

tait intact qu'une très-petite portion du pédicule, on la coupa avec des ciseaux, et la tumeur fut enlevée. La malade quitta l'hôpital quelques jours après : elle était complètement guérie. Au terme de sa grossesse, elle revint pour accoucher : tout se passa bien, et elle se rétablit très-vite.

Dans ce cas, il s'agit d'un vrai polype. De même que, dans le cas précédent, il n'y avait eu aucun symptôme fâcheux, mais simplement une gêne locale, qui tenait au volume et au déplacement de ce polype.

[[Ordinairement, la tumeur est pédiculée. Le point d'insertion de ce pédicule est variable ; tantôt il a lieu sur la paroi postérieure du vagin, tantôt sur la paroi antérieure, quelquefois le pédicule manque et l'insertion se fait par une base large de 2 ou 3 centimètres.

Ces polypes ne se révèlent qu'après un temps quelquefois très-long par une sensation de pesanteur au périnée ou par les envies fréquentes d'uriner ou d'aller à la garde-robe quand ils compriment la vessie ou le rectum.

On devra distinguer ces polypes du prolapsus utérin, de l'allongement hypertrophique du col, des polypes utérins, de la procidence de la muqueuse vaginale.

Le traitement consiste à enlever le polype, et c'est à l'écraseur linéaire que l'on devra alors avoir recours.]]

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU VAGIN.

Ce déplacement, que l'on confond quelquefois avec le prolapsus utérin, est assez fréquent ; il est rare, si même il se rencontre jamais, chez les jeunes femmes et chez celles qui n'ont pas eu d'enfant.

Les conditions qui favorisent la production de cette infirmité sont le relâchement des parois et un prolapsus antérieur d'un autre organe (1).

Ce déplacement se présente sous trois formes : prolapsus de la paroi antérieure, de la paroi postérieure, et enfin de tout le vagin. Les deux premières formes coïncident toujours avec la chute d'un autre organe ; la dernière se présente isolément.

(1) Boudet, *Traitement de la chute du vagin et de la matrice*, Paris, 1828. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, XXVI^e livraison in-folio, planche IV. — Chomel, *Gazette des hôpitaux*, 1848, nos 11-35.

ARTICLE PREMIER

PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN ET DE LA VESSIE, OU, COMME L'ON DIT GÉNÉRALEMENT, PROLAPSUS VÉSICAL, CYSTOCÈLE VAGINALE (1).

§ I. — Causes.

Le mécanisme par lequel cette descente se produit est facile à comprendre. Le vagin, ou, suivant l'opinion de Sieboldt, la membrane interne seule se relâche pour une cause quelconque, telle que les grossesses répétées, etc., et l'urine, venant à s'accumuler, distend la vessie, la pousse

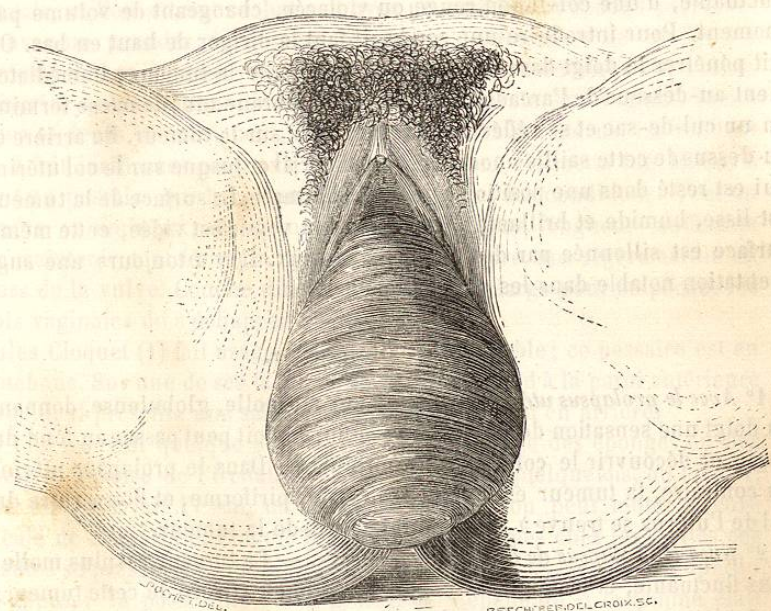


Fig. 56. — Prolapsus du vagin. (BOUVIN et DUCÈS, *Atlas*.)

de haut en bas et la fait saillir dans le vagin, qui cède lui-même. Chaque fois que cette accumulation se produit, la vessie se distend à un haut degré, jusqu'à ce qu'il en résulte une chute complète et une saillie à travers les parties extérieures.

