

latoire, depuis le moteur central hypertrophié, jusqu'au système capillaire, dont la lumière se rétrécit peu à peu et s'oblitére; quant aux veines, elles se dilatent, deviennent variqueuses, et leurs parois tendraient aussi à s'atrophier, d'après le professeur Verneuil.

Les tissus fibreux, les tendons, les fibro-cartilages, les cartilages, s'ossifient ou deviennent calcaires, tandis que le périoste passe à l'état fibreux, et que les os, dont la substance propre se raréfie, sont friables et fragiles.

Affaibli dans ses forces musculaires, le vieillard a des organes détériorés comme ses tissus; ses facultés s'amoindrissent, ses sens s'émoussent, et les grandes fonctions ne s'accomplissent qu'imparfaitement.

D'autres fois, aussi, des maladies antérieures et des états constitutionnels ont amené des lésions profondes dans l'appareil respiratoire (emphysème), dans l'appareil urinaire (néphrite, hypertrophie de la prostate), le foie, etc.; nous insisterons plus loin sur ce point important.

Dans des conditions tellement défavorables de vitalité que l'état physiologique pourrait être considéré presque comme un état morbide, il n'est pas extraordinaire que les opérations et les plaies accidentelles présentent toujours, chez le vieillard, un certain caractère de gravité.

Il est cependant des cas nombreux qui prouvent que, malgré la lenteur habituelle du processus de réparation, les plaies opératoires peuvent se réunir chez le vieillard par première intention. M. Favale (1), dans son excellente thèse inaugurale, insiste à bon droit sur la difficulté de

(1) E. Favale, *De la vieillesse dans ses rapports avec le traumatisme*. Thèse de Paris, 1877.

la cicatrisation et la fréquence des complications inflammatoires, hémorrhagiques, etc., de la solution de continuité, mais il passe sous silence la possibilité de la réunion immédiate, que M. Terrier mentionne, et dit avoir facilement obtenue dans des opérations de hernies étranglées (de soixante-dix à quatre-vingt-deux ans), et de la paratomie (à soixante-trois ans). Voyez *Eléments de Pathologie chirurgicale générale*, page 93 (1).

Il est une opération dans laquelle la réunion primitive est la règle et la réunion secondaire ou par suppuration, pour ainsi dire, l'exception; nous voulons parler de l'extraction du cristallin cataracté. Dans une statistique portant sur 10,000 opérés, M. Noyes (2) n'a relevé que 10 % de suppuration de la plaie par la méthode à lambeau, et 4,8 pour 100 par le procédé de de Graefe. Or, nous savons que la cataracte sénile est la plus fréquente de toutes les variétés. On a objecté, il est vrai, qu'il s'agissait ici d'une bien petite solution de continuité, et d'un minuscule choc traumatique; à cela ne peut-on répondre, ainsi que le fait de Wecker (*Traité complet d'Ophtalmologie*, t. II, p. 1060, 1886), que l'opération de la cataracte est pour l'œil « un traumatisme au moins aussi important qu'une des grandes opérations exécutées dans une autre région du corps. »

(1) M. Eustache, *Des opérations graves chez les vieillards septuagénaires* (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1882), a obtenu la réunion par première intention, d'une plaie ovale de 31 centimètres de diamètre, chez une femme de 76 ans (amputation totale du sein pour un carcinome volumineux et ulcéré).

(2) Noyes, *Statistics of extractions of cataract by the flap operation and by von Graefe's method* (*Transact. of the Americ. Ophthalm. Soc.*, page 587, 1879).

Pour apprécier les résultats et la gravité de l'opération de la hernie étranglée, la date de l'étranglement doit être prise tout d'abord en considération; et en ce qui concerne l'influence de l'âge, les statistiques prouvent que jusqu'à 70 ans, les chances de guérison sont les mêmes qu'à une période moins avancée; plus tard, la mort est d'autant plus à craindre que les années augmentent. Sur 14 opérés (après 50 heures d'étranglement), dont 7 de 50 à 60 ans, 4 de 60 à 70 ans, et 3 de 70 à 80 ans, Gosselin compte six cas de mort. Même terminaison chez deux opérés (après 48 heures d'étranglement), dont l'un avait 83 ans, et le second 92 (1).

M. Le Dentu (communication orale faite à M. Favale), perd 3 opérés sur 5; 19 vieillards de l'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière sur 26 succombent à l'opération (Thèse de Favale). Signalons par contre les statistiques favorables de Manec et de M. Terrier. Ce dernier chirurgien n'aurait eu qu'un insuccès sur 10 opérations, et par suite d'intervention tardive au 8^e jour de l'étranglement.

La thérapeutique chirurgicale des calculs vésicaux chez le vieillard comporte deux opérations, dont les indications et contre-indications sont aujourd'hui bien précisées : la lithotritie rapide et la taille.

Les résultats fournis par la lithotritie rapide (Bigelow, Thompson, Gross, Guyon, etc.), sont très satisfaisants chez le vieillard qui n'est plus menacé par un séjour prolongé au lit et par les séances répétées des anciennes méthodes

(1) Gosselin, *Mémoire sur les résultats obtenus par l'opération dans l'étranglement herniaire* (Archives générales de Médecine, Février 1861).

de broiement. L'âge moyen des 112 opérés de Thompson était de soixante-deux ans; il eut trois morts (1). La proportion reste à peu près la même dans les statistiques de Gross et de Guyon.

En ce qui concerne l'opération de la taille, si l'on consulte les statistiques antérieures à ces dernières années, alors que la voie périnéale était généralement suivie, on constate que sa gravité augmente très notablement à partir de cinquante ans, et cela, en raison du développement considérable des plexus veineux vésico-prostatiques et des lésions de l'appareil urinaire chez le vieillard (hémorragies, phlébite, infection purulente, infiltration urinaire, néphrites, cystites). Tandis que la mortalité n'est que de 1:15,5, de 1 à 16 ans inclusivement (statistique de Thompson, 1827 tailles latéralisées), ou de 1:11,35 (statistique de Duller, 1397 cas), elle monte, au dessus de soixante ans, à 1:3,75 (Thompson, 233 cas) ou à 1:3,11 (Duller, 365 cas). Dans les mêmes statistiques, la mortalité de la taille hypogastrique est encore supérieure. Aujourd'hui, grâce aux perfectionnements apportés, ce dernier procédé, sauf quelques réserves, tend à devenir la méthode générale et les résultats obtenus sont encourageants.

Quand à la ligature des gros vaisseaux, à l'amputation et à la résection, elles présentent les plus grands dangers; les opérés succombent le plus souvent aux hémorragies secondaires, à l'infection purulente, à la gangrène, etc.

Plusieurs auteurs ont déterminé, par des statistiques, l'influence de l'âge sur ces diverses opérations et sur les

(1) H. Thompson, *Clinical lectures on diseases of the urinary organs*, 7^e édition, 1883.

amputations en particulier, notant avec soin (Trélat, Fenwick) (1) la bénignité relative des amputations dites pathologiques du membre supérieur.

M. Trélat (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XXVII, page 591, 1862) a relevé onze cent quarante-quatre cas d'amputations ; la mortalité atteignait la proportion énorme de 95 %, chez les opérés âgés de plus de 70 ans.

Sur 67 amputés, à Pennsylvania-Hospital, de 1830 à 1870, ayant dépassé la cinquantaine, 37 succombèrent, soit la proportion de plus de 50 % (statistiques de Morton et de Norris).

Si nous envisageons, maintenant, la marche des plaies accidentelles, nous constatons, en dehors de la lenteur de la réparation, une série de complications, dont les causes principales sont celles que nous avons déjà énumérées à propos des plaies opératoires. Le mauvais état de la nutrition, les lésions cardio-vasculaires, l'altération dyscrasique du sang, les dégénérescences viscérales, les affections antérieures, ou intermittentes, nous expliquent la fréquence et la gravité des hémorrhagies primitives et secondaires (Billroth), la production si rapide des suppurations diffuses et des accidents gangréneux dans les plaies contuses, principalement ; et enfin, la mort rapide de l'opéré ou du blessé, parfois, sans complication locale.

Nous savons, depuis les travaux de Verneuil, Paget et de leurs élèves, que blessure et affection antérieure se comportent vis-à-vis l'une de l'autre de quatre façons différentes :

1° Ou bien elles évoluent parallèlement sans retentir l'une sur l'autre ;

(1) Fenwick (*Archives générales de Médecine*, t. XXVII, XXVIII et XXIX, 1848).

2° Ou bien la maladie complique la lