es globalmente idéntica a la del entorno cultural occidental. La especificidad francesa reside en el rechazo de los cambios de rumbo eugenésicos que han profundamente marcado el siglo XX y en el origen de la opoterapia sexual.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abridged version

Sexual surgery, as a general category, has a direct link with religious and secular sexual mutilation, both of which have marked the course of history. It is defined as “surgery on organs related to sexual function”. Although sexual function implies the whole of the erogenous areas, this study is limited to surgery carried on the primary sexual organs.

Sexual surgery can be subdivided into two categories: “essential” surgery to treat or repair, as opposed to “cosmetic” surgery, as a “lifestyle treatment”. The peculiarity of the latter is that it is performed on body parts that are described as healthy and morphologically normal, thus raising ethical and legal issues concerning the legitimacy of such operations with respect to the legislation of some countries, which prohibit mutilation.

The history of sexual surgery is linked to the history of the medicalisation of sexuality, and discussion as to the purpose of such surgery, previously dominated by the obligation to procreate, has recently shifted to allow pluralistic expression of sexuality and to legitimise the expression of sexual pleasure. This history is, in France, perceptibly identical to the history of its Western cultural environment. It can be subdivided into two periods:

- the legacy of the Enlightenment, from the end of the 18th century to the middle of the 20th century;
- the sexual revolution, from the latter part of the 20th century to date.

The historical beginnings of sexual surgery were dominated mainly by castration, circumcision and excision; the most ancient of all genital mutilations.

The initial period, which stretches from the Enlightenment to the middle of the 20th century, was characterised by an increased medicalisation of genital mutilation. While circumcision and excision were used in the fight against masturbation, the emerging field of gynaecological surgery enabled access to female internal genital organs. Sexual surgery, which became an adjunct to psychiatry, offered a way in which to “treat” disorders of sexual conducts; it was to become a major part of the eugenic crusade, which waged war against degeneracy. This was carried out with the aid of medicopsychiatric and eugenic castrations, which were pro-

gressively replaced by tubal sterilisations (vasectomies: resection of the vas deferens and oophorectomy: resection of the Fallopian tubes) as well as ovariectomy and hysterectomy carried out as functional surgery. The increase of the incidence of such practices has met with rejection for moral, medical and socio-political reasons.

In the inter-war period, sexual surgery was set to become part of the rejuvenation treatments inspired by French precursors of sexual endocrinology. This brief period was prolonged by the development of synthetic sex hormone therapy, which was to play a decisive role in contraception and surgery for intersex disorders and gender dysphoria.

The third period, which began in the middle of the 1960s, was the era of the sexual revolution, marked by the arrival of female contraception and decriminalisation of abortion. This gave rise to more liberal sexual attitudes, only stemmed by the emergence of AIDS. Medical neonatal circumcision, controversial during the 1960s, has made a recent comeback due to its prophylactic role against AIDS.

Sex reassignment surgery, aimed at treating gender dysphoria, has a different role. Having been made possible by synthetic hormone treatment, and after affronting medical and legal taboos concerning sexual mutilation, this type of exceptional surgery, resulting from surgery for intersex disorders, combining sexual mutilation and genital reconstruction, has only recently been recognised by medical and public authorities.

Alongside essential reparative plastic genital surgery, a field of cosmetic genital surgery has developed over the past twenty years, presented as a way to boost to self-esteem. Female cosmetic genital surgery includes operations such as labiaplasty, clitoridoplasty and vaginoplasty. Male cosmetic genital surgery includes operations such as penile enlargement and lengthening. These operations should be differentiated from reparative plastic surgery after trauma or to repair genital deformities or impotence, including vascular operations and insertion of penile prostheses.

The specific characteristics of the history of sexual surgery in France lie in its refusal to embrace the radical eugenic ideas which developed at the end of the 19th century in English-speaking countries, in Germany and Scandinavia and which remain topical today. French sexual surgery instead embraced sexual opotherapy, which developed into sex hormone therapy, itself at the roots of hormone contraception

and medical and surgical treatments for intersexual disorders and gender dysphoria.

Cosmetic genital surgery, resulting from an idea of aesthetics dominated by castration anxiety, is subject to the all-consuming tyranny of appearance, encouraging a rise in dysmorphophobic behaviour.

The long history of sexual surgery runs hand-in-hand alongside the medicalisation of sexuality. Sexual surgery; surgery involving intimacy and sexual identity, is a means of social control, which responds to current fashions. It was traditionally guided by an idea of clear purpose to promote reproduction until social controls over sexuality recently become more liberal, and there is now more freedom to express sexual pleasure. The recent challenging of the supremacy of the heterosexual norm, and the dismantling of the Aristotelian anthropological system, have paved the way for a sexual surgery dealing with a state of incompleteness or non-fulfilment related to the dichotomy of gender.

Version longue

La chirurgie sexuelle, catégorie non répertoriée dans la nomenclature médicale internationale, se situe dans la filiation directe des mutilations sexuelles religieuses et profanes qui ont jalonné le cours de l'histoire. Cette chirurgie peut se définir comme celle des organes liés à la fonction sexuelle, c'est-à-dire celle des caractères sexuels primaires. Elle peut se diviser schématiquement en deux catégories : l'une réparatrice et l'autre cosmétique. Cette dernière concerne des parties réputées saines et morphologiquement normales ce qui soulève des problèmes médicaux et juridiques concernant la licéité de telles opérations considérées comme des mutilations. Bien que l'ensemble du corps soit intimement associé à la sexualité, cette étude se limitera à l'histoire de la chirurgie génitale.

Un survol historique de la chirurgie sexuelle passe par celui de la médicalisation de la sexualité, dont le discours téléologique guidé par l'impératif procréateur s'est récemment modifié en déculpabilisant le plaisir sexuel et en reconnaissant la pluralité des orientations sexuelles. La chirurgie sexuelle dont l'histoire dominée par la castration et la circoncision, a comporté dès l'antiquité des interventions correctrices de nécessité limitées aux régions génitales externes. L'évolution historique de la chirurgie sexuelle en France, globalement comparable à celle de son environnement culturel européen, peut être subdivisée en deux périodes :

- l'héritage des lumières : de la fin du XVIII^e siècle au milieu du XX^e siècle ;
- la révolution sexuelle : du milieu du XX^e siècle à nos jours.

Héritage des lumières : de la fin du XVIII^e siècle au milieu du XX^e siècle

L'essentiel de la chirurgie sexuelle est constitué par la circoncision, l'excision, la castration, la stérilisation et la greffe sexuelle.

Circoncision

Pratiquée depuis la plus haute antiquité, la circoncision, attestée en Égypte au cours du troisième millénaire avant notre ère, est une opération rituelle initiatique réservée à la caste sacerdotale. À l'instar de toutes les variétés de circoncisions rituelles répandues à travers le monde, cette opération concerne un organe sain. Sa référence biblique (Genèse, 17 9-14, Lévitique, 12 ; 3)0. en fait une pratique fondamentale de la tradition juive. D'emblée rejetée par le monde grégoromain et constamment combattue par l'Église, elle fait son apparition dans le champ médical français à fin du XVIII^e siècle dans le cadre de la grande campagne contre la masturbation. Sa pratique rituelle légalisée en France en 1844 est réservée aux circonciseurs titulaires d'un certificat d'aptitude délivré par le consistoire israélite. Pour Vanier du Havre (1847), l'un des zélés de la circoncision médicale dont il prône la généralisation : « l'ablation du prépuce chez l'homme peut devenir le préservatif des pertes séminales » (p. 158). Castelain (1882) autre défenseur de la circoncision qui se fonde sur le recueil de témoignages de circonciseurs juifs écrit : « il est à regretter, tant au point de vue hygiénique, que comme moyen préventif de l'onanisme, que la circoncision soit tombée en désuétude » (p. 70).

Excision

L'excision, également appelée circoncision féminine, est une mutilation génitale comprenant plusieurs degrés, dont le plus commun comporte la résection du clitoris et des petites lèvres. Traditionnellement pratiquée dans une aire géographique limitée à l'Afrique intertropicale et le Moyen-Orient, elle est connue dans le monde gréco-latin. Dès le II^e siècle, Soranos la décrit comme une opération destinée à corriger l'hypertrophie clitoridolabiale et à refréner la lubricité qui lui est associée. Ambroise Paré in (Malgaigne, 1840, I, p. 168) la mentionne et Venette (1687) l'évoque en ces termes « les lèvres et les nymphes des parties naturelles qui deviennent si longues et si pendantes qui affligent les filles africaines et (...) la honte qu'ont quelques fois nos femmes françaises, lorsque ces replis de la peau de leurs parties naturelles sont excessifs en longueur, les empêche de s'exposer à un chirurgien pour se faire couper » (p. 61), Dionis et Levret préconisent la clitoridectomie dans certains cas de nymphomanie. Dans sa *Nosographie Chirurgicale*, Richerand (1812) divise les « maladies des organes sexuels de la femme » en deux genres : le premier comportant les « maladies des parties génitales extérieures » parmi lesquelles on trouve « la longueur excessive du clitoris et des grandes lèvres », le second comprenant les « maladies de l'utérus et des ovaires » parmi lesquelles figurent « l'accroissement de la sensibilité, la nymphomanie, les aberrations et l'hystérie » (p. 337). Boyer (1825) traitant des « vices de conformation du clitoris » est encore plus explicite : « le clitoris a quelques fois des dimensions beaucoup plus considérables que celles qui lui sont naturelles (...), cette disposition vicieuse a porté des femmes à en abuser d'autres ; "glorieuses peut-être de cette ressemblance avec l'homme, dit Tissot, il s'est trouvé des femmes imparfaites qui se sont emparées des fonctions viriles (...). Ce n'est pas seulement à ce goût dépravé, à cette inclination antiphysique que s'arrêtent les inconvénients du vice de

conformation dont nous parlons ; il expose encore à des souffrances réelles pendant les actes licites de l'amour, et l'homme lui-même est gêné par cette repoussante monstruosité" » (p. 400). Cette nosographie caractéristique de l'idéologie moralisante des Lumières, s'inscrit dans la continuité d'une répression de la lascivité féminine. L'une des premières cures radicales de la masturbation féminine est réalisée par Graefe en 1822. Debreyne (1846) justifie l'extirpation du clitoris « organe de pure volupté non nécessaire à la conception » comme une opération aussi licite que l'amputation de toute autre partie du corps malade. Pour Vanier du Havre (supra) autre partisan de la solution radicale « le clitoris est comme le prépuce, l'organe vigilant de la lubricité. L'ablation du clitoris peut aussi être le préservatif des pollutions » (p. 158). Cette opinion est contestée par le *Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale* (1854, 46) qui rapporte l'échec d'une clitoridectomie effectuée dans un cas de nymphomanie précise que cette dernière « se présente sous une double face, comme un désordre de l'intelligence, et alors l'amputation du clitoris est un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est pas le siège de la nymphomanie, pas plus que le gland ne soit celui du satyriasis, et comme le résultat d'une irritation provoquée par des habitudes vicieuses » (p. 234).

Castration masculine

La castration, opération qui prive un individu du pouvoir procréateur, a été pratiquée depuis les temps les plus anciens par divers procédés dont certains sont non sanglants. Pratiquée dans un contexte mystique (ascétique), utilitaire (eunuques, castrats d'église), médical (cure de la hernie inguinale, de l'épilepsie, de la lèpre, de l'hypertrophie prostatique, du satyriasis), elle a également été infligée à titre punitif à l'ennemi vaincu et imposée aux criminels. Servier (1901) est l'un des rares médecins français à proposer la castration punitive comme alternative à la peine de mort : la mutilation médicalisée serait infligée par un bourreau devant des témoins officiels (magistrats, journalistes). Une variété de castration médicopénale, appliquée à titre « curatif » à des jeunes masturbateurs, apparaît aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle, inaugurant une pratique qui va s'étendre à certains délinquants sexuels en Suisse (1906), au Danemark (1929) dans certains états américains et dans l'Allemagne nazie (1934). Elle demeure d'actualité sous la forme de la castration chimique réversible en vigueur dans divers pays occidentaux depuis 1950. Les résultats de la castration médicopénale des délinquants sexuels sont incertains comme le soulignent Weinberger et al. (2005) qui précisent que malgré l'atténuation de la libido après orchidectomie, la capacité d'avoir une érection n'est pas systématiquement abolie. Ce constat avait déjà été établi dès le VIII^e siècle avant J.C. en Chine, où les eunuques du harem impérial devaient être émasculés.

Castration féminine

Comme l'atteste l'histoire de l'hystérie, l'affirmation d'une relation entre les troubles du comportement féminin et les dysfonctionnements de l'appareil génital remonte à l'Antiquité. Bien que les opérations mineures des organes génitaux féminins aient été pratiquées dès cette période, la gynécologie est demeurée une discipline non chirurgicale

jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Selon Montagu (1978), l'hystérie a fourni à la médecine du XIX^e siècle le prétexte pour s'en prendre aux ovaires et au clitoris. Pour Richerand (supra) « l'extirpation des ovaires, ou la castration des femmes, proposée dans les maladies de ces organes, est une opération inexécutable sur l'espèce humaine, malgré qu'on la pratique avec succès sur les femelles de certains animaux » (p. 388). La première ovariectomie pour kyste ovarien est réalisée avec succès en 1809 par l'américain Mc Dowell et pour la première fois en France par Woyerkowski en 1844. Elle est demeurée exceptionnelle jusqu'en 1872, date à laquelle l'Allemand Hegar et l'Américain Battey inaugurent une chirurgie s'attaquant aux ovaires sains. Ce dernier attache son nom à l'ovariotomie « normale », dite opération de Battey, destinée à traiter les maladies dépendant de l'ovulation et de la menstruation, telles que les affections nerveuses ou présumées symptomatiques des ovaires (névralgie, dysménorrhée, hystérie). Les débuts de cette opération sont contemporains des clitoridectomies prescrites pour des indications comparables par Baker-Brown en Angleterre. Peu prise en Europe, l'opération de Battey sera largement pratiquée aux États-Unis où 150 000 ovariectomies « normales » auraient effectué entre 1872 et 1906. Ces pratiques suscitent de fortes réticences dans une partie du corps médical français. Canu (1897), l'un des plus ardents adversaires de la castration féminine, considère qu'« il n'est pas d'intervention à propos de laquelle on ait connu plus d'abus » (p. 9), « quoiqu'on en pense, une femme châtrée est une inutilité sociale » (p. 127). Il attaque avec véhémence certains services hospitaliers parisiens accusés d'être « de véritables académies de castration, véritables fabriques d'eunuques femelles (...) qui ont fait à la France depuis une dizaine d'années plus de mal que les balles prussiennes de 1870 » (p. 178). Il avance le nombre de 30 à 40 000 femmes opérées depuis les années 1880, allant jusqu'à estimer que plus de 500 000 Françaises auraient été privé de leurs ovaires.

La stérilisation tubaire ou oophorectomie est réalisée pour la première fois par Lungren en 1880. Cette méthode contraceptive demeure limitée en France durant la première moitié du XX^e siècle pour se développer véritablement à partir des années 1970 (Erlich, 2000).

La stérilisation féminine suscite le scandale dans la société française de la fin du XIX^e siècle. Dans *Fécondité*, Zola attaque violemment la castration féminine et ses conséquences funestes ; pour lui « toute cette mode de la castration est ainsi basée sur une vaste tromperie (...) on ne guérit pas un organe en supprimant une fonction, on fait des monstres » (Julien, 1908). La littérature populaire de vulgarisation s'empare également de ce thème : à titre d'exemple l'ouvrage du Dr Jaf intitulé *Ovariectomistes et Faiseuses d'ange* qui comporte en sous-titre *La chasse aux ovaires, L'ovariotomie sans nécessité, La débauche favorisée* (Jaf). On peut lire dans *l'Amour obligatoire* de la Comtesse de Tramar (Tramar, 1913) « devant infecter son fruit, il devient dès lors tout naturel que la femme soit peu désireuse de le porter, elle acceptera avec joie la mutilation qui lui épargne la souffrance de la maternité (...) après mutilation, on fait faillite à la loi de reproduction (...) on se livre à l'ablation du sexe, des organes générateurs de la femme, on la châtre, on la dépose de son caractère sacré

d'épouse » (p. 172). Pour Van de Velde (1930) auteur du célèbre best-seller *La Fécondité dans le Mariage* « l'ablation des ovaires est définitivement condamnée et aucun médecin raisonnable ne la pratiquera aujourd'hui dans un but purement stérilisant. Elle mutilé la femme dont elle fait en quelque sorte un être asexué et amène des troubles physiques et psychiques irrécupérables » (p. 308-309). Plus récemment, Jourdan (1959) reconnaît que « tous les chirurgiens de mon âge ont connu le temps de l'hystérectomie facile et gardent sans doute le vague remords d'avoir participé à une débauche de mutilations... J'approuve et je respecte les hommes qui se sont élevés contre le sabotage pelvien » (p. 69-70). Toutefois, cette chirurgie gynécologique fonctionnelle a encore ses défenseurs : Caput (1961), l'un d'entre eux, écrit « On pourrait être surpris de prime abord que l'on propose un acte chirurgical pelvien pour soigner ou amender des troubles psychiques, mais l'observation de nos nombreuses malades dans les suites opératoires, nous a montré le bien-fondé de cette assertion » (p. 253), « après la période des amputations systématiques, nous sommes entrés depuis quelques décades dans le cycle des conservatrices à tout prix. Il vaut mieux une bonne amputation qu'une mauvaise conservatrice » (p. 271), « toute femme allant chez un psychiatre devrait consulter concurremment un gynécologue » (p. 298). Une enquête américaine, réalisée à la fin des années 1950 dans les hôpitaux de Los Angeles, révélait que de nombreuses hystérectomies auraient été abusivement pratiquées pour des indications allant des algies pelviennes aux saignements intermittents. Se fondant sur une étude médicale américaine, Frankfort (1974) affirme qu'un tiers des hystérectomies pratiquées en milieu hospitalier auraient été abusives. Plus récemment, Faludi (1991) a dénoncé la pratique des césariennes forcées aux États-Unis.