§ II. — Symptômes.

La malade accuse une sensation de pesanteur, de tension dans le vagin, un vide dans la partie inférieure de l'abdomen, un malaise et quelquefois

(1) Boudet, *Mémoire sur la cystocèle vaginale*, 1835. — Malgaigne, *Journal de chirurgie*, novembre 1843. — Forget, *Cystocèle vaginale* (*Bulletin thérapeutique*, janvier 1844).

de la difficulté dans la marche. Par suite de sa distension, la vessie a perdu en partie sa puissance de contractilité, et il en résulte de la dysurie. Quelques malades m'ont raconté qu'elles ne pouvaient obtenir une évacuation complète qu'en relevant la vessie et en la maintenant dans sa position normale. Golding Bird (1) a signalé une conséquence très-désagréable de ce déplacement. Comme la vessie ne se vide par ordinairement, la quantité d'urine qui reste dans cette poche se décompose, devient fétide, et renferme plus tard des mucosités filantes. Il y a une irritabilité très-grande de la vessie, un besoin continuel et douloureux d'uriner.

En examinant les parties, on voit une tumeur arrondie, molle, élastique, fluctuante, d'une coloration rouge ou violacée, changeant de volume par moment. Pour introduire une sonde, il faut la diriger de haut en bas. On fait pénétrer le doigt dans le vagin au-dessous de la tumeur; immédiatement au-dessous de l'arcade du pubis, la membrane muqueuse se termine en un cul-de-sac et se réfléchit de cette arcade sur la tumeur. En arrière et au-dessus de cette saillie anormale, on peut arriver jusque sur le col utérin, qui est resté dans une position à peu près normale. La surface de la tumeur est lisse, humide et brillante; mais quand la vessie est vidée, cette même surface est sillonnée par des plis transversaux. Il y a toujours une augmentation notable dans les pertes blanches.

§ III. — Diagnostic.

1° *Avec le prolapsus utérin.* — La tumeur est molle, globuleuse, donnant au doigt une sensation de fluctuation; enfin, le doigt peut passer au fond du vagin et découvrir le col à sa place ordinaire. Dans le prolapsus utérin, au contraire, la tumeur est ferme, résistante, piriforme, et l'ouverture du col de l'utérus se trouve à la partie inférieure de la tumeur.

2° *Avec le prolapsus de la paroi postérieure.* — La tumeur est plus molle, plus fluctuante, et le doigt passe dans le vagin en arrière de cette tumeur; au contraire, dans le prolapsus de la paroi postérieure, le doigt ne peut être introduit qu'en avant de la tumeur.

3° *Avec le renversement de l'utérus.* — La tumeur diminue au moment du cathétérisme; elle est molle, polie, fluctuante; au contraire, dans le renversement de la matrice, la tumeur est rude, résistante, et le doigt ne peut s'introduire dans le vagin; il est arrêté par la réflexion de la membrane muqueuse.

§ IV. — Traitement.

Le premier point est d'empêcher toute accumulation d'urine dans la vessie, soit en favorisant les évacuations naturelles, soit en introduisant une sonde; cela seul diminuera d'abord le prolapsus et corrigera en partie

(1) G. Bird, *Medical Times and Gazette*, janvier 1853.

le relâchement des fibres. Des applications froides sur les parties extérieures, de l'eau froide additionnée d'un mélange astringent sur le bas-ventre, seront des moyens très-utiles, auxquels il faudra ajouter deux ou trois fois par jour des injections également froides et astringentes. Quand l'affection est récente, ce traitement seul et du repos suffiront quelquefois; mais quand elle dure depuis longtemps, quand le prolapsus est complet, il faut en arriver à des supports mécaniques. On peut alors placer dans le vagin soit une bougie suffisamment épaisse, soit un tampon de linge, que l'on maintient en place par un bandage en T; on peut encore distendre le vagin intérieurement, de manière à empêcher la saillie des organes environnants, et l'on atteint ce but soit avec un morceau d'éponge préparée, soit avec un pessaire de gomme élastique, de forme et de dimension appropriées. Les pessaires dont on se sert généralement dans les chutes de matrice ne sont d'aucun usage dans le cas de prolapsus vaginal. Leurs formes et leurs dimensions, qui sont appropriées à l'utérus, les rendent tout à fait inefficaces contre la seconde affection. Rognetta (de Milan) a décrit un pessaire qui lui a semblé remplir toutes les conditions. C'est un cylindre volumineux, de gomme élastique, d'une longueur suffisante pour maintenir tout le vagin distendu et pour faire une légère saillie en dehors de la vulve. Comme diamètre, il est assez large pour empêcher les parois vaginales de s'échapper sur les côtés.

