

craindre, en effet, qu'ils ne déterminent autant de douleurs que l'antéversion elle-même, en pressant sur la vessie. Quant aux pessaires intra-utérins, je ne sache pas qu'il en existe de bon modèle pour l'antéversion.

Lorsque l'antéversion détermine par elle-même des douleurs, on peut recourir à l'opération de Sims. Elle a pour but de raccourcir la paroi antérieure du vagin de façon à attirer le col en avant et à faire ainsi basculer le corps en arrière. Elle consiste à faire dans le cul-de-sac antérieur un avivement transversal et à en rapprocher les deux bords par une suture.

J'ajoute, mais d'une manière tout à fait théorique, qu'on pourrait remédier à une antéversion pénible par l'hystéropexie abdominale.

V

ANTÉFLEXION

Avec l'antéflexion, nous entrons dans l'étude de ces déviations fréquentes, qui s'accompagnent de symptômes souvent fort pénibles, et dont le traitement est si difficile qu'il embarrasse les gynécologues les plus expérimentés.

Je ne crois pas qu'il faille chercher dans le degré de l'angle que fait le col en s'unissant au corps la caractéristique de l'antéflexion. Ce qui la caractérise essentiellement, c'est la fixité de cet angle, par conséquent la rigidité de l'utérus en flexion : ainsi un utérus peut être pathologiquement antéfléchi sans que l'angle de flexion soit très supérieur à celui qu'on observe à l'état normal chez les nullipares lorsque la vessie est vide. Il va sans dire aussi que cet angle peut s'exagérer notablement et même devenir très aigu.

Gaillard Thomas distingue trois variétés d'antéflexion : 1° l'antéflexion corporelle, le corps est fléchi sur le col qui garde sa situation normale; 2° l'antéflexion cervicale, c'est le col qui est fléchi, le corps restant en bonne position; 3° l'antéflexion cervico-corporelle, dans laquelle les deux segments s'incurvent simultanément l'un vers l'autre.

La première variété paraît être la plus commune. Il s'agit de petits utérus, dont la cavité mesure moins de 6 centimètres. Le col est souvent plus long que le corps. Il n'est pas rare de trouver une différence d'épaisseur énorme entre la paroi postérieure et l'antérieure; cette dernière étant la plus mince. Ce dernier point est très frappant sur la figure 46, faite d'après une coupe congelée. On trouve dans l'atlas de Winckel un cas jusqu'ici unique, à ma connaissance du moins, où c'est la paroi postérieure qui est atrophiée. L'angle de flexion est très variable, extrêmement aigu sur la figure 46, il dépasse à peine l'angle droit sur la figure 47.

On observe assez fréquemment sur les utérus antéfléchis un allongement de la portion susvaginale du col. Certains auteurs ont considéré cet allongement comme caractéristique de l'antéflexion congénitale. Il est bien difficile d'accepter cette manière de voir; les hypertrophies du col sont, je crois, le plus souvent secondaires, car on les observe souvent aussi avec les rétroversions. Martin est, je pense, dans le vrai en les rapportant à la métrite.

Un fait très important et que je n'ai pas vu signaler, c'est que, dans certains cas d'antéflexion, il se forme des adhérences étendues entre les deux surfaces

mises au contact par la flexion. On voit ces adhérences sur la figure 96, faite d'après une coupe congelée. Enfin j'ajouterai qu'il m'a semblé, et cela est visible sur les deux figures 45 et 46, que dans certains cas d'antéflexion l'épaisseur de la cloison vésico-utérine est notablement diminuée.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des cas où la flexion se fait au niveau de l'isthme, c'est la règle. Mais on voit quelquefois la flexion se faire au-dessus de l'isthme, en un point du corps plus ou moins rapproché du fond. J'ai moi-même observé un cas où la flexion siégeait très près du fond de l'utérus (sujet congelé, voy. plus loin, fig. 47). Ce sont là de rares exceptions qu'il suffit de signaler.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation, ces cas existent incontestablement où le col étant l'axe du vagin comme dans les cas de rétroversion, le corps de

