

ETUDE D'UNE COUTUME EN SOMALIE LA CIRCONCISION ET L'INFIBULATION DES FILLES

BAYOUDH F., BARRAK S., BEN FREDJ N., ALLANI R., HAMDI M.

RESUME

La circoncision et l'infibulation des femmes est une pratique courante dans plusieurs pays africains. Les auteurs rapportent les résultats d'une enquête menée auprès de la population locale somalienne lors de leur participation dans l'opération "Restore Hope".

Cette tradition est très répandue et enracinée en Somalie : 100 % des femmes sont circoncisées, 70 % des répondants sont favorables à cette pratique. Ces raisons sont multiples, essentiellement religieuses et socio-culturelles. Elle est responsable de sévères complications : douleur, hémorragie, infection urinaire, septicémie et troubles psychologiques.

Mots clés : circoncision des filles - infibulation - complications.

SUMMARY

Female circumcision is still a prevalent custom in some african countries. The authors reported a study of female circumcision in Moguadisho when they participated in the "Restore Hope" operation. 100 per cent of women had themselves been circumcised during their childhood, about 70 per cent of the respondants favoured the practice. The justification for genital metulation includes a number of disperates rational varying : religion, tradition, preservation of virginity...

The complications encountered from female circumcision included severe pain, excessive bleeding, urinary retention and psychological complications.

Key-words : female circumcision - infibulation - complications

1 - INTRODUCTION

A travers l'histoire, l'homme a développé certaines traditions et coutumes liées à l'organisation sociale et culturel-

Service de Pédiatrie - Hôpital Militaire de Tunis
1008 - Monfleury

le de son milieu. Certaines ont disparu ou sont graduellement abandonnées, d'autres persistent. La circoncision et l'infibulation des filles (C.F.) est l'une des coutumes qui persistent aussi bien en Somalie que dans d'autres pays arabes et africains. Elle est considérée par l'OMS comme la tradition la plus dangereuse en matière de santé.

L'équipe médicale déployée en Somalie dans le cadre de l'opération humanitaire "Restore Hope", rapporte les résultats d'une enquête menée auprès de la population locale. Cette étude a pour objectifs : d'explorer et d'identifier l'aspect physique, social et psychologique du problème, d'examiner actuellement l'ampleur de cette pratique et ses perturbations futures, discuter les attitudes des femmes et des hommes envers cette pratique.

A la lumière de cette enquête et des données de la littérature, les auteurs rappellent l'évolution de cette coutume à travers l'histoire et les civilisations, les différents types anatomiques et leurs complications.

2 - DEFINITION ET DIFFERENTS TYPES DE C.F.

La C.F. est considérée par tous les auteurs (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) comme une mutilation génitale définitive.

La vulve est une partie intégrante de la femme, il n'y a aucune raison médicale, morale ou esthétique pour la supprimer ou enlever une partie. ZWANG 1971 (11) VERSIN (12) définissent la C.F. comme toutes les opérations mutilant l'appareil génital féminin.

La classification adoptée est celle de SHANDAL (13) 1967, suivie de celle de VERSIN (12) 1975 et COOK (14) 1976.

TYPE 1 : section du prépuce tout en préservant le clitoris, cette pratique est appelée en Somalie "sounna" qui veut dire tradition en arabe.

TYPE 2 : excision ou clitoridectomie. Ce type est plus sévère : section du clitoris et des tissus sous-jacent des petites lèvres tout en conservant les grandes lèvres.

TYPE 3 : infibulation, appelée "pharaonique" en Somalie :

section du clitoris, des petites et grandes lèvres. Les berges sont jointes par du catgut, des épines (Somalie) réduisant l'orifice de la vulve à un petit pertuis de la taille d'un doigt pour le passage des urines et du flux menstruel.

3 - L'ORIGINE DE LA C.F

La C.F. est une pratique très ancienne, connue depuis 3000 ans dans différentes régions du monde. Deux principales théories sont avancées pour trouver l'origine de cette tradition : le point de départ est le Moyen Orient puis diffusion vers l'Afrique (15), pour d'autres auteurs (4) la C.F. a été développée indépendamment dans différentes sociétés à travers les périodes de l'histoire.

Le point commun est l'inhibition du désir sexuel de la femme.

L'origine de la C.F. en Afrique remonte à l'ère de Pharaon (15, 16), des images de C.F. et de circoncision masculine sont gravées sur la tombe d'Ankh Mahor de la 6ème dynastie (2340-2180 AVJC). STRABO (25 AVJC), un géographe et historien grec, en voyage en haute Egypte rapporte l'existence de C.F. et circoncision masculine (C.M.).

La C.F. est une tradition qui existe avant l'Islam, elle est introduite dans la presqu'île arabe à partir du Soudan (2, 15).

Selon la légende (16), elle remonte au prophète Abraham qui était marié à sa cousine Sarah stérile. Il s'est remarié à Hajer, servante égyptienne qui lui a donné un fils qui s'appelle Ismaïl.

Sarah, par "jalousie", a donné naissance à Isaac. Après une certaine période, les relations entre les deux femmes se détériorent, Sarah traite mal Hajer et un jour elle l'a excisée. Hajer immigre vers le Hijaz avec son fils Ismaïl qui a grandi, devenu bel homme, il a voulu se marier. Hajer n'accepte une belle-fille qu'à condition qu'elle soit excisée comme elle, et depuis cette tradition s'est propagée.

4 - REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA C.F.

Une revue globale de la littérature (4, 5, 6) montre que la C.F. est actuellement pratiquée en Afrique.

Elle est aussi de pratique courante au sud de la péninsule arabe (Yemen) et chez les musulmans de l'Indonésie et de

la Malaisie.

En Afrique (Fig. 1), cette pratique est très répandue, s'étendant de la corne d'Afrique tout le long de l'équateur : au nord vers l'Egypte et le Soudan, à l'est vers le Kenya et la Tanzanie, à l'ouest de la Sierra Léone jusqu'à la Mauritanie.

Figure 1 : Répartition géographique de la C.F.



Le type de C.F. le plus pratiqué en Afrique est le type 2, le type 1 est de pratique courante au Yemen du Sud (Aden) (4, 17), en Oman, en Egypte, au Soudan, et chez les musulmans de l'Indonésie et de la Malaisie. En Somalie (4, 14), l'infibulation ou type 3 est la plus répandue.

5 - LES RAISONS DE LA PRATIQUE DE LA C.F. (14, 18, 23, 24)

A travers les différentes périodes de l'histoire, diverses raisons ont été données pour expliquer les motivations de cette pratique (14, 18, 19, 20) : tradition à suivre, sauvegarder la virginité, raison esthétique, prétexte religieux et de santé, contrôle du désir sexuel, traitement de nymphomanie, des masturbations exagérées et d'autres maladies mentales.

Les raisons esthétiques ont été rapportées par des anciens ouvrages médicaux en cas d'hypertrophie des petites lèvres et du clitoris. Actuellement, aucune base scientifique ne justifie cette pratique.

HOSKEN (5) écrit que la C.F. est une marque d'asservissement et de purification. Chaque personne a une âme à la fois mâle et femelle localisée dans différentes parties des organes génitaux externes. L'âme mâle chez la fille est localisée dans le vestige de phallen (éminence clitoridienne). L'âme femelle chez le garçon est située au niveau du prépuce. L'enfant doit être circoncisé pour perdre l'hétérosexualité et rejoindre le cadre sexuel commun.

Pour la femme soudanaise (22, 23, 24), la C.F. libère son esclavage sexuel et la rend apte pour accomplir le vrai destin de mère. Le clitoris est à la base de la masturbation qui, commode et habituelle sous ces climats chauds, conduit à l'infidélité spirituelle et à l'adultère qui sont des étapes pour l'infidélité physique.

Le rôle de la religion dans cette pratique est sujet à controverse (22, 23, 24). La C.F., dans les pays musulmans, n'est pas due à l'Islam, car elle le précède de 1500 ans. Dans le Coran, la C.F. n'est pas mentionnée. Dans le Hadith (parole du prophète), Mohamed dit à Om Attiat (la femme qui pratique la C.F.) : "diminue (clitoris) et ne détruit pas, il est plus profitable pour les femmes et les hommes". L'Islam est tolérant pour le plaisir sexuel de la femme et le prophète, d'après ce hadith, dit que le clitoris est la source du plaisir sexuel et il ne faut pas le détruire. Les 4 écoles islamiques ont un avis variable vis à vis de cette pratique (4, 6) :

- L'Imam CHAAFI : "la circoncision est une obligation pour l'homme et la femme".
- L'Imam MALIKI : "la circoncision est une tradition pour l'homme et un embellissement pour la femme".

- Les Imams HANAFI et HANBALI : "c'est une tradition pour l'homme, à éviter pour la femme".

Pour Maria ASSAD (19), éminente leader musulmane en Egypte, il faut encourager le type 1 pour l'homme et interdire toute circoncision pour la femme.

En conclusion, il est clair que les interprétations religieuses varient selon les régions et les époques. Les imams de notre époque ne sont pas repressifs envers la sexualité.

6 - L'AGE DE LA C.F.

L'âge de la C.F. varie en fonction du type et des régions (4,12.) Dans certains pays, la C.F. est pratiquée très tôt à 8 jours de vie (12), dans d'autres, à la puberté (4) ou après la naissance d'un enfant (7).

- 8ème jour de vie : en Ethiopie
- 10ème semaine : au Yemen
- 3 - 4 ans : type 1 et 2 en Somalie
- 3 - 8 ans : en Egypte
- 8 - 10 ans, type 3 en Somalie
- après le mariage dans les tribus Masai (Niger)
- après la naissance du 1er enfant : chez quelques tribus de Guinée.

La plupart des C.F. sont pratiquées par une matrone sans anesthésie ni aseptie. Dans ces sociétés, les filles sont considérées impropres et non acceptées avant cette opération.

7 - LE DEROULEMENT DE LA C.F.

Une cérémonie sera organisée à cette occasion (4, 17, 22), seules les femmes sont autorisées à être présentes.

La C.F. est pratiquée par une matrone par un couteau ou un rasoir. La femme opératrice se place en face de la fille qui se trouve assise sur un tabouret, les jambes rattachées et tenues solidement par deux fortes femmes. La matrone commence à exciser le clitoris, les petites lèvres puis les grandes lèvres.

Les femmes présentes poussent des "you-you" pour encourager la fille et ne pas faire entendre ses cris. Les opérations se dérouleront sans anesthésie ni aseptie. La suture de la plaie se fait par un fil de soie ou par des épines. Un petit orifice de 4 à 6 mm est laissé en place pour le passage des urines et du flux menstruel. L'hémostase se fait par du Malmal (4), végétation locale mélangée avec du sucre et de la gomme.

Après l'opération, la fille reste allongée sur le dos, pieds

ligotés durant 3-4 jours avec un régime très réduit en eau. Elle reste isolée jusqu'à son rétablissement total. Si l'orifice est jugé trop large, la fille sera reprise. La défibulation se fait au moment du mariage soit par une matrone (7) soit par le mari lors du rapport sexuel.

8 - LES COMPLICATIONS DE LA C.F.

Cette pratique est responsable de plusieurs complications. Elle est considérée par l'OMS (25) comme la tradition actuelle la plus dangereuse en matière de santé. Le type 3 ou "pharaonique" est le plus grand pourvoyeur de ces complications.

1 - Les complications immédiates

Le choc : l'existence de choc dépend de l'importance de l'hémorragie après l'opération. Il est dû principalement à la peur, à la douleur et à l'hémorragie (2, 25).

L'hémorragie : est due à la blessure et à la section de l'artère et de la veine dorsales du clitoris et des veines des grandes lèvres (4, 26).