Vasectomie

La vasectomie ou section des canaux déférents est une méthode de stérilisation masculine dont les débuts remontent à la fin du XIX^e siècle. Primitivement pratiquée dans le cadre du traitement de l'hypertrophie prostatique, elle va rapidement remplacer la castration en tant que méthode de stérilisation eugénique et s'imposer dans un climat culturel dominé par le spectre de la dégénérescence. L'eugénisme apparaît comme la réponse adéquate à cette menace dont les thèmes favoris sont la disparition de la sélection naturelle, l'inégalité raciale, le danger du métissage et la menace d'une morbidité dominée par les trois fléaux réputés héréditaires (la syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme). L'histoire de la stérilisation eugénique en France débute au cours de cette période. Vacher de Lapouge, l'idéologue français de l'eugénisme, rejette la castration au profit de la stérilisation (Béjine, 1996). En 1910, Lacassagne fait écho aux propositions de Rentoul, médecin écossais dont le programme eugéniste maximaliste comporte la stérilisation massive de millions de dégénérés. Paul Robin préconise la stérilisation systématique des mauvais procréateurs, idée reprise par Binet-Sanglé (1918) qui propose le développement d'une eugénique réprimant les mauvaises générations (avortements provoqués, infanticides) et la destruction des mauvais géniteurs (internement,

castration, interdiction du mariage). Richet (1919), ardent partisan de l'interdiction absolue du métissage, préconise la castration. Les stérilisations eugéniques américaines passent de 8500 en 1928 à plus de 50 000 en 1949. L'eugénisme n'aura jamais en France le crédit dont il jouit dans les pays anglo-saxons et nordiques. La stérilisation qui conserve une dimension punitive en France est perçue comme une mutilation, ce qui explique les réticences d'une grande partie du corps médical (Carol, 1995). La promulgation de la loi allemande sur la stérilisation en 1933, qui aboutit à plus de 50 000 opérations pour la seule année 1934, amène les partisans français de la stérilisation à formuler des réserves. Les psychiatres Schiff et Mareschal (1931) soulignent sa difficulté d'application et Chavigny (1932) met en doute son efficacité. L'immédiate avant-guerre est marquée par l'affaire dite des « stérilisateurs de Bordeaux » au cours de laquelle des non-médecins ayant pratiqué des vasectomies sur des sujets consentants sont condamnés pour coups et blessures volontaires en 1937. Ultime défenseur d'un eugénisme pur et dur, Jeanneney (1944) prône la création d'un corps de médecins hérédologues et de magistrats de sauvegarde de la race dont l'action serait tournée vers l'élimination des tarés. Malgré la diffusion de la stérilisation contraceptive dans les années 1970, l'opposition législative française à la stérilisation demeure entière jusqu'en 2000. Le pas vers la légalisation est franchi par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception, autorisant la stérilisation masculine et féminine des majeurs consentants et informés (titre II) et celle des majeurs handicapés sur réquisition d'un juge des tutelles et après avis consultatif d'un comité d'experts médicaux (titre III).

Traitements rajeunissants

L'histoire de la vasectomie serait incomplète sans l'évocation de l'opération rajeunissante de Steinach qui s'inspire des travaux français d'Ancelet et Bouin de 1903-1904. Ces chercheurs qui ont mis en évidence chez des animaux vasectomisés, une hypertrophie compensatrice du tissu interstitiel testiculaire productrice d'une hypersécrétion androgène, effectuent entre 1913 et 1916 des expériences sur les effets somatiques et comportementaux des greffes de glandes génitales chez des animaux castrés. Dès 1918, le traitement autoplastique de Steinach qui s'inspire de ces travaux consiste en une vasectomie bilatérale destinée à lutter contre les effets de la sénescence. Cette opération à laquelle vont se soumettre bon nombre de célébrités de l'époque, va connaître une vogue éphémère.

À la même période, Voronoff, chirurgien français d'origine russe met au point un traitement rajeunissant fondé sur des greffes d'extraits testiculaires et ovariens animaux. Ce traitement est inspiré par l'autoexpérimentation de Brown-Séquard datant de 1889, laquelle s'étaient injectés des extraits de testicule de cochon d'Inde. Voronoff réalise entre 1920 et 1923 des greffes de testicules de bélier et de chimpanzé chez l'homme et d'ovaire de guénon chez la femme. Ces opérations qui vont le rendre célèbre se révéleront également décevantes. La première publication médicale intitulée *Sexualchirurgie* (Slotopolsky, 1925) mentionne les opérations suivantes : la castration thérapeutique, l'opération de Steinach (vasectomie dans

un but stérilisant, stimulant et rajeunissant), la greffe de tissu testiculaire pour les indications identiques auxquelles s'ajoute le traitement de l'homosexualité et du transvestisme. L'utilisation de greffes ovariennes également tentée chez des malades psychiatriques se révèle décevante. (Toulouse *in* Vignes, 1929). L'opothérapie sexuelle va céder la place à l'hormonothérapie de synthèse destinée à jouer un rôle déterminant à partir de la fin des années 1930.

Cette brève période de l'histoire de la chirurgie sexuelle, essentiellement française, inaugure une phase de transition qui ouvre la voie à l'hormonothérapie sexuelle, dont les progrès vont bouleverser l'histoire culturelle de la sexualité.

Révolution sexuelle : du milieu du xx^e siècle à nos jours

Cette période marquée par les débuts de la contraception féminine et la dépénalisation de l'avortement aboutit à une libéralisation des mœurs sexuelles. La pandémie du sida va marquer la fin de cette courte période célébrée par certains comme une parenthèse enchantée dans l'histoire de la liberté sexuelle.