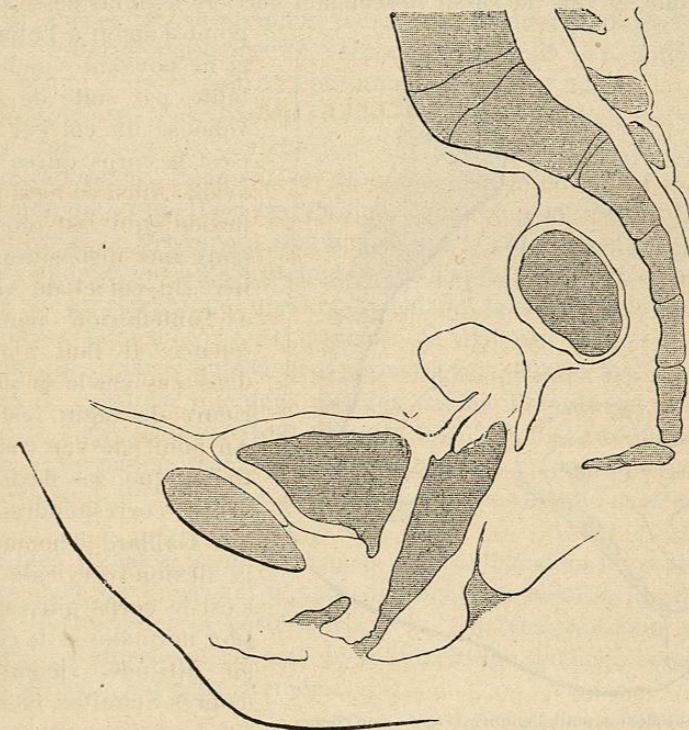


FIG. 46. — Antéflexion pathologique. (D'après une coupe de cadavre congelé.)

l'utérus est cependant en antéflexion. C'est là une forme spéciale d'antéversion. Sans chercher à savoir si la qualification de congénitale lui convient mieux que celle de puérile, on peut affirmer, je crois, qu'elle est primitive, c'est-à-dire qu'elle est due à un trouble de développement de l'utérus et non à la métrite. Elle existe, en effet, chez des femmes qui n'ont aucune trace d'inflammation. Les troubles dysménorrhéiques qu'elle engendre se manifestent dès l'instauration des règles et elle entraîne généralement la stérilité.

L'étiologie et la pathogénie des antéflexions ont été fort discutées. L'origine congénitale, considérée comme très fréquente par certains auteurs, est presque complètement niée par d'autres, Martin par exemple. Du reste on ne s'entend pas du tout sur le sens du mot antéflexion congénitale. Pour certains gynécologues ce serait la persistance d'un état normal chez le fœtus. Cette manière

de voir me paraît erronée. J'ai fait des coupes congelées d'un assez grand nombre de fœtus, et d'enfants nouveau-nés, j'ai vu l'utérus en antécourbure plus ou moins accentuée, mais jamais en antéflexion. On ne peut donc pas dire que l'antéflexion puisse être congénitale dans le sens absolu du mot.

Schultze entend les choses d'une manière toute différente. Pour lui, le fait congénital est uniquement la manière dont le col s'insère sur le vagin. Chez les fœtus et les nouveau-nés, l'utérus est presque dans l'axe du vagin. Le col est proportionnellement plus développé que le corps et en outre la paroi postérieure du col est plus développée que l'antérieure. Si le col reste ainsi inséré, il ne peut s'infléchir en avant sur le vagin. Aussi lorsque au moment de la puberté, par suite de l'élargissement du bassin, le vagin tend à se rapprocher de l'horizontale, et que la vessie descendant derrière le pubis cesse d'offrir un

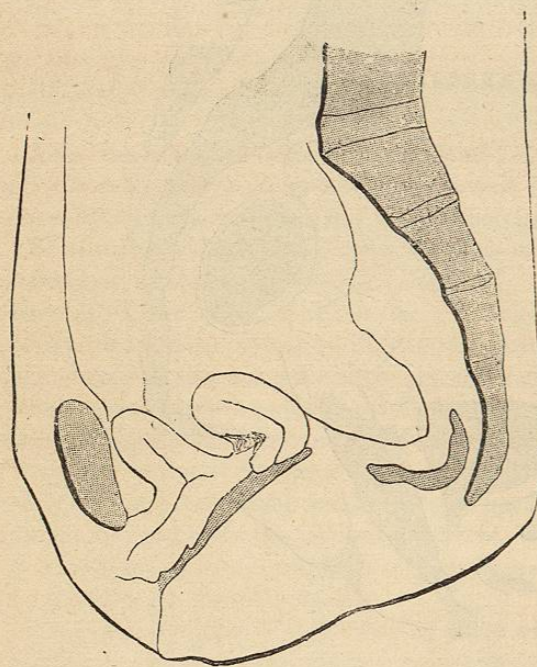


FIG. 47. — Antéflexion pathologique. (D'après une coupe de cadavre congelé.)

point d'appui à l'utérus, celui-ci ne pouvant s'incliner en totalité par suite de l'insertion vicieuse du col sur le vagin, c'est le corps qui se fléchit en avant. Ainsi ce n'est pas l'antéflexion qui est congénitale, mais une disposition particulière du col et du vagin, qui a l'antéflexion pour conséquence. Il faut ajouter que dans ces cas-là la paroi antérieure du vagin reste courte. Au point de vue anatomo-pathologique, les flexions de cet ordre correspondraient à ce que Gaillard Thomas appelle la flexion cervicale, puisque c'est le corps qui est en position normale, et le col qui est en attitude vicieuse. Mais, d'après Schultze, ce serait l'attitude vicieuse du col qui serait primitive et le corps se fléchirait justement en raison de cette attitude vicieuse. Il appelle cette forme *antéflexion puérile*.

Cette théorie de Schultze est fort ingénieuse. On ne peut élever contre elle aucune objection théorique, et il faut reconnaître qu'elle explique très bien un certain nombre de faits, ceux précisément où le col est dans l'axe du vagin (voy. fig. 95). Et, en faveur de la thèse de Schultze, on peut invoquer ce fait que, dans les cas de ce genre, il existe une atrophie de la paroi antérieure du col⁽¹⁾, et en même temps une atrophie de la paroi antérieure du vagin et de la cloison vésico-utérine.

Cette forme d'antéflexion, l'antéflexion cervicale, n'est pas la seule qu'on puisse attribuer à un vice de développement. Il en est d'autres où le col ayant

⁽¹⁾ Schultze considère cette atrophie de la paroi antérieure comme étant le plus souvent secondaire à la déviation.

une attitude à peu près normale, l'utérus, antéfléchi, reste petit, insuffisamment développé, et le plus souvent inapte à la gestation. Quelquefois, mais c'est la grande exception, les femmes qui ont ces petits utérus antéfléchis présentent tous les caractères de l'infantilisme. C'est alors qu'on trouve ces trompes anne- lées sur lesquelles Freund⁽¹⁾ a appelé l'attention. Il s'agit là d'un arrêt de développement général dont la cause nous échappe. Mais souvent aussi ces petits utérus antéfléchis se rencontrent chez des femmes stériles, quoique d'ailleurs bien conformées.

Quelle est la cause de cette antéflexion corporelle? Lorsqu'elle se produit au moment de la puberté en dehors de toute espèce d'accidents inflammatoires, on ne peut l'attribuer, il me semble, qu'à un vice de développement de l'organe.

La métrite, même chez des femmes pubères, peut aussi produire l'antéflexion. Le corps de l'utérus augmente de volume, et ramolli par l'inflammation il tombe en avant; puis la métrite continuant à évoluer amène la rigidité des parois, et l'organe se trouve fixé en attitude vicieuse. Schultze pense que, dans ces cas, la vraie cause de l'antéflexion, c'est la paramétrite postérieure, qui amène la rétraction des ligaments de Douglas, l'élévation du col et secondairement la flexion du corps. Il est certain que, dans beaucoup de cas d'antéflexion, on a la sensation, en pratiquant le toucher, que le col est loin et par suite que le vagin est allongé. Avec un instrument que j'ai fait construire par M. Collin, j'ai mesuré sur un assez grand nombre de malades la distance du col de l'utérus à la symphyse pubienne. Chose curieuse, je n'ai pas trouvé de différences notables entre les utérus antéfléchis, normaux ou rétrofléchis. J'ai même été fort surpris de constater que dans certains cas où l'utérus est manifestement abaissé, où le doigt rencontre tout de suite le col, la distance du col à la symphyse reste à peu près la même. Cela tient, je crois, à ce que l'utérus, en s'élevant et s'abaissant, décrit un mouvement curviligne dont le centre est du côté de la symphyse.

Enfin il faut signaler, parmi les causes de l'antéflexion, l'involution incomplète ou vicieuse de l'utérus à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. D'après E. Martin, la paroi postérieure de l'utérus resterait plus volumineuse que la paroi antérieure, et cet état de subinvolution partielle serait lié à l'insertion du placenta sur cette dernière.

Symptômes. — A. Martin décrit une *antéflexion aiguë*, survenant pendant la période puerpérale. L'utérus encore trop volumineux glisse prématurément le long de la symphyse dans le petit bassin, et il remplit toute l'excoriation pelvienne, le col s'arc-boutant contre la courbure du sacrum. Les femmes sont prises tout à coup de strangurie; les efforts de miction amènent des hémorragies; et sous l'influence de la douleur et de la perte de sang il peut survenir des syncopes. Le redressement de l'utérus amène un soulagement immédiat.

La majorité des cas d'antéflexion pathologique qu'on observe se présentent avec des caractères très tranchés. Il s'agit de femmes jeunes qui ont des accidents dysménorrhéiques depuis l'instauration de leurs règles, et qui sont restées stériles.

Lorsqu'on pratique le toucher, on trouve dans certains cas le col en position normale; dans d'autres, il est absolument dans l'axe du vagin, l'orifice regar-

⁽¹⁾ FREUND, *Samml. klin. Vorträge von R. von Volkmann*, 1888, n° 525.

dant vers la vulve, comme si le corps était en rétroversion. Mais dans l'un et l'autre cas, le corps est au contraire en antéflexion; on le saisit aisément entre les deux mains par la palpation bimanuelle. On sent l'angle de flexion qui sépare le col du corps et l'on peut constater que l'utérus présente une certaine rigidité, et ne se laisse pas redresser. Il s'agit de cette antéflexion que j'ai qualifiée primitive et qu'on a appelée, suivant les idées qu'on se faisait de la pathogénie congénitale, puérile ou de la puberté.

La dysménorrhée a dans ces cas une origine mécanique. Au niveau de l'angle de flexion, les deux parois de l'utérus sont accolées l'une à l'autre, et le calibre du canal est par cela même notablement diminué. Le sang ne pouvant s'écouler au dehors s'accumule dans le corps de l'utérus, et y détermine des contractures douloureuses. Aussi on voit souvent ces douleurs cesser, dès que la résistance du col est vaincue et que le sang commence à couler.

Fritsch ni Schultze n'admettent cette origine mécanique de la dysménorrhée. Pour Fritsch, les douleurs seraient dues à la tension anormale produite dans les vaisseaux, par suite de leur coudure. Pour Schultze, tous les phénomènes douloureux doivent être rapportés à la métrite et à la paramérite postérieure. Mais il y a certainement des cas où ces douleurs existent sans qu'il y ait la moindre trace d'inflammation utérine.

On observe quelquefois de la dysurie. Ce symptôme m'a paru rare, de même que le ténesme rectal; lorsqu'il existe, c'est au moment des crises de coliques utérines, et il n'a d'autre valeur que celle de douleurs associées.

Dans une autre forme, les phénomènes dysménorrhéiques ne commencent pas dès l'instauration des règles. Ils débutent plus tard, presque toujours, sinon toujours chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et s'accompagnent de symptômes de métrite, leucorrhée, hémorragies, etc. Dans ces cas, l'antéflexion est le résultat direct de la métrite, et c'est alors qu'on peut observer les phénomènes de paramérite postérieure.