Les blessures : le dommage peut s'étendre au méat urétral, à la glande de BARTOLIN, au périnée et parfois au rectum. Elles sont occasionnées par l'agitation et la lutte de la fille.

L'infection : l'infection a été rapportée par plusieurs auteurs (27, 28, 29). La fréquence varie de 7 à 10 %. Les infections les plus fréquentes sont le tétanos, l'infection urinaire et la septicémie.

La rétention d'urine : s'observe durant les premières 48 heures, elle s'explique par la peur d'uriner, l'œdème et la fibrose qui obturent l'orifice (30, 31).

2 - Complications secondaires

Kyste et abcès vulvaire : l'implantation de kyste dermoïde est une complication habituelle de la C.F. en particulier de type 3 et elle peut atteindre la taille d'un ballon de foot et peut couvrir toute la vulve. Elle occasionne des infections et des abcès vulvaires (6, 32, 33).

Infection chronique du pelvis (4, 8, 34, 35)

Coït difficile : complication commune qui a été rapportée par tous les auteurs (4, 7, 36) : après l'infibulation, la première intromission lors d'un rapport sexuel est supposée au moment du mariage. Pour prouver sa virilité, le mari fait

une première pénétration forcée qui occasionne de sérieux dommages. La dyspareunie et le vaginisme suivent.

Absence d'orgasme : a été rapportée par plusieurs auteurs. BACHIR (18), sur 4024 femmes circoncisées, trouve que la majorité présente une absence d'orgasme, 80 % ont subi le type 3.

Selon MASTER and JOHNSON, l'orgasme est le résultat du degré de mutilation de la vulve. En effet, le clitoris, les petites et grandes lèvres, les glandes de BARTOLIN sont les lères aires d'excitation sexuelle. L'orgasme vaginal est sujet à controverse, vu l'absence d'innervation du fond du vagin.

Infertilité : selon VERSIN (12), la dyspareunie, l'infection pelvienne chronique et le type 3 conduisent à l'infertilité.

Infection du tractus urinaire : selon CHANDEL (13), 28 % des femmes ayant subi le type 3 ont eu un ECBU positif contre 8 % des femmes non circoncisées ou ayant subi la "sounna".

Complications obstétricales : travail difficile avec double épisiotomie, déchirure et dilacération sévère du périnée avec risque de fistule rectovaginale et vesicovaginale (22).

Complications psychologiques : la C.F. est un traumatisme psychologique responsable de troubles de personnalité réalisant plusieurs tableaux psychiatriques (anxiété, excitation, dépression...). Elle constitue un véritable problème de santé mentale.

Les complications physiques et psychiques contribuent à une vie conjugale difficile et instable (4, 22, 32, 35).

9 - MATERIEL ET METHODE DE TRAVAIL

Cette enquête s'est déroulée à Mogadisho durant 4 mois et a pour objectif :

- D'explorer et d'identifier l'aspect physique, social et psychologique du problème.
- D'examiner actuellement l'ampleur de cette pratique et ses perturbations futures, d'étudier comment, pourquoi, où et qui pratique la C.F.
- De discuter les attitudes des femmes (population directement touchée) et des hommes envers cette pratique.

Une fiche pour femmes (23 questions), une autre pour hommes (12 questions) ont été établies (Fig. 2 - 3) et remplies par un infirmier (tunisien) qui maîtrise la langue somalienne, aidé en cela, par une interprète. Les enquêteurs, motivés, ont étudié auparavant la fiche et l'intérêt de chaque question.

Figure 2 : C.F. Fiche d'étude hommes

- 1- Age
- 2 - Origine : Rurale Urbaine
- 3 - NIV Scolaire
- 4 - Prof
- 5 - Etat civil : Marié Divorcé Célib. Veuf
- 6-Nb enf. : Garçon Fille
- 7 - Femmes de votre famille CF : Oui Non
- 8 - CF chez vos filles : Oui Non
- 9 - Type : Sunna Pharaonique Autre
- 10 - Le Pourquoi de CF ?
- 11 - Jouissez vous avec votre femme ?
- 12 - Votre femme jouit elle lors du rapport ?
- 13 - CF doit elle se maintenir ?

