

des bourgeons charnus avoisinant l'orifice profond urétral peu de temps après la formation de la fistule.

Le calibre du canal a pu être rétabli à l'aide d'un instrument parti-

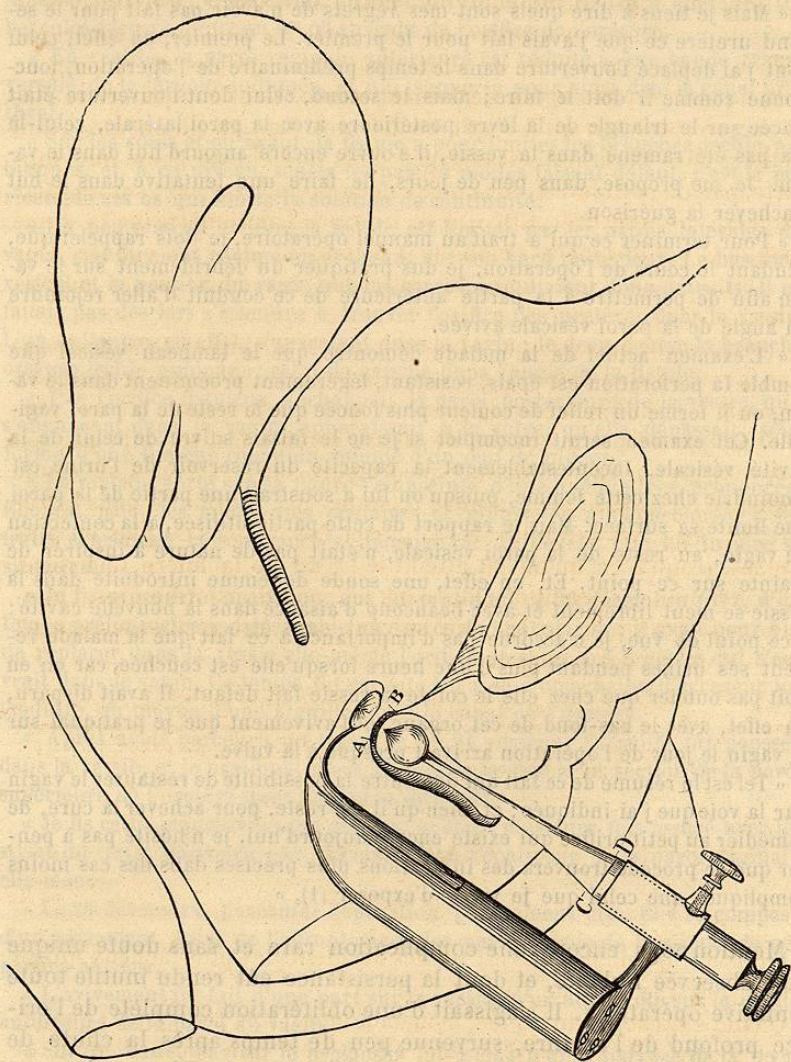


Fig. 345. — Uréthrotome vu en place, devant agir par pression continue et destiné à détruire la petite rondelle de tissu (*).

culier que nous appellerons avec l'auteur *uréthrotome à pression continue*, et qui agit à la façon de l'entérotome de Dupuytren dans l'opéra-

(*) AB, rondelle de tissu vue de profil; CD, ligne gravée sur la tige métallique et se trouvant à 0^m,001 de la gaine, lorsque les tissus compris suivant la ligne B sont entièrement détruits.

tion de l'anus contre nature. Cet instrument se compose (fig. 345) de deux pièces principales dont l'une, supportant une cupule d'acier, est destinée à être placée dans la fistule elle-même derrière le cul-de-sac urétral, et dont l'autre, composée d'une tige d'acier qui traverse le canal de l'urèthre, se termine en une sorte de renflement sphérique hérissé, comme la cupule, de petites aspérités. Cette petite sphère, en s'appliquant sur la cupule déjà mentionnée, vient comprimer le cul-de-sac urétral AB, qu'il s'agit de détruire. La tige elle-même, avant d'entrer dans l'urèthre, est engagée dans une courte gaine que supporte, par un petit levier, le manche de la première pièce; sur une tige est gravé un petit trait, CD, qui se trouve à 1 millimètre de la gaine lorsque la petite sphère s'emboîte exactement dans la cupule. Une vis sert à fixer d'une manière invariable ces deux pièces principales.

L'instrument est appliqué sans difficulté le 27 juillet 1853 et maintenu pendant cinq jours. Il est retiré le 1^{er} août, dès que le trait CD, apparaît à 1 millimètre de la gaine et que l'instrument, n'étant plus soutenu par la petite couche de tissus comprimés, retombe par son propre poids sur la commissure postérieure de la vulve. Une sonde ordinaire de trousse peut, séance tenante, être introduite dans l'urèthre, et, les jours suivants, on fait passer des bougies de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'on ait atteint le n° 22 de la filière Charrière. Cette femme se trouvant dès lors dans les conditions ordinaires, l'opération est pratiquée le 12 août suivant, sans être malheureusement suivie d'un succès complet.

NOTA. — La première observation se rapporte à une femme opérée deux fois sans succès par la méthode de Jobert (de Lamballe), et atteinte d'une fistule peu étendue, dans de bonnes conditions. — Deux autres malades, dont je n'ai fait que mentionner l'observation, n'ont pas pu être opérées, par suite de complications ci-dessus mentionnées.

CHAPITRE VI

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE.

La déchirure du périnée est un des accidents les plus fâcheux qui se produisent à la suite de l'accouchement.

Quand elle est peu marquée, la malade en est très peu gênée; quand, au contraire, elle est considérable, elle devient une cause d'ennui et de souffrances continuelles. Il est donc fort important d'apporter un remède à cette blessure.

§ I. — Fréquence.

Bien que cet accident soit devenu relativement beaucoup plus rare, grâce à l'habileté des accoucheurs modernes, il est cependant encore

assez fréquent pour se présenter souvent à l'observation des chirurgiens.

C'est surtout à la suite d'un premier accouchement que les femmes sont atteintes de cette triste infirmité, et c'est cette circonstance qui la fait souvent passer inaperçue. Outre la répugnance qu'elles éprouvent à parler d'un tel sujet, les femmes s'imaginent que les accidents qu'elles éprouvent sont la suite naturelle de leur accouchement, et il n'est pas rare de découvrir par hasard des cas déjà anciens de déchirure dont les sujets qui les présentent n'auraient jamais fait mention.

Le docteur Bourgeot (1) rapporte que sur 600 femmes accouchées à Lariboisière du 1^{er} janvier au 15 octobre 1872, 24 eurent le périnée déchiré; les trois quarts de ces femmes étaient primipares. Il s'agit en conséquence d'une moyenne de 4 p. 100.

Olshausen (2) pense que les déchirures périnéales se produisent dans une proportion beaucoup plus grande; il estime qu'une moyenne de 15 p. 100 n'est point exagérée. Dans son service de clinique, où l'on prend les précautions les plus minutieuses, il se produit, depuis dix ans, une moyenne de 21 p. 100 chez les primipares et de 4,7 p. 100 chez les multipares. L'auteur considère ces résultats comme d'autant plus satisfaisants que dans d'autres cliniques on a constaté une fréquence de 47 p. 100.

Ces chiffres indiqués par l'auteur allemand nous semblent exagérés, et nous ne comprenons guère comment dans son service, où l'on prend des précautions si minutieuses, il arrive à un pareil résultat. Ces moyennes ne sont d'ailleurs nullement en rapport avec celles qui sont admises par les auteurs modernes, qui fixent à 3 p. 100 la fréquence des ruptures périnéales.

§ II. — Anatomie du périnée.

Pour l'accoucheur, le périnée est l'espace compris entre la vulve et l'anus, d'une part, entre le vagin et le rectum, d'autre part. On peut donc distinguer dans le périnée une partie superficielle et une partie profonde.

La partie profonde est formée principalement par les parois postérieure du vagin et antérieure du rectum.

Le vagin, qui mesure à peu près 17 centimètres de hauteur, est libre à son extrémité supérieure et tapissé seulement par un repli du péritoine; plus bas, il est en rapport immédiat avec le rectum, auquel l'unit un tissu cellulaire dense et serré, et forme en ce point la paroi recto-

(1) V. Bourgeot, *des Déchirures du périnée, et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serre-fines*. Thèse 1872.

(2) Olshausen, *Ueber Dammverletzung und Dammschutz* (Sammlung klinische Vorträge von Volkmann, n° 44, 1872).

vaginale; enfin, à la partie inférieure, il s'écarte de l'extrémité de l'intestin dont le sépare une couche de tissu cellulo-graisseux.

Dans la partie superficielle, le périnée présente à étudier :

1° La *peau*. Cette peau, d'une couleur foncée, est souvent recouverte de poils et présente sur la ligne médiane un raphé. Chez la fille vierge, cette couche superficielle du périnée mesure de 2 1/2 à 3 centimètres; chez la femme qui a eu plusieurs enfants, elle est plus courte.

Le périnée s'amincit de plus en plus en se rapprochant de la vulve, et finit par n'avoir plus que l'épaisseur de la peau et de la muqueuse vaginale accolées: il forme à cet état un pli très mince qu'on nomme la *fourchette*. C'est par la déchirure, presque infaillible de ce pli, lors d'un premier accouchement, que le périnée perd de son étendue.

2° Au-dessous de la peau on trouve un *tissu cellulo-graisseux* plus ou moins abondant, suivant les sujets.

3° Une *aponévrose superficielle* qui recouvre la masse musculaire formée par les sphincters anal et vulvaire et par les muscles transverses.

4° Le *sphincter anal*.

5° Les *muscles transverses*.

6° Une *aponévrose*, dite *aponévrose périnéale profonde*, que l'on a décrite comme formée de deux feuillets.

7° Les *fibres du releveur de l'anus*.

8° L'*aponévrose pelvienne*.

Les vaisseaux et nerfs de cette région sont des branches de l'artère honteuse interne et des filets du nerf honteux. Ces vaisseaux et nerfs ont peu d'importance au point de vue des déchirures du périnée.

Le fait anatomique sur lequel il est nécessaire d'insister, si l'on veut comprendre la lésion dont nous parlons et les divers procédés opératoires qui ont été proposés, est la disposition normale des muscles. Tous, sphincter anal, sphincter vulvaire, transverses du périnée, fibres du releveur, viennent s'entre-croiser et aboutir sur un point central, qui est le périnée. Or, comme les déchirures se font d'avant en arrière, il en résulte que les fibres de tous ces muscles, venant à se contracter, tendront à écarter les lèvres de la solution de continuité et à en empêcher la réunion. On peut dès lors entrevoir toutes les difficultés qui se présenteront pour remédier aux lésions de ce genre.

Au moment où la tête de l'enfant descend dans la cavité du bassin, et remplit cette cavité, elle presse forcément sur la partie inférieure du rectum et sur le sphincter de l'anus. A ce moment, elle change de direction, elle se porte en avant et en bas et vient distendre successivement le bord antérieur et le plancher du périnée. Quand la résistance musculaire est considérable, ce qui arrive dans le cas d'un premier accouchement, la membrane muqueuse du vagin, par suite de son adhérence très lâche avec les tissus sous-jacents, se renverse en partie et forme une sorte de périnée artificiel. Dans ce cas, la membrane mu-

queuse est presque toujours déchirée; mais il se peut que la rupture n'aille pas plus loin, et, si l'on examine le lendemain de l'accouchement, on trouve cette membrane muqueuse rétractée et le vrai plancher périnéal intact. Ces cas ne doivent pas être confondus avec la déchirure du périnée dont nous allons nous occuper.

§ III. — Causes.

Parmi les causes des déchirures du périnée, les unes sont *prédisposantes*, les autres sont *déterminantes*.