Circoncision

La circoncision néonatale médicalisée largement pratiquée dans les pays anglo-saxons, commence à être contestée dès les années 1960. Cette contestation ne suscite que peu d'intérêt dans les milieux médicaux français où cette pratique est peu répandue. Toutefois, certaines instances juridiques ont récemment posé le problème de la circoncision et de l'excision des enfants mineurs, opérations considérées en droit français comme des mutilations. Tandis que l'excision, pratique exotique, est criminalisée depuis 1985, la circoncision ne fait l'objet d'aucune poursuite sous réserve de la constatation de séquelles graves résultant de l'opération. Un circonciseur musulman a été condamné le 19 février 1996 par le tribunal de Saint-Étienne à six mois de prison et 5000 francs d'amende pour « violences volontaires avec arme ». Bien que les tribunaux mettent en doute le bien-fondé de la circoncision rituelle – celle-ci n'étant pas assimilée à un acte médical – les magistrats hésitent à soulever le problème de la circoncision par crainte de trouble à l'ordre public.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, il y a eu une recrudescence de demandes de « décirconcisions » émanant de juifs traumatisés par les persécutions nazies. Les premières tentatives de restauration du prépuce qui remontent au II^e siècle avant J.C. chez les juifs hellénisés étaient consécutives au mépris que les Grecs manifestaient à l'égard de la circoncision. La première technique chirurgicale de réfection du prépuce est due à Celse (*De re Medica* 7.25.1) qui l'applique à la brièveté du prépuce qu'elle soit congénitale ou due à la circoncision, pratique réprimée par les Romains. La restauration du prépuce s'est récemment développée aux États-Unis sous l'impulsion d'associations militant contre la circoncision néonatale, mais également d'associations homosexuelles prônant la sauvegarde de l'intégrité génitale. Une association française intitulée AME (Association contre la mutilation des enfants) a diffusé en 1989 auprès des médecins de la région

parisienne un libelle de caractère antisémite stigmatisant la circoncision (Erllich, 1991a, 1991b). De récentes études épidémiologiques (Fergusson et al., 2006) ont fait état d'une action bénéfique de la circoncision dans la prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles et notamment dans celle du sida, information confirmée par un récent communiqué conjoint de l'OMS et l'Onusida en date du 28 mars 2007 (*Libération*, 29 mars 2007 p. 7).

Chirurgie de l'identité sexuelle

L'ambiguïté sexuelle, objet de fascination, a suscité dès l'Antiquité les premières opérations de normalisation chirurgicale. Paul d'Egine (1855) (*Chirurgie*, chapitres 53-72) aborde le problème des « hermaphrodites » chez lesquels il préconise « l'ablation des parties inutiles » (chapitre 69, p. 291). Cette démarche sera poursuivie tout au long de l'histoire. La nosographie médico-légale de la sexualité au XIX^e siècle, qui répertorie les troubles des conduites sexuelles, range l'homosexualité, le transvestisme et les états intersexuels dans un même pandémonium. Traitement moral et répression des « aberrations du sens génésique » sont les seules réponses médicales de l'époque. Matta (2005) montre que les origines d'une chirurgie sexuelle appliquée à ces états remontent au XIX^e siècle aux États-Unis, mais cette chirurgie naissante ne remplace pas les prescriptions moralisatrices. L'inflation de ces opérations (notamment de la castration) s'accroît à partir du moment où l'homosexualité devient un sujet d'actualité dans la presse médicale. Les débuts de l'opothérapie sexuelle (supra) sont marqués par les théories endocriniennes de l'homosexualité. Dans cette perspective, Dartigues (1928) disciple de Voronoff qui pratique la greffe sexuelle comme traitement de l'impuissance qu'il qualifie « d'infragénitalité » anatomophysiologique, va s'attaquer au traitement de « l'inversion sexuelle » allant même jusqu'à revendiquer des succès chez des intellectuels jeunes « qui ne se complaisent pas dans leur vice ». Ces techniques ouvrent la voie à la chirurgie du transsexualisme qui débute à la même période. Le transsexualisme, entité nosographique reconnue par Esquirol, puis par Krafft-Ebing qui l'appelle *transmutatio sexus* est actuellement défini comme « un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise et d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré » (OMS, 1994). Magnus Hirschfeld fait opérer l'un de ses patients qui subit plusieurs interventions chirurgicales entre 1920 et 1930. La chirurgie de réassignation sexuelle est née. Son essor qui date de la fin des années 1960 a suscité de vives controverses. Elle a été désapprouvée par Kinsey (Meyerowitz 2001) et Stoller (1979) qui la jugeait peu satisfaisante la qualifiait de « variété de psychochirurgie ». En France, le Conseil de l'ordre des médecins refuse en 1962 un statut thérapeutique aux opérations de réassignation sexuelle (qualifiées de « cosmétiques », et donc, indirectement, illicites). Gilbert-Dreyfus (1972) qui qualifie le transsexualisme de délire partiel (schizosexualité) écrit à propos du traitement : « l'ablation de la verge et des testicules est interdite par

la loi et poursuivie par la justice ; aussi, personne, au moins en France, ne consent-il, à castrer un homme, bien qu'une telle castration démasculinisante, suivie d'une hormonothérapie féminisante, s'avère seule capable de satisfaire le transsexuel » (p. 126). En 1972, l'American Medical Association Commission on Human Sexuality préconise la chirurgie comme traitement standard du transsexualisme. Banzet pratique les premières opérations officielles de réassignation sexuelle à Paris en 1979. À partir d'avril 1979, un circuit organisé de prise en charge, largement inspiré des standards américains se met en place avec l'autorisation du Conseil de l'ordre des médecins. Le protocole thérapeutique en usage en France depuis 2001 n'a aucune base légale, mais il est reconnu par l'assurance maladie et par le Conseil de l'ordre des médecins.