Le choix de la population n'a pas été facile, vu les conditions de guerre et d'insécurité régnant à Mogadisho. L'enquête a porté sur 300 femmes et 60 hommes qui amènent leurs enfants à notre consultation de pédiatrie ou qui travaillent dans la base logistique de l'UNOSOM.

10 - RESULTATS

1 - L'origine géographique des répondants : ils sont originaires de différentes régions de la Somalie et ayant un niveau socio-culturel très variable : certains sont des universitaires et ayant occupé des postes politiques durant l'ère BARRE, d'autres sont des cadres, des employés et des ouvriers. Le pourcentage d'hommes universitaires et de cadres est de 6 %.

Les 2/3 des femmes sont nées dans des régions urbaines, et le 1/3 dans des régions rurales. Pour les hommes, 50 % sont urbains et 50 % ruraux.

La majorité des femmes sont jeunes, ayant un âge de 20 à 40 ans, mariées contrastant avec les hommes, dans le même groupe, ou deux seulement sont mariés. La femme somalienne se marie très jeune (13-15 ans) constatation faite par notre consultation de pédiatrie. La femme idéale c'est celle qui est simple, jeune, naïve, sans expériences, car la connaissance de la vie et la maturité sont des qualités non désirées (7).

Un taux de divorce élevé a été constaté : 25 %. Certains

auteurs (7) rapportent ces divorces à l'horrible expérience sexuelle et aux complications de la C.F.

2 - L'étendue de cette pratique : 100 % des femmes sont circoncisées dont 80 % ont subi le type pharaonique (photo 1), 12 % la sunna et 8 % une clitoridectomie.

Figure 3 : C.F. Fiche d'étude femmes

- 1 - Age
- 2 - Origine : Rurale Urbaine
- 3 - NIV scolaire
- 4 - Prof :
- 5 - Circoncision : Oui Non
- 6 - Age CF
- 7 - CF faite par : Matrone Infirmière Autre
- 8 - Lieu : Maison Clinique Autre
- 9 - Type : Sunna Pharaonique Autre
- 10 - Cérémonie : Oui Non
- 11 - Complications immédiates : Rétention urinaire Hémorragie Choc Autres Douleur
- 12 - Reprise CF : Non
- 13 - Le pourquoi de CF : Protection de la virginité Contrôle du désir sexuel Obligation Religieuse Hygiène Autres
- 14 - Etat civil : Mariée Divorcée Célibataire Veuve
- 15 - Age du mariage
- 16 - Nb enf : Filles Garçons
- 17 - Défibulation : Acte sexuel Matrone
- 18- Orgasme : Oui Non - Pourquoi ?
- 19 - Accouchement : Hôpital Maison
- 20 - Complications
- 21 - Nb de fille circoncisée : Type CF Age
- 23 - CF doit elle être abolie : Non Oui

Photo 1 : Vulve d'une fillette de 10 ans qui a subi une circoncision pharaonique (infibulation). Mutilation du clitoris, des petites et grandes lèvres laissant un petit pertuis pour les flux urinaire et menstruel



L'infibulation a été reprise chez 10 femmes (l'orifice est jugé trop large). 80 femmes ont déjà circonscisé leurs filles, le reste pense à le faire quand l'âge le permettra. La majorité des répondantes pensent faire subir à leurs filles le même type qu'elles ont subi.

La majorité des femmes ont été circonscisées ou infibulées avant 10 ans.

3 - Conditions de pratique de la C.F. : la majorité de ces opérations (250/300) sont pratiquées par une matrone par des couteaux ou des rasoirs sans anesthésie ni aseptie, les berges de la plaie sont jointes par des épines ou du fil de soie. Depuis quelques années, cette opération est pratiquée par des infirmiers avec des ciseaux chirurgicaux, du catgut, une anesthésie et une antibiothérapie pour prévenir l'infection (50 femmes).

La majorité des répondantes se souviennent de leur circoncision, certaines ont un sentiment de peur et d'autres de peur et d'excitation.

4 - Les complications : ont été retrouvées surtout à l'interrogatoire des femmes infibulées (infection, hémorragie, double épisiotomie, ont été signalées chez respectivement 60, 20 et 10 répondantes).

5 - Mariage et expérience sexuelle : c'est la partie la plus difficile du questionnaire, car ces femmes sont habituellement timides, réservées et le sexe représente pour elles un tabou.

6 - Attitudes vis à vis de la C.F. : tous les répondants, à quelques exceptions (10/360), sont favorables à la circoncision, car elle a une grande signification dans la société : seules les femmes infibulées et circonscisées sont "bien vues" et peuvent se marier.

C'est un "passport pour le mariage". La femme non circonscisée est considérée comme une femme marginale, hypersexuelle, infidèle, non musulmane et non purifiée.

Les raisons avancées par les répondants pour cette pratique sont multiples : protection de la virginité (50 femmes et 50 hommes), contrôle du désir sexuel (10 hommes), obligation religieuse (210 femmes, 52 hommes), coutume somalienne (permis pour le mariage).

11 - CONCLUSION

La C.F. est une pratique très ancienne, très répandue en Afrique et en particulier en Somalie. De gros efforts sont nécessaires pour l'abolir.

Des traditions et des coutumes similaires à travers l'histoire, ont disparu : l'ensevelissement des filles avant l'Islam, "banding feet" chez les petites chinoises, brûlure des veuves en Inde...

D'après l'enquête, cette coutume est très enracinée et les raisons de son enracinement sont multiples surtout d'ordre social et le refus de se marier avec une femme non circonscisée. Devant l'ampleur et l'enracinement de cette pratique, l'abolition ne pourra se faire que progressivement.