I. *Causes prédisposantes*. — Les causes prédisposantes sont le résultat d'affections organiques qui ont modifié les formes normales du squelette ou des parties molles : ainsi, le rachitisme, l'ostéomalacie, les tumeurs syphilitiques ou autres, une consolidation vicieuse à la suite d'une ancienne fracture, la trop grande mobilité du coccyx.

1° Si le sacrum est trop perpendiculaire, la tête de l'enfant, au lieu d'être dirigée en avant, suivant l'axe du détroit inférieur, est poussée en bas et en arrière vers la paroi postérieure du périnée.

2° Si l'angle formé par l'arcade pubienne est trop aigu, de façon que la partie qui se présente ne puisse se loger dans cet angle, il en résulte une dilatation exagérée du vagin, et la tête appuyée avec une force inaccoutumée sur la paroi antérieure du périnée.

Du côté des parties molles, le relâchement des muscles, une trop grande épaisseur des parties, une agglomération de tissus cellulo-graisseux dans le creux ischio-rectal, l'étroitesse et la rigidité de la vulve, ainsi qu'on l'observe souvent chez les femmes qui deviennent enceintes pour la première fois dans un âge avancé.

3° L'épaississement de l'urèthre et des parties environnantes peut donner lieu à un mécanisme semblable.

4° Le passage trop rapide de la tête à travers les parties molles peut donner lieu à une déchirure. Cette rapidité exagérée dans le travail peut être la conséquence de douleurs trop violentes ou trop rapprochées ou bien d'un volume trop petit de la tête, ce qui l'empêche de subir les divers changements d'impulsion et de pouvoir se conformer à la direction des divers axes du bassin.

5° Une exostose sur un point quelconque de la cavité pelvienne suffit pour changer la direction de la tête et donner lieu à une rupture.

6° Une étendue exagérée du périnée peut arrêter la tête dans sa descente et l'empêcher de glisser vers le bord antérieur.

7° La rigidité du périnée, une cicatrice ancienne empêchent la dilatation et préparent une rupture par suite des contractions plus énergiques que la matrice est obligée de faire.

8° Le tissu du périnée peut être affaibli par une maladie ou par une pression exagérée.

9° L'occlusion du détroit inférieur par la membrane hymen. Comme cette membrane, bien que beaucoup plus mince que le périnée, est beaucoup moins extensible, elle peut résister aux contractions qui se reportent toutes sur le périnée et en amènent la déchirure. Nous avons vu un fait dans lequel la membrane hymen résistait à la pression de la tête, quoique les contractions fussent énergiques et que depuis deux heures le périnée fût complètement distendu. Sans aucun doute, les muscles eussent cédé les premiers, si l'on n'eût pratiqué artificiellement la rupture de l'hymen. Du reste, la déchirure de la membrane hymen peut aussi s'étendre à tout le périnée.

II. *Causes déterminantes*. — Ces causes peuvent dépendre de la femme, du produit, de l'accoucheur ou d'une violence extérieure.

A. Les causes qui tiennent à la mère sont :

1° Des douleurs qui se succèdent trop rapidement, surtout quand la femme contribue par ses efforts à l'expulsion rapide du fœtus; l'excès d'amplitude du vagin; l'agrandissement du détroit inférieur; enfin, les contractions utérines résultant d'une administration intempestive du seigle ergoté. Cette dernière cause, qui pourrait ainsi être rapportée à l'accoucheur, est très fréquente, et l'on doit, surtout chez les primipares, être avare de seigle ergoté. Il faut ne le donner qu'en temps opportun et quand la distension du périnée sera assez avancée pour répondre au degré des contractions utérines.

2° Les positions assise ou debout qui tendent à déplacer l'axe du détroit supérieur, portent le produit sur le plan postérieur du détroit inférieur et distendent de la sorte le périnée.

3° Les lésions mêmes des parties molles, telles que des cicatrices vicieuses, ou des difformités accidentelles par suite d'œdème, de thrombus, de kystes, etc.

B. Les causes déterminantes dépendant du fœtus sont :

1° L'augmentation de volume de l'enfant, comme dans l'hydrocéphalie, l'hydrorachis, l'ascite.