Chirurgie de l'apparence et du plaisir

La nouvelle chirurgie sexuelle est arrivée... Le magazine VSD du 13 au 30 juillet 1994 titrait « chirurgie esthétique sexuelle » avec pour sous-titre « après le nez, la bouche, les seins, la chirurgie esthétique s'attaque désormais au plus secret de votre physique, la vogue qui est née en Grande-Bretagne arrive en France pour les obsédés de la perfection (...). Jusqu'il y a une vingtaine d'années, la taille du pénis (en érection ou non) n'avait jamais été évoquée, discutée et même définie dans les manuels d'anatomie humaine ». L'article citait pêle-mêle « allonger un sexe masculin, grossir ce qui est trop petit, redresser ce qui est de travers, effacer une circoncision, remodeler le mont de Vénus, redessiner les nymphes, réduire le complexe du tunnel, se refaire une virginité toute neuve » (de Winkler, 1994).

On pouvait lire simultanément dans l'*Humanité* du 3 août 1994 « C'est ainsi que la chirurgie esthétique sexuelle, qui nous arrive tout droit des États-Unis, fait ses premiers pas dans l'Hexagone. Ça commence par des retouches à la toison pubienne, rasée, taillée, teintée ou tatouée à la convenance. Ça continue, mesdames, par le remodelage du mont de Vénus. Sont également au programme la liposuction du pubis, le dessin des petites lèvres, le resserrement des muscles du vagin et pourquoi pas, tant qu'on y est ? – la création d'un hymen tout neuf, entièrement artificiel. De quoi jouer à la vierge effarouchée en menant méchamment en bateau son partenaire ! Les messieurs ne sont pas en reste dans cette course à la « perfectionniste ». Eux, côté virilité, ils ont souvent un problème de dimension... dans leur tête. Ils peuvent donc décider de se la faire allonger, de se la faire remettre droit, et même, s'ils vivent leur circoncision comme une mutilation (ça existe !), ils peuvent se la faire recalotter d'un coup de bistouri, d'un seul ! » (Jauffret, 1994). Ces remarques n'ont rien perdu de leur actualité si l'on en juge par la récurrence de ce thème dans la presse populaire et surtout par l'abondance de l'offre publicitaire sur l'Internet.

La chirurgie cosmétique génitale féminine comporte des interventions de « rajeunissement » vaginal, et de correction des « anomalies » morphologiques des lèvres ou nymphoplastie, de remodelage du mont de Vénus de réparation des lésions périnéovaginales du post-partum et du traitement de certains troubles fonctionnels gynécologiques sans oublier la réfection de l'hymen (hyménoplastie ou

hyménorrhaphie), intervention mineure dépourvue d'indication médicale mais qui pose des problèmes d'ordre moral et religieux que souligne Usta (2000). Des interventions mineures à vocation fonctionnelle relèvent du traitement des dysfonctions sexuelles féminines. Rezaciner (1988) évoque la libération des adhérences hyménales qui seraient à l'origine de certains cas de cystite postcoïtale chronique du fait de leur action sur la situation postérieure du méat urétral. Benattar (2005) décrit une technique non chirurgicale intitulée « amplification du point G » consistant en une injection sous- et périurétrale d'une solution d'acide hyaluronique, destinée au traitement de certaines dysfonctions sexuelles féminines liées aux changements anatomiques du support conjonctif du triangle urogénital secondaires au vieillissement et aux modifications de la « prostate féminine ».

Dès la fin des années 1950, certaines publications américaines ont incriminé le phimosis clitoridien comme facteur de frigidité et proposé la « circoncision féminine a minima » c'est-à-dire l'ablation du prépuce clitoridien ou la libération des adhérences prépucciales. Ce type d'intervention correspondant à l'excision *sunna* (actuellement combattue en tant que mutilation génitale féminine, Erlich, 1986) est actuellement proposé par certains chirurgiens. On trouve de même la réduction de la téléclitoridie, directement inspirée par l'opération de Halban, mise au point en Autriche en 1920, consistant à rapprocher le clitoris du méat urétral. Cette intervention censée corriger la téléclitoridie, anomalie constitutionnelle rendue responsable de certaines frigidités avait intéressé Marie Bonaparte (1933) l'une des premières disciples de Freud, qui l'avait qualifiée « d'adjuvant somatique à la cure psychologique » puis en avait ultérieurement reconnu l'inanité. Certaines féministes ont récemment rapproché les clitoridectomies victoriennes de la chirurgie cosmétique sexuelle contemporaine arguant qu'il s'agissait dans le premier cas de violences infligées à des très jeunes filles et dans le second d'une contrainte publicitaire agressive exercée sur de jeunes femmes psychologiquement vulnérables. Par ailleurs, trois publications récentes (Sheldon et Wilkinson, 1998 ; Essen et Johnsdotter, 2004 ; Cantor, 2006 ; Berer, 2007) ont mis l'accent sur le déséquilibre entre le traitement éthique et juridique des mutilations sexuelles féminines exotiques formellement condamnées dans les sociétés occidentales et la licéité de la chirurgie sexuelle cosmétique présentée comme l'une des modalités de renforcement de l'estime de soi. Ces auteurs ont noté la similitude des réinfibulations postgravidiques en usage dans certaines cultures non occidentales et du « rajeunissement vaginal » postgravidique de la chirurgie sexuelle occidentale. Après avoir répertorié les diverses complications médicales consécutives au piercing génital, l'étude de Millner et al. (2005) fait état du rôle érogène du piercing du capuchon clitoridien sur les différentes phases du coït, affirmation fondée sur les témoignages d'un groupe de 33 femmes américaines âgées entre 19 et 55 ans, en majorité hétérosexuelles. Foldes et Louis-Sylvestre (2006) ont récemment présenté les résultats de la réfection chirurgicale du clitoris chez des femmes excisées, intervention réparatrice originale distincte de la chirurgie sexuelle cosmétique.

Les nymphoplasties contemporaines censées favoriser l'épanouissement sexuel féminin sont identiques aux nymphotomies d'antan. Levret évoquait les nymphes « qui ressemblent au gosier du coq peuvent être raccourcies sans inconvénient lorsque le sujet n'est plus propre à la fécondité » (Erlich, 1986, p. 58). L'un des derniers articles traitant de la nymphotomie (Giraldo et al., 2004), précise qu'en dehors de rares indications d'ordre fonctionnel, la plupart des demandes de nymphoplastie relèvent de motivations purement psychologiques.