Quant à nous, devant les difficultés immenses rencontrées pour convaincre les répondants de l'utilité d'abolir cette pratique et devant la colère réveillée chez certains parmi eux, nous n'avons pu trouver mieux que d'encourager le type 1 au cours de nos séances d'éducation sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DIRIE MA, LINDMARK G.
Female circumcision in Somalia and womens's motives
Acta-Obstet-Gynecol-Scand 1991, 70 (7-8), 581-5.
- 2 - A traditional practice that threatens health-female circumcision
Who Chron, 1986, 40, 31-5.
- 3 - Yousuf HI, Adan AS, Egal KA, Omar AH, Ibrahim M.M.
Traditional medical practice in Somalia communities.
J. Trop. Pediatr., 1984, 30, 87-92.
- 4 - RAQIYA Haji, DUALEH Abdalla.
Sisters in affliction - Circumcision and infibulation of women in Africa.
Zed Press, London 1982.
- 5 - HOSKEN Fran : report
Femal sexual mutilation : the facts and proposal for action. The
geographical review of female circumcision in the word today, 1979, 19).
- 6 - ABU SHAMMA A. et coll.
Female circumcision in Sudan.
Lancet, 1941, 545.
- 7 - LADIALI M. and coll.
Female genital mutilation (editorial).
BM, 1993, Aug 21, 307-460.
- 8 - NTIRI DW
Circumcision and health among rural women of southern Somalia as part
of a family life survey.
Health Care Women Int., 1993, May-Jun, 14 (3), 215-26.
- 9 -Female circumcision. Female genital mutilation. World health
organisation. International federation of gynecology and obstetrics.
Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1992, 45, (2), 153-4.
- 10 - DIRI MA and coll.
Female circumcision in Somalia and womens motives.
Acta Obst. Gynecol. Scand., 1991, 70, (7-8), 581-5.
- 11 - ZWANG Gerard
Female sexual mutilation - technique and results.
WHO report, 1977.
- 12 - VERZIN .A.
Sequalae of female circumcision.
Tropical doctor, 1975, vol. 5, 163-69.
- 13 - SHANDALL A.A.F.
Circumcision and infibulation of females.
Sudan Medical Journal, vol. 5, 178-212.
- 14 - COOK, ROBIN
Damage to physical health from pharaonic circumcision (infibulation) of
females.
A review of the medical literature, world health organization regional
office for the eastern mediterranean, 1976.
- 15 - LAWRENCE P., CUTNER
Female genital mutilation.
Obstetrical an gynecology survey, 1986, vol. 40, n° 7, 437-443.
- 16 - MEINARDUS, OTTO
Mythological, historical and sociological aspects of the practice of femal
circumcision among the egyptians'.
Acta ethnographica academiae scientiarum hungaricae, (reprint), 1967,
387-97.
- 17 - MODUPE O. and coll.
Female circumcision in Nigeria : a fact or a farce ?
Journal of tropical pediatrics, 1985, 31, 180, 1984.
- 18 - BAASHIR T.A.
Psychological aspects of female circumcisio
A paper presented to the 5th Congress of the Obstetrical and
Gynecological Society of Sudan, 1977, Khartoum, 14-18.
- 19 - ASSAAD, MARIA B.
Female circumcision in Egypt : current.
Research and social implications, UNICEF (1979).
- 20 - AHMED ABIR EL FITUH SHANDEL
Circumcision and infibulation of females.
Doctorat : faculty of Medecine, University of Khartoum, 1970.
- 21 - KARIM M. and AMMAR R.
Female circumcision and sexual desire.
Ain Shamis university press, Cairo, Egypt, 1965.
- 22 - BERARDI .C. and coll.
Conséquences obstétricales de l'excision féminine.
J. Gynécol. Obstét. Repro. Biology, 1985, 14, 743-746.
- 23 - De VILLENEUVE A.
Etude sur une coutume en Somalie : les femmes consues.
J. Social African, 1937, 7, 15.
- 24 - DIRIE MA and coll.
A hospital study of the complications of female circumcision.
Trop. Doct., 1991, Oct. 21 (4), 146-8.
- 25 - EDWAR C., OLD FRELD II, GUENAE L R., RADIER and
GREGORY
The endemic infections diseases of Somalia, traditional practice.
Clinical infections diseases, 1993, 16, (suppl. 3), 133-134.
- 26 - MAHMOUD Karim and ROSHDI Ammar
Female circumcision and sexual desire.
Report Ain Shamis university hospital of gynaecology and obstetrics :
Caire, 1965.
- 27 - HANSEN H.H.
Clitoridectomy : female circumcision in Egypt.
Folk (Kobenhaven), 1972/73, vol. 1415, 16-22.
- 28 - BOND, Caroline et Hermione HARRIS
Library research on female circumcision
Report from anti-slavery society for the protection of human rights.
- 29 - OZUMBA B.C.
Acquired gynetresia in eastern Nigeria.
Int. J. Gynaecol Obstet., 1992 Feb., 37, (2), 105-9.
- 30 - DOVIE M.A. and coll.
A hospital study of the complications of female circumcision.
Trop. Doct., 1991,
- 31 - DE SILVA S.
Obstetric sequelae of female circumcision.
European J. Obst. Gyn. and Repro. Biology 32 (1989), 233-240.
- 32 - MILOS M.F. and coll.
Circumcision, a medical or a human rights ?
J. Nurse Midwifery, 1992 Mar-Apr., 37, (2 suppl.), 875-965.
- 33 - CALDER B.L. and coll.
Female circumcision/genital mutilation : culturally sensitive care.
Health Care Women Int., 1993, May-Jun, 14 (3), 227-38.
- 34 - MASTERS and OHNSON
Human sexual response.
Little, brown Co, Boston 1966.
- 35 - LIGHTFOOT-KLEIN H. and coll.
Special needs of ritually circumcised women patients.
J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 1991, mar-Apr. 20 (2), 102-7.