2° Certaines positions, comme les occipito-postérieures, les présentations de la face. Dans ces deux cas, il peut même se faire que la déchirure se fasse d'arrière en avant. Le mouvement de bascule ne pouvant se faire librement en avant autour de l'arcade du pubis, l'occiput ou le front porte directement sur le plancher périnéal et en détermine la rupture. Dans quelques cas de présentation de la face, on a vu la tête perforer en arrière le périnée.

3° La présentation des fesses, si elles se présentent directement toutes les deux à la fois. La présentation de la face ou des pieds peut être aussi une cause de déchirure. Dupuy rapporte un cas dans lequel un pied sortit à travers le vagin et l'autre à travers le périnée.

4° Le passage des épaules après l'expulsion de la tête, s'il se fait trop rapidement, si le diamètre bi-acromial est grand, et surtout si, par un

empressement mal entendu, on veut dégager trop vite le fœtus au lieu de laisser agir la nature.

5° La mauvaise position de la tête de l'enfant donne lieu à cet accident. La tête, placée dans le sens de la longueur, se trouve avoir à parcourir un espace beaucoup plus long que d'habitude.

C. Les causes qui tiennent à l'accoucheur dépendent toujours de manœuvres mal exécutées.

L'accident peut tenir aux raisons suivantes :

1° La femme a été maladroitement placée pour son accouchement, ou bien elle s'éloigne trop du médecin, ou elle pousse avec une trop grande énergie au dernier instant.

2° Dans la version on amène le plan antérieur du fœtus, et de cette façon on se trouve en face d'une position occipito-postérieure.

3° Dans les applications de forceps, l'accoucheur néglige de s'assurer s'il a bien saisi la tête : aux premières tractions, le forceps peut, en s'échappant, déchirer le périnée.

Dans ces mêmes applications, on se hâte trop de déterminer l'extraction, ou bien si l'on exécute trop tôt, au moyen du forceps, le mouvement de flexion ou d'extension de la tête.

4° Le périnée peut être déchiré par suite du défaut de soin quand il y a eu application du forceps. En général, il faut le retirer à l'instant où la tête passe à travers l'orifice vaginal.

5° Enfin on omet de soutenir le périnée. C'est à tort qu'on a présenté cette manœuvre comme plus funeste qu'utile. Il est hors de doute qu'en s'y prenant doucement et d'une manière convenable, d'une part, on soulage la femme, et, d'autre part, on soutient et l'on protège efficacement le plancher périnéal.

D. Les violences extérieures, en dehors de tout travail d'accouchement, sont une cause de rupture.

Une femme de la campagne, occupée à attacher une vache, s'était penchée la tête en bas, quand une autre vache, entrant au galop dans l'étable, vint lui donner un coup de corne qui pénétra dans la vulve, déchira tout le périnée et une partie de la cloison recto-vaginale.

En face de toutes ces causes, on voit qu'il n'est pas toujours au pouvoir du médecin de prévenir les déchirures du périnée.

§ IV. — Diverses formes.

Suivant les causes, le siège, l'étendue, la profondeur et les circonstances particulières, les déchirures du périnée présentent quatre formes ou quatre degrés différents.

1° La rupture peut commencer au bord antérieur et aller jusqu'au sphincter, c'est le cas le plus fréquent.

2° La déchirure peut intéresser tout le périnée et le sphincter lui-

même. Dans ce cas, les cavités du rectum et du vagin se confondent.

3° La portion médiane du périnée peut être rompue, et le bord antérieur (la fourchette), aussi bien que le sphincter, rester intacts.

Les cas de ce genre ont été rapportés par Hernes, Coutouly (1), Lachapelle (2), Meckel (3), Lebrun (4), Thiebault (5), Frank (6), Moschner (7), Jungmann (8), Master (de Königsberg) (9), Trinchinetti (10), Merriman (11), Waller (12), Douglas (13), Joubert (14), Ellis (15) et Thatcher (16). Un cas semblable s'est présenté à Dublin.

4° La sécheresse peut s'étendre à la cloison recto-vaginale.

La déchirure peut se trouver juste sur le raphé central du périnée, ou bien sur l'un des côtés diagonalement, ou bien sous la forme d'un V ou d'un Y. Dans la plupart des cas cités plus haut, l'enfant était passé à travers l'ouverture centrale; cependant, dans quelques cas, avec des soins et de la prudence, il fut reporté vers l'orifice naturel, et l'on put éviter la déchirure de la fourchette.

La cloison recto-vaginale, le sphincter de l'anus et une portion du périnée peuvent être déchirés au point de laisser passer l'enfant tout en laissant intacte la partie antérieure du plancher.

Au premier degré sont les déchirures ou fentes vulvaires qui intéressent la fourchette et la peau du périnée dans une étendue plus ou moins considérable.

Au deuxième degré, tout le périnée est déchiré jusqu'au sphincter.

Au troisième, le sphincter lui-même est rompu : il ne reste intact que le rectum.

Enfin, au quatrième degré, les parties profondes sont atteintes comme les couches superficielles : la paroi recto-vaginale est rompue.

On pourrait encore noter ici les perforations ou déchirures centrales; mais cette lésion est tout à fait distincte de celles dont nous

(1) Coutouly, *Observations sur différents sujets d'accouchement*, p. 133.

(2) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1826, t. III, p. 138. — Duparcque, *Histoire complète des ruptures et déchirures*. Paris, 1818, p. 368.

(3) Meckel, *Neues Journ. für die Chir.*, vol. IV, 1811.

(4) Lebrun, *Annales de la méd. phys.*, juillet 1825.

(5) Thiebault, *Jour. de la Soc. de méd.*, vol. XXXIV, p. 178.

(6) Frank, *Bull. de Ferrussac*, t. XXII, p. 283.

(7) Moschner, *Bull. de Ferrussac*, t. XXII, p. 283.

(8) Jungmann, *Perforation du périnée pendant l'accouchement* (*Siebold's Journal für Geburtshülfe*, 1830, t. IX, 3^e cahier, p. 594, et *Archives générales de médecine*, 1830, 1^{re} série, t. XXIV, p. 587).

(9) Master, *Siebold's Journ. für Geburtshülfe*, 1830, 3^e cahier, p. 726, et *Archives générales de médecine*, 1830, 1^{re} série, t. XXIV, p. 588.

(10) Trinchinetti, *Osservazioni sullo parto dif.* Milan, 1819.

(11) Merriman, *A synopsis of the various kinds of difficult parturition*. London, 1826, p. 263.

(12) Waller, *Note in Denman's introduction to the practice of midwifery*, p. 36.

(13) Douglas, *Dublin hosp. Reports*, vol. III.

(14) Joubert, *Bull. de la Soc. méd. d'émul.*, janvier 1822.

(15) Ellis, *Amer. Journ. of med.*, janvier 1849, p. 260.

(16) Thatcher, *Edinb. month. Journ.*, janvier 1851.

venons de parler : la cause, le traitement, sont de tout point différents ; nous n'en dirons que quelques mots.

Les déchirures, ou fentes vulvaires, qui n'intéressent que la fourchette, et s'étendent tout au plus à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, sont très fréquentes. Elles sont presque constantes dans un premier accouchement, et, en réalité, il n'y a presque jamais lieu de s'en préoccuper. Les premiers jours, ces fentes paraissent beaucoup plus considérables à cause de l'engorgement des parties ; mais, les jours suivants, les tissus reviennent sur eux-mêmes, et la plaie devient très petite. Du reste, ces déchirures n'enlèvent à la vulve aucune de ses propriétés contractiles.

Au deuxième degré, les muscles sont intéressés. Il en résulte que, en se contractant isolément, ils écartent les lèvres de la solution de continuité et l'empêchent de se cicatrifier. L'écoulement des lochies et de l'urine contribuent encore, d'autre part, à empêcher cette cicatrisation. Cette lésion, plus sérieuse que celle du premier degré, ne peut guérir spontanément. Avec le temps, au contraire, les accidents ne font que s'aggraver : la vulve, qui a perdu sa contractilité, prend des proportions de plus en plus considérables ; par suite même, les accouchements deviennent trop faciles, et la femme est exposée aux accidents de prolapsus utérin.