Il en va de même pour la chirurgie cosmétique génitale masculine « de convenance » tout aussi dépourvue d'indication médicale, que le magazine *Union* désignait en 1994 comme « l'opération du pénis » « plus gros, plus large » (Union, 1994). La chirurgie sexuelle masculine comporte des opérations « de nécessité » destinées à la correction d'anomalies morphologiques telles que le micropénis, les courbures pénienues, l'agénésie du ligament suspenseur du pénis, la maladie de Lapeyronie et les déformations post-traumatiques du pénis. Les opérations visant à restaurer l'érection entrent dans ce cadre, soit qu'elles relèvent de la chirurgie vasculaire, soit de la chirurgie des prothèses pénienues fixes, gonflables ou hydrauliques. Si l'on excepte la réfection du prépuce (supra), la chirurgie cosmétique génitale propose des techniques chirurgicales d'allongement de la taille du pénis ou d'augmentation du calibre de ce dernier. L'allongement de la taille du pénis est obtenu par section du ligament suspenseur du pénis, opération dont on trouve une référence médicale au XIX^e siècle pour le traitement des hypoplasies pénienues (Engel, 1841). L'augmentation du calibre pénien, appelée lipopénosculture ou pénoplastie, utilise des techniques d'injections de graisse prélevée sur l'abdomen du sujet, lyophilisée et réinjectée sur toute la longueur du fourreau de la verge, technique susceptible d'entraîner diverses complications telles que des déformations (Alter, 1999). L'utilisation d'autogreffes de lambeaux graisseux sous-cutanés, voire d'allogreffes a également été tentée avec des résultats peu convaincants. Austoni et al. (1999) ont souligné l'importance des critères psychologiques dans l'appréciation des résultats de ces opérations. Divers auteurs (Leithauser et al., 1995 ; Wessels et al., 1996) ont fait état des complications des opérations de pénoplastie. et d'allongement du pénis. Vardi (2006) critique la pénoplastie de convenance.

La validité des demandes de chirurgie cosmétique génitale, marquées par une dysmorphophobie équivalente dans les deux sexes, pose les mêmes problèmes déontologiques au praticien.

Conclusion

L'originalité de l'histoire de la chirurgie sexuelle en France réside dans l'opposition aux solutions eugéniques radicales mises en œuvre dès la fin du XIX^e siècle dans les pays anglo-saxons, germaniques et scandinaves. Elle s'exprime également à travers l'opothérapie sexuelle, à l'origine de l'hormonothérapie sexuelle qui va donner naissance à la contraception et jouer un rôle déterminant dans le traitement médicochirurgical des états intersexuels et des dysphories de genre. La longue histoire de la chirurgie sexuelle est celle de la médicalisation de la sexualité (Sprengel,

1820). Longtemps limitée à la correction d'anomalies génitales innées et acquises, cette chirurgie fondée sur une conception téléologique est devenue un agent de normalisation des comportements sexuels. Scull et Favreau (1987) ont mis l'accent sur le rôle de la chirurgie sexuelle dans le traitement des désordres psychiques féminins au XIX^e siècle.

Le contrôle social de la sexualité traditionnellement guidé par un discours privilégiant la procréation, s'est récemment libéralisé pour légitimer la normalisation du plaisir sexuel et l'acceptation de la diversité des orientations sexuelles. Le moralisme d'antan a cédé la place à une valorisation de l'apparence fondée sur une esthétique dominée par l'angoisse de castration. Le droit des femmes de disposer librement de leur corps est paradoxalement conditionné par un discours culturel qui instaure une hiérarchie esthétique aliénante. Le règne de la tyrannie de l'apparence dans les sociétés occidentales contemporaines favorise toutes les dérives dysmorphophobiques.

Chirurgie de l'intime et de l'identité, la chirurgie sexuelle est irrémédiablement marquée par l'incomplétude liée à la séparation des sexes. Elle s'inscrit dans le démantèlement contemporain du système anthropologique aristotélicien et la remise en question du primat hétérosexuel.

Références

- Alter G. Aesthetic genital surgery in reconstructive and plastic surgery of the external genitalia: adult and pediatric. In: Ehrlich RM, Alter GJ, eds. Philadelphia: Saunders, 1999: 450-69.
- Austoni E, Guarneri A, Gatti G. Penile elongation and thickening – a myth? Is there a cosmetic or medical indication? *Andrologia* 1999; 3: 45-51.
- Béjin A. Georges Vacher de Lapouge (1854-1936). In: Tort P, ed. Dictionnaire du darwinisme et de l'évolution. Paris: PUF, 1996: 3691-4.
- Benattar MC. Amplification du point G, une nouvelle approche thérapeutique des dysfonctions sexuelles féminines? *Sexologies* 2005; 14: 5-10.
- Berer M. Cosmetic genitoplasty. It's female genital mutilation and should be prosecuted. *British Medical Journal* 2007; 334: 1335.
- Binet-Sanglé C. Les haras humains. Paris: Albin Michel, 1918.
- Bonaparte M. Les deux frigidités de la femme. *Bulletin de la Société de Sexologie* 1933; 5: 161-70.
- Boyer A. Traité des maladies chirurgicales, T.10. Paris: Migneret, 1825.
- Cantor JD. When an adult female seeks ritual genital alteration :Ethics, law and the parameters of participation. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2006; 117(4): 1158-66.
- Canu E. Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales et abus de cette opération. Paris: Ollier-Henry, 1897.
- Caput J. Les syndromes menstruels et leurs traitements. Paris: Le François, 1961.
- Carol A. Histoire de l'eugénisme en France. Paris: Seuil, 1995.
- Castelain F. La circoncision est-elle utile ? Paris: A. Cocozz, 1882.
- Chavigny P. La psychologie de l'hygiène, l'eugénisme, la stérilisation eugénique. *Annales Médico-Psychologiques* 1932; 1: 31-3.
- Dartigues LJ. Le renouvellement de l'organisme. Paris: Le François, 1928.
- Debreyne JC. Moechialogie. Paris: Poussielgue-Rusand, 1846.
- Engel J. Operatives Verfahren zur Streckung und Verlängerung des Penis. *Oesterreichische Medicinische Wochenschrift* 1841; 4: 78-9.
- Erlich M. La femme blessée. Paris: L'Harmattan, 1986.
- Erlich M. Les mutilations sexuelles. Paris: PUF. Que sais-je ?, 1991.

- Erlich M. Circoncision, excision et racisme. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1991; 18: 125-40.
- Erlich M. Histoire de la stérilisation. Aspects techniques, idéologiques et culturels. In: Giami A, Leridon H, eds. *Les enjeux de la stérilisation*. Paris: Inserm-INED, 2000: 15-37.
- Essen B, Johnsdotter S. Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004; 83: 611-3.
- Faludi S. *Backlash*. Paris: Éditions des Femmes, 1991.
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Circumcision status and risks in sexually transmitted diseases in young adult males: an analysis of a longitudinal birth cohort. *Pediatrics* 2006; 118: 1917-71.
- Frankfort E. *Vaginal politics*. Montréal: La Presse-Stampé, 1974.
- Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité* 2006; 34: 1137-41.
- Gilbert-Dreyfus. *Les états intersexuels*. Paris: PUF. Que sais-je ?, 1972.
- Giraldo F, Gonzalez ZC, de Haro F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2004; 113: 1820-5.
- Jaf [Jean Fauconney]. *Ovariectomies et faiseuses d'anges*. Paris: Jean Fort, [n.d. 8vo. 127pp. Volume 2 of 7(?)].
- Jauffret M. Le sexe doit-il être esthétique ? L'humanité du 3 août 1994. *Les archives intégrales de l'humanité*. Web de l'humanité : www.humanite.presse.fr.
- Jeanneney G. Hérité-Génétiq-Eugénique. *Revue Française Gynécologique et d'Obstétrique* 1944; 39: 121-44.
- Jourdan P. *Chirurgie de tous les jours*. Paris: G. Doin, 1959.
- Julien L. Un autographe inédit d'Émile Zola. Les idées de Zola sur l'opération de la castration chez la femme. *L'Écho Médical du Nord* 1908; 598.
- Leithauser L, Gilbert E, Barton J. Complications of fat grafting to the penis. *Am Plast Surg* 1995; 34: 173-5.
- Malgaigne JF. *Ambroise Paré ; œuvres complètes, T.I*, Paris: J.B. Baillière, 1840-1.
- Matta C. Ambiguous bodies and deviant sexualities: hermaphrodites, homosexuality, and surgery in the United States, 1850-1904. *Perspectives in Biology and Medicine* 2005; 48: 74-83.
- Meyerowitz JJ. Sex research at the borders of gender: transvestites, transsexuals, and Alfred C. Kinsey. *Bulletin of the History of Medicine* 2001; 75: 72-90.
- Millner VS, Eichold II BE, Sharpe TH, Lynn Jr. SC. First glimpse of the functional benefits of clitoral hood piercings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 193: 675-6.
- Montagu A. *The natural superiority of women*. London: Collier Books, 1978.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *CIM-10/ICD-10 Classification internationale des maladies*. Dixième révision, chapitre V. Troubles mentaux et troubles du comportement, critères diagnostiques pour la recherche. OMS: Masson, 1994.
- Paul d'Egine. *La Chirurgie de Paul d'Egine revue et collationnée par R. Briau*. Paris: Masson, 1855.
- Reziciner S. La prévention des cystites postcoïtales récidivantes par l'hyméoplastie. *Annales d'Urologie* 1988; 22: 446-51.
- Richerand A. *Nosographie chirurgicale, T.III*. Paris: Caille et Ravier, 1812.
- Richet C. *La sélection naturelle*. Paris: Alcan, 1919.
- Schiff P, Mareschal P. Hérité psychopathique et stérilisation eugénique. *Annales Médico-Psychologiques* 1931; 1: 71-7.
- Scull A, Favreau D. Médecine de la folie ou folie des médecins. Controverse à propos de la chirurgie sexuelle au XIX^e siècle. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1987; 68: 31-44.
- Servier J. La peine de mort remplacée par la castration. *Archives d'anthropologie criminelle* 1901; 16: 129-41.
- Sheldon S, Wilkinson S. Female genital mutilation and cosmetic surgery: regulating non-therapeutic body modification. *Bioethics* 1998; 12: 263-85.
- Slotopolsky B. *Sexualchirurgie*. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1925; 12: 105-15.
- Sprengel K. *Histoire de la médecine*. Paris: Bechet, 1820; (T.10).
- Stoller R. The indications are unclear. In: Brady JP, Brodie HH, eds. *Controversy in Psychiatry*. Philadelphia: Saunders, 1979: 849-57.
- Tramar Comtesse de. *L'amour obligatoire*. Paris: Librairie Universelle, 1913.
- Union 1994; 7: 67-70.
- Usta I. Hymenorrhaphy: what happens behind the gynaecologist's closed door? *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 2217-8.
- Van de Velde H. *La fécondité dans le mariage*. Paris: Aldor, 1930.
- Vanier du Havre PP. *Causes morales de la circoncision des israélites, institution préventive de l'onanisme des enfants et des principales causes d'épuisement*. *Réhabilitation et réforme*. Paris: N.Chaix, 1847.
- Vardi Y. Is penile enlargement an ethical procedure for patients with a normal-sized penis? *European Urology* 2006; 49: 609-11.
- Venette N. *Tableau de l'amour conjugal*. Parme: Franc d'Amour, 1687.
- Vignes H. *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*. Paris: Masson, 1929.
- Wessels H, Lue TF, McAninch JW. Complications of penile lengthening and augmentation seen at a referral center. *Journal of Urology* 1996; 156: 1617-20.
- Weinberger LE, Sreenivasan S, Garrick T, Osran H. The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2005; 33: 16-36.
- Winkler de ML. *La chirurgie esthétique sexuelle*. *VSD* 1994; 380: 64-9.