Jules Cloquet (1) fait usage d'un pessaire semblable; ce pessaire est en caoutchouc. Sur une de ses faces, celle qui correspond à la paroi antérieure du vagin, il présente une saillie plus considérable qu'en arrière.

Si l'on trouvait quelque objection à faire à l'usage des éponges ou des pessaires, à cause de l'irritation qu'ils produisent quelquefois, ou bien si, après en avoir fait l'essai, on venait à échouer, on peut tenter la cure radicale de la maladie. Comme la plupart des femmes chez lesquelles ces maladies se présentent sont déjà d'un certain âge, il est à peu près superflu de supposer la possibilité d'une grossesse. Cependant si la femme était encore jeune, l'opération devra être mise de côté. Le passage d'un enfant pourrait amener la rupture de la cicatrice, et par suite une rechute très-grave.

L'opération consiste à enlever un lambeau triangulaire de la membrane muqueuse (en prenant pour base de ce triangle l'orifice du vagin) et à rapprocher les bords de la plaie au moyen de sutures. C'est la même opération que pour la cure radicale du prolapsus utérin. Par suite de ce procédé, le calibre du vagin se trouve diminué, et quand la cicatrisation est complète, la membrane muqueuse rétrécie fait un support à la vessie et la maintient en place. Un repos absolu et des injections vaginales froides, répétées deux ou trois fois par jour, seront prescrits pour empêcher le développement d'une inflammation. On pratiquera le cathétérisme aussi souvent

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine*, en 21 volumes, t. XVI, p. 357. — Jégo, thèse inaugurale. Paris, 1827, n° 1.

qu'il peut être nécessaire pour vider la vessie. Il sera à propos de maintenir les intestins dans un état d'inaction, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète : le moindre effort pourrait amener la déchirure de la cicatrice ; et quand, plus tard, il faudra faire aller à la garde-robe, on administrera un lavement.

Jobert, de Lamballe (1), a proposé un autre procédé :

« Je dessine sur la tumeur, au moyen du nitrate d'argent, deux lignes transversales, et, les attaquant à différentes reprises et à plusieurs jours d'intervalle avec le même caustique, j'arrive à détruire graduellement, et sans aucun accident inflammatoire, toute l'épaisseur correspondante de la paroi du vagin. Ceci fait, je ravive sans crainte avec le bistouri les bords de la surface cutanée attaquée d'abord par le caustique, et je laisse le fond intact ; je puis alors facilement mettre en rapport les deux plaies saignantes, et les maintenir en contact au moyen de la suture entortillée. Pour réunir ces deux points opposés, il faut refouler en haut toute la portion intermédiaire aux deux lignes, et repousser la vessie dans la place qu'elle occupe habituellement. La paroi devient ainsi plus résistante et la tumeur diminuée d'étendue.

« J'emploie, pour la réunion, des aiguilles dont les extrémités ont la forme de lance, et qui sont contenues dans des gaines. Celles-ci maintiennent seules les fils, les aiguilles devant être enlevées une fois la suture pratiquée. La longueur et le nombre des aiguilles sont en rapport avec la longueur de la tumeur. J'enfonce les premières aiguilles vers les extrémités des lignes, puis les autres traversent le milieu de la perte de substance ; je traverse d'avant en arrière la lèvre antérieure pour arriver, en franchissant l'espace intermédiaire, à la lèvre postérieure. Les fils jetés sur les extrémités des gaines des aiguilles rapprochent les lèvres de la plaie, qui se trouvent ainsi mises facilement en contact. Les lances sont retirées des gaines, qui demeurent seules en place. L'écoulement de sang est arrêté tout de suite par la suture.

« J'introduis dans la vessie une sonde de gomme élastique pour éviter les contractions de cet organe. On supprime la sonde du quinzième au vingtième jour.