L'antéflexion d'origine puerpérale, non pas l'antéflexion aiguë dont j'ai déjà parlé, mais l'antéflexion chronique due à une involution incomplète ou irrégulière, ne se manifeste symptomatiquement qu'un certain temps après les couches. A. Martin déclare même que les sensations douloureuses deviennent de plus en plus vives, à mesure qu'on s'éloigne de cette époque. Dans ces cas-là l'utérus est gros, et les sensations de pesanteur sur la vessie et le périnée, de réplétion rectale, sont plus accentuées que dans les autres formes d'antéflexion.

Le pronostic de l'antéflexion est assez sérieux, car l'état dysménorrhéique qu'elle entraîne est extrêmement pénible et il n'est pas facile d'y remédier. D'après Schultze, l'antéflexion, ou du moins la paramérite postérieure à laquelle elle est liée, engendre souvent la chlorose. Dans la plupart des cas de chlorose rebelle, il a trouvé, dit-il, des résidus de paramérite postérieure. Enfin l'antéflexion primitive a souvent pour conséquence la stérilité⁽¹⁾. Mais quand la grossesse se produit, elle constitue le meilleur mode de traitement de la maladie, à la condition que l'involution post-puerpérale soit bien dirigée.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'antéflexion est très facile pour quiconque a l'habitude de l'examen bimanuel. Il y a cependant des causes d'erreur qu'il

⁽¹⁾ Bien que Schultze traite cette opinion classique d'ancienne manière de voir, et que A. Martin ne l'admette pas, je la tiens pour absolument fondée.

faut savoir éviter. Je rappellerai d'abord un précepte capital quand il s'agit de déviations utérines, c'est de ne porter le diagnostic qu'après avoir nettement senti le corps de l'utérus. Se borner à reconnaître la situation du col, c'est s'exposer à de grossières erreurs. Ainsi par exemple, quand on trouve le col dans l'axe du vagin et que le doigt arrive directement sur l'orifice externe, on est tenté de conclure que l'utérus est en rétroversion. Cela est vrai dans la majorité des cas, mais non pas toujours, puisque dans l'antéflexion corporelle de Gaillard Thomas, puérile de Schultze, l'antéflexion de la puberté, le col souvent allongé est précisément dans l'axe du vagin. Il ne suffit donc pas de constater la situation du col pour faire le diagnostic; c'est pour cela que le toucher à lui seul est toujours insuffisant.

Un petit fibromyome développé dans la paroi antérieure de l'utérus pourrait être pris pour le corps utérin lui-même. C'est dans ces cas-là que l'erreur est le plus facile; et même l'exploration bimanuelle n'en préserve pas sûrement. Il faut recourir au cathétérisme.

Le cathétérisme de l'utérus dans les antéflexions fortes présente quelquefois de grandes difficultés, bien qu'il n'y ait aucune espèce de sténose véritable du canal utérin. Au niveau de l'angle de flexion, le bec de la sonde butte contre la paroi postérieure, sans trouver l'axe du canal. Il faut alors se servir d'hystéromètres malléables, en cuivre ou en argent, auxquels on donne préalablement la forme qui paraît la plus convenable, d'après les constatations faites par l'examen bimanuel. Lorsque l'antéflexion est très aiguë et fixe, soit parce que l'utérus est rigide, soit parce qu'il s'est formé des adhérences entre les deux surfaces rapprochées par la déformation (voy. fig. 47), le cathétérisme peut être impossible. Il faut alors recourir à la dilatation progressive du col, qui permet de trouver plus facilement le chemin du corps.

M. Pozzi signale comme cause d'erreur un calcul vésical déprimant le cul-de-sac vaginal antérieur. Je ne crois pas qu'on soit exposé à de grands dangers de ce côté.

Traitement. — Toutes les fois que l'antéflexion s'accompagne de métrite, c'est à cette dernière que le traitement doit s'adresser d'abord. Il est particulièrement indiqué dans ces cas de maintenir l'utérus largement dilaté pendant longtemps, et de le surveiller lorsqu'on le laisse revenir sur lui-même de manière à diriger cette sorte d'involution artificielle.

Bien souvent, il n'y a pas de métrite et les malades viennent consulter pour la dysménorrhée et souvent aussi parce qu'elles sont stériles. Le traitement est alors difficile.

Le redressement brusque fait avec la sonde est complètement inutile; l'utérus se replace en position vicieuse dès que l'instrument est retiré.

La dilatation progressive obtenue soit avec des laminaires, soit avec des bougies d'Hager et maintenue un certain temps peut donner des résultats, mais ils sont aléatoires. J'ai vu des malades chez qui la dysménorrhée a définitivement disparu, tandis que chez d'autres le soulagement n'a été que temporaire. Les accidents ont reparu au bout de quelques mois aussi pénibles que par le passé.

Le massage, d'après la méthode de Thure-Brandt, a donné de bons résultats à Viedow⁽¹⁾. En France, nous manquons d'expérience sur cette méthode, digne

⁽¹⁾ VIEDOW, *Cent. für Gyn.*, 1890, n° 52, p. 950.

d'être essayée. Les ceintures hypogastriques ne servent pas à grand'chose, surtout s'il s'agit de remédier à la stérilité. Les pessaires vaginaux sont absolument inutiles. Ces instruments n'agissent que sur les culs-de-sac vaginaux et, par leur intermédiaire, sur les moyens de suspension, aponévrose sacro-rectogénitale, releveur de l'anus, qui s'insèrent au col. Ils peuvent maintenir la position de l'utérus, mais ils restent sans effet sur sa forme : car le corps échappe complètement à leur action. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que A. Martin ait abandonné les pessaires vaginaux dans les cas d'antéflexion, et que Schultze, si grand partisan de ces instruments, n'en parle même pas dans son chapitre sur l'antéflexion.

Les seuls pessaires qui puissent agir sur l'antéflexion, ce sont les pessaires intra-utérins. Ces instruments, vantés par Simpson et par Valleix, ont causé autrefois des accidents terribles. On peut très bien les employer aujourd'hui, grâce à l'antisepsie. Le meilleur de tous me paraît être celui de Fehling. C'est un tube de verre, monté sur un pavillon élargi qui s'appuie sur le col. Le tube est légèrement incurvé et muni de trous latéraux. Il doit être d'un 1/2 centimètre moins long que la cavité de l'utérus, dans lequel on l'introduit. Avant de le mettre en place, on obture l'orifice inférieur du tube par une boulette de coton, et on le remplit de poudre d'iodoforme. La malade peut circuler avec le pessaire qu'on enlève au bout de huit, dix ou douze mois. Ce laps de temps est peut-être exagéré. J'ai essayé une fois ce pessaire; mais je n'ai jamais pu le maintenir dans l'utérus. Bien qu'il ne déterminât aucune espèce de douleurs, il était toujours expulsé.

On a imaginé bien des interventions chirurgicales pour remédier aux accidents dysménorrhéiques : la *discision du col*, les *stomoplasties*, les *utéroplasties*.

La *discision du col* a été pratiquée d'abord par Simpson, qui avait inventé pour cela un instrument spécial, le métrotome. L'hystérotome de Collin, les ciseaux de Küchenmeister ont le même but. Sims a recommandé particulièrement pour les cas d'antéflexion la *discision sagittale*, qui consiste à inciser sur la ligne médiane la lèvre postérieure jusqu'à l'orifice interne.

Schröder et A. Marlin font la *discision bilatérale* après ligature préalable des artères utérines. Kehrer préconise la *discision rayonnante*, qui consiste, après avoir séparé le col en deux lèvres, à sectionner chacune de ces lèvres en trois ou quatre fragments. Nott commence par la *discision bilatérale*, puis il incise profondément la lèvre postérieure et termine par une amputation de la lèvre antérieure. Defontaine donne à son procédé le nom d'*hystérotomie sphinctérienne*. Il incise d'abord le cul-de-sac antérieur et décolle la vessie comme pour faire une hystérectomie vaginale, puis il incise la lèvre antérieure sur la ligne médiane jusqu'au-dessus de l'isthme.

Les *stomoplasties* comprennent aussi de nombreux procédés. Celui de Courty, *autoplastie par formation de commissures artificielles*, agit plutôt sur l'orifice externe que sur l'orifice interne, je ne crois donc pas qu'il puisse rendre de grands services dans les cas d'antéflexion. J'en dirai autant du procédé de Dudley, qui est d'ailleurs compliqué, et de celui de Pozzi.

Au contraire, le procédé de Nourse s'adresse surtout aux antéflexions. Ce chirurgien divise le col en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure par deux incisions latérales qu'il fait remonter très haut, sans tenir compte des artères utérines. Puis redressant l'angle de flexion avec l'hystéromètre, il fixe la

lèvre antérieure pendant qu'il attire fortement en bas la lèvre postérieure de manière à faire glisser les deux lèvres l'une sur l'autre, et les fixe par des points de suture dans cette nouvelle position. Le principe de cette opération est très rationnel, mais il s'agit de savoir dans quelle mesure on peut faire glisser les deux lèvres du col l'une sur l'autre.

Reed pratique une opération qui se rapproche des utéroplasties. Il sectionne longitudinalement la lèvre postérieure sur la ligne médiane jusqu'au cul-de-sac vaginal. Puis sur chaque lambeau il résèque un coin à base externe sans intéresser la muqueuse et réunit cette plaie verticale de manière à avoir une ligne de suture transversale.

Les procédés d'utéroplastie visent plutôt la rétroflexion que l'antéflexion; mais on peut également les appliquer à l'antéflexion en agissant sur la face postérieure de l'utérus au lieu d'agir sur l'antérieure. Je décrirai les procédés de Rabenau et d'Elischer à propos de la rétroflexion. Je me borne à mentionner le procédé de Doyen, car l'auteur a décrit la technique qu'il convient d'employer lorsqu'il s'agit d'antéflexion. On incise le cul-de-sac postérieur et on ouvre le cul-de-sac de Douglas, puis après avoir fait basculer l'utérus en arrière, on place un fil sur sa face postérieure de manière à la fixer. Cela fait, on passe sur la face postérieure au niveau de l'angle de flexion une série de fils en U qui ont pour effet de rapprocher la face postérieure du corps de celle du col et par conséquent de maintenir l'utérus redressé.

On a proposé aussi de traiter les antéflexions par l'hystéropérisie abdominale antérieure. Cette proposition qui peut sembler singulière au premier abord me paraît très rationnelle.

Il est bien difficile de porter un jugement sur tous ces procédés. Je me bornerai à l'appréciation générale suivante. Convaincu que le rétrécissement de l'isthme est uniquement dû à la flexion qui coude et aplatit le canal, je fais assez peu de cas des opérations qui lacèrent le col. Nos préférences sont pour les utéroplasties, qui en redressant l'utérus suppriment l'aplatissement du canal cervical.

VI

RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION

Les rétrodéviations de l'utérus sont de beaucoup les plus fréquentes. Saenger en compte 188 cas sur 700 malades gynécologiques, soit 15,48 pour 100, Winckel, 9,10 pour 100; Lœhlein, 18 pour 100. Sur 118 cas gynécologiques dont j'ai recueilli les observations à la clinique de la Charité, j'en trouve 50 atteintes de rétrodéviations (25,7 pour 100), pour 4 atteintes d'antéflexion, 1 d'antéversion. Les rétrodéviations ont beaucoup exercé dans ces derniers temps l'activité des gynécologues : il n'est peut-être pas de maladies contre lesquelles on ait imaginé des opérations si nombreuses, ni si variées.

L'importance pathologique des rétrodéviations a passé par certaines fluctuations que j'ai brièvement indiquées au début de ce chapitre. Aujourd'hui même l'accord n'est pas absolument fait sur ce point. Pour certains gynécologues,