Au troisième degré, le rectum et quelques fibres du sphincter restent seuls intacts, les accidents sont encore plus graves que dans le cas précédent.

Enfin, au quatrième degré, la vulve et l'anus sont confondus : les parties génitales de la femme ne forment plus qu'un véritable cloaque.

Les lèvres de la solution de continuité, tirées en dehors par la contraction des muscles, et baignées sans cesse par l'écoulement lochial, par les urines et par les excréments, se cicatrisent sans se réunir et prennent le caractère d'une membrane muqueuse. Les lèvres sont régulières ou irrégulières. Quand on les écarte, on aperçoit au fond les orifices vaginal et rectal séparés par l'éperon constitué par les débris de la cloison recto-vaginale ; plus bas, le cloaque est formé, en avant, par les parois vaginales antérieures et latérales ; en arrière par les parties latérale et postérieure du rectum ; sur les côtés, par une large surface triangulaire dont on peut facilement se faire une idée.

Bientôt les lèvres se tuméfient et s'enflamment, présentent des callosités, des eschares ; puis, au bout de quelques jours, l'inflammation se modère ; il se forme des bourgeons charnus, et la cicatrisation se fait isolément pour chaque lèvre.

Cette affection se complique ordinairement d'un prolapsus utérin qui est d'autant plus incommode qu'on ne peut maintenir l'utérus que par un pessaire spécial, très difficile à adapter, et surtout à conserver.

Du reste, pour peindre l'état des malheureuses affectées de cette infirmité, on ne peut mieux faire que d'emprunter au mémoire de Roux la description suivante : « La femme, en cet état, est dans la plus horrible position : perdant continuellement des gaz intestinaux et des matières fécales, elle est obligée de vivre à l'écart, loin du monde, d'abandonner toutes ses habitudes. Pour diminuer, autant que possible, la quantité des fèces, elle contente à peine son appétit. De toutes ces privations, il résulte que la malheureuse dépérit chaque jour de plus en plus, et supporte difficilement une vie qu'elle voudrait voir s'éteindre. »

§ V. — Pronostic.

Si la rupture est peu grave, il n'y a aucune conséquence mauvaise à redouter.

Mais, si elle s'étend jusqu'à l'anus, la malade ne sent plus aucune résistance au niveau du détroit inférieur, et elle éprouve sans cesse la sensation d'un corps qui voudrait tomber. Sans aucun doute, un accident de ce genre favorise beaucoup les chutes de l'utérus. Si la cloison recto-vaginale a été déchirée, la situation de la malade est réellement digne de pitié. Les fèces passent involontairement à travers le vagin, et la propreté la plus minutieuse ne peut empêcher une odeur infecte. Les lochies qui passent sur les lèvres de la plaie en empêchent la cicatrisation ; les bords de cette plaie deviennent calleux et prennent l'aspect d'un ulcère.

Si la déchirure est peu étendue, elle se rétracte et guérit en très peu de temps : dans les cas même où la cloison recto-vaginale a été intéressée, une cicatrisation partielle peut se faire ; il ne reste plus qu'une fistule : la malade est donc, en partie au moins, guérie de son infirmité ; mais cette guérison, même incomplète, demande encore des mois ou des années.

§ VI. — Traitement.

Le traitement se divise en *prophylactique* et en *curatif*.

I. *Traitement prophylactique*. — Il consiste à prévenir toutes les causes de déchirure du périnée, soit en plaçant les femmes dans une position convenable, soit en donnant aux parties molles le degré de souplesse et de résistance qu'elles doivent avoir, soit en agrandissant les dimensions de la vulve lorsqu'une rupture paraît imminente. La femme doit être couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, les genoux écartés et le siège reposant sur un coussin assez résistant pour l'empêcher de s'enfoncer dans l'épaisseur du matelas. Dans cette position, rien ne pourra contrarier les divers mouvements imprimés au fœtus.