« Lorsque la guérison est complète, il y a une diminution dans la longueur de la paroi sur laquelle on a agi, et l'utérus est nécessairement un peu attiré en bas. Cette paroi est, du reste, renforcée dans le point où la plicature existe, et l'on retrouve une cicatrice linéaire plus ou moins épaisse. Quelquefois l'agglutination ne se fait que dans un point de la longueur, et alors le résultat est complet, et l'on aperçoit un hiatus où la tumeur paraît. »

Trois fois Jobert a appliqué ce procédé avec succès.

Baker-Brown (2) enlève un lambeau longitudinal de la membrane muqueuse, rapproche les deux bords de la plaie par des sutures, répète la même opération sur la partie postérieure de l'orifice vaginal, et réunit les

(1) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II, p. 243.

(2) Baker-Brown, *Surgical Diseases of women*, p. 74.

bords de la vulve sur ce point, comme dans les cas de déchirure du périnée. Il a plusieurs fois réussi complètement, et l'on peut dire que ce procédé s'adapte très-bien à certains cas.

ARTICLE II.

PROLAPSUS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN ET DU RECTUM, OU RECTOCÈLE VAGINALE (1).

Le mécanisme suivant lequel ce déplacement se produit ressemble en tout à celui de la cystocèle ; seulement, en ce cas, la force de projection ne vient pas de la vessie, mais du rectum.

§ I. — Causes.

Ce déplacement est la conséquence d'une constipation habituelle et prolongée ; les fèces accumulées distendent le rectum dans une proportion considérable, et comme les parois du vagin sont molles et lâches, elles n'offrent point de résistance, et il suffit du moindre effort pour faire saillir la tumeur à travers l'orifice externe. Comme la distension date de plus loin, que les intervalles de soulagement sont plus distants que dans le cas de cystocèle, le vagin revient moins facilement à son état normal ; et même après que la cause de distension a disparu, les parois continuent à être flasques et toujours prêtes à se relâcher sous l'influence de la moindre pression. Malgaigne a publié un très-bon mémoire sur cette maladie. Sur 13 cas, les malades étaient réparties de la manière suivante : 4 étaient âgées de vingt-deux à trente ans ; — 4 de trente et un à quarante ; — 4 de quarante et un à cinquante ; — la dernière était âgée de cinquante-trois ans. — Toutes, à l'exception d'une seule, avaient eu des enfants : 3 avaient eu un enfant ; — 2 en avaient eu deux ; — 2 en avaient eu trois ; — 2 en avaient eu quatre ; — une en avait eu six ; — une autre sept ; — une autre dix. Chez 4 femmes qui n'étaient pas enceintes, l'accident était attribué à une chute, un coup, ou bien à des efforts violents. 3 étaient enceintes de six à neuf mois. Six fois la maladie était une conséquence du travail de l'accouchement, et une fois d'un avortement. Sur 16 cas, l'accident fut 7 fois compliqué de cystocèle ; — une fois de prolapsus utérin ; — 3 fois de cystocèle et de prolapsus utérin tout à la fois ; enfin, dans 5 cas, il n'y avait qu'une simple rectocèle.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la cystocèle : la malade se plaint de pesanteur à l'orifice du vagin, de gêne et de douleur

(1) Léon Coze, *De la rectocèle vaginale*, thèse de Strasbourg, 1842. — Malgaigne, *Mémoire sur un prolapsus particulier du rectum dans le vagin ou à travers la vulve, ou rectocèle vaginale* (*Mém. de l'Académie de médecine*, 1838, vol. VII, p. 485).

en marchant ; il y a en même temps un léger écoulement muqueux. On amène quelque soulagement en provoquant une évacuation ; mais ce soulagement est incomplet tant qu'il reste la moindre saillie vaginale.

En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une tumeur globuleuse plus ou moins volumineuse, compressible, mais non fluctuante, et à travers les parois de laquelle on peut quelquefois sentir les cybales. Le doigt passe facilement en avant de la tumeur, et l'on arrive jusque sur le col de l'utérus, qui est situé dans le bassin, à sa hauteur habituelle ; en arrière, le doigt est arrêté par la réflexion de la muqueuse, qui passe de haut en bas sur la tumeur. Quand le vagin en prolapsus est complètement distendu, la membrane muqueuse paraît lisse et polie ; mais, dès que le rectum a été vidé, la muqueuse vaginale forme des plis qui ne sont pas toutefois aussi réguliers que ceux que l'on voit sur la paroi antérieure.

§ III. — Diagnostic.

Ce déplacement doit être différencié :

1° *Du prolapsus de la paroi antérieure du vagin.* Il s'en distingue par sa situation vers la partie postérieure de l'orifice et par la possibilité de passer le doigt en avant de la tumeur. De plus, cette tumeur est compressible, mais non fluctuante, comme dans la cystocèle, et elle diminue après l'évacuation des fèces ;

2° *Avec le prolapsus utérin.* Le doigt introduit dans le vagin trouve le col à sa hauteur habituelle au lieu de le rencontrer à la partie inférieure de la tumeur, comme dans le prolapsus utérin. La tumeur est aussi plus molle, plus compressible, et plus variable comme dimension ;

3° *Avec le renversement de l'utérus.* La tumeur est plus molle et laisse passer le doigt antérieurement, de manière que l'on peut arriver jusque sur le col utérin, qui se trouve dans le bassin ; au contraire, dans le renversement de l'utérus, le cul-de-sac est formé par le vagin, qui est lui-même renversé et empêche l'introduction du doigt.

§ IV. — Traitement.

Comme dans la cystocèle vaginale, le traitement consiste à faire disparaître la cause du prolapsus au moyen de lavements et de purgations, à prévenir le retour de cet affaissement et à rendre à la membrane muqueuse sa tonicité normale par des applications froides et astringentes. On peut aussi soutenir la paroi au moyen d'un pessaire, et enfin, par une opération, diminuer le calibre du vagin. J'ai essayé toute espèce de moyens palliatifs, tels que : lavements renouvelés chaque jour, lotions froides et astringentes, application légère d'acide nitrique, et, pour dire la vérité, je n'ai retiré que peu de profit et même parfois aucune utilité de ces divers procédés. J'ai vu un succès complet par l'emploi du pessaire de Hodge, que l'on avait fait assez large pour distendre dans toute sa hauteur le cul-de-sac

postérieur du vagin ; mais ce succès a-t-il été permanent ? Je ne puis le dire. Dans les cas où la tumeur est volumineuse, où elle ne peut être contenue par des moyens mécaniques, si l'on a échoué avec le traitement palliatif, je suis d'avis qu'il ne faut pas hésiter à enlever un lambeau de la membrane muqueuse, au besoin toute la cloison recto-vaginale, et à fermer la plaie avec des sutures métalliques. Les fistules recto-vaginales ne sont pas difficiles à guérir ; une fistule récente surtout présente de meilleures conditions, et le succès doit être complet.

Les conséquences de cette maladie sont l'excoriation des parties, une leucorrhée persistante et un relâchement des parois vaginales, lequel peut entraîner plus tard une chute de la matrice.

ARTICLE III

PROLAPSUS DU VAGIN, SOIT COMPLET, SOIT PARTIEL, SANS DÉPLACEMENT DE LA VESSIE OU DU RECTUM.

Il est très-rare de trouver un prolapsus de toute la circonférence du vagin. J'en ai vu un cas dans lequel il y avait, un jour, prolapsus de la paroi antérieure du vagin, et le jour suivant, prolapsus de la paroi postérieure.

Le mécanisme de cet accident n'est pas aussi facile à expliquer que dans les autres cas. Le prolapsus paraît être dû à un relâchement des parois tantôt par suite d'un excès de distension, tantôt indépendamment de cette distension, et enfin quelquefois par suite de la pression d'un organe voisin.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits, sauf que la vessie et le rectum restent en dehors, et que l'évacuation de ces cavités ne soulage pas la malade.

Quand le vagin tout entier est en prolapsus, on voit saillir une tumeur de tout l'orifice vulvaire, et l'on trouve seulement à la partie inférieure un petit conduit qui va jusqu'à l'orifice utérin. Dans plusieurs cas, on a même trouvé l'utérus plus ou moins dévié de sa position naturelle. Quand le prolapsus est partiel, la membrane muqueuse fait saillie sous forme de pli antérieurement ou postérieurement. L'étendue de cette espèce de prolapsus varie beaucoup : tantôt il est très-prononcé, tantôt il est à peine marqué. Noël (1) rapporte un fait dans lequel la membrane vaginale descendait jusqu'aux genoux. L'absence de la vessie et du rectum dans la tumeur se reconnaît aisément par le toucher : il suffit de saisir la tumeur entre le pouce et l'index.

(1) Noël, *Journal de médecine*, vol. II, p. 60.

§ II. — Diagnostic.

Quand le prolapsus est récent, le diagnostic est facile à rétablir, d'après les symptômes que nous avons donnés; mais quand la tumeur a été longtemps exposée à l'air, qu'elle est devenue dure et gonflée, l'orifice inférieur peut faire croire à une chute de matrice, et l'on ne peut éviter une erreur qu'en introduisant le doigt plus loin pour aller à la découverte de l'utérus.

§ III. — Traitement.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont les mêmes que ceux que nous avons recommandés pour le traitement des autres variétés de prolapsus, c'est-à-dire la réduction des parties, la contention par un pessaire, des fomentations émollientes, et plus tard des injections astringentes. Si la malade a passé l'âge d'avoir des enfants, on enlève un lambeau de membrane muqueuse, et l'on réunit les bords de la plaie de manière à diminuer le calibre du vagin.

Les conséquences de cette forme de prolapsus, quand on n'y apporte pas de remède, sont plus sérieuses que celles d'une chute partielle. Les rapports sexuels, aussi bien que la conception, sont entièrement empêchés; l'évacuation de l'urine et des fèces est très-difficile; le vagin est exposé à s'enflammer et même à s'excorier; les veines se gonflent et deviennent variqueuses, la menstruation devient excessive; il y a de la leucorrhée, et enfin l'utérus est exposé lui-même à être entraîné.

CHAPITRE VII

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PELVIEN. ABCÈS PELVIENS.

Les abcès pelviens sont loin d'être rares, ils s'observent à toutes les périodes de la vie. Plus fréquents chez les femmes qui ont eu des enfants, je les ai cependant rencontrés chez des femmes non mariées, vieilles ou jeunes. Souvent ils se montrent après l'accouchement, surtout dans certaines épidémies d'inflammation post-puerpérale. On les a décrits sous le nom d'inflammation ou d'abcès des annexes utérins. Les abcès peuvent occuper soit l'espace recto-vaginal ou bien les parties latérales du bassin.

[[L'auteur dans ce chapitre a confondu le phlegmon des ligaments larges avec le phlegmon de la fosse iliaque. Nous devons donc rappeler ici la classification admise par un grand nombre d'auteurs qui ont écrit récemment sur ce sujet.

L'inflammation du tissu cellulaire qui avoisine l'utérus est désignée sous le nom de phlegmon péri-utérin.

Eu égard au siège de l'inflammation, on distingue trois variétés de phlegmons péri-utérins qui peuvent se rencontrer isolément ou se trouver réunis, on admet :

1° Le phlegmon *anté-utérin* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. — Cette variété a été rendue parfaitement évidente sur une pièce présentée en 1858 à la société anatomique;

2° Le phlegmon *retro-utérin*, rejeté pendant longtemps, est admis aujourd'hui par la plupart des gynécologistes. M. Gallard a publié en 1872 le résultat d'une autopsie qui démontre d'une façon très-nette l'existence de l'inflammation en ce point (1);

3° Le phlegmon des *ligaments larges* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent ces ligaments.

Quant à l'inflammation du tissu cellulaire siégeant au niveau de la fosse iliaque, on la désigne plus spécialement sous le nom de *phlegmon de la fosse iliaque*. C'est à la terminaison de cette inflammation par abcès que l'auteur donne le nom d'abcès latéraux du pelvis.]]

ARTICLE PREMIER

ABCÈS SIÉGEANT ENTRE LE RECTUM ET LE VAGIN

[[ET ENTRE LES FEUILLETS DES LIGAMENTS LARGES.]]

Ces abcès sont moins communs que ceux de l'autre variété (abcès de la fosse iliaque) et ne sont spéciaux à aucune période de la vie.

§ I. — Causes.

Ils sont le plus souvent déterminés par une violence extérieure, une chute, un coup de pied, etc., ou bien par le passage de la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux. Quelquefois ils peuvent survenir en dehors de toute cause externe. A l'hôpital de Meath, chez une malade que m'avaient confiée Grave et Stokes, l'abcès se montra après la guérison d'une leucorrhée utérine abondante, sans autre cause appréciable. Ces abcès peuvent être aussi déterminés par l'extension de l'inflammation des organes génitaux externes.

§ II. — Symptômes.

Quelle que soit la cause, cette maladie donne lieu à une douleur aiguë dans la partie; il existe une sensation de poids, de tension, des battements; le tout très-augmenté, par la station debout et par les efforts de

(1) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873, p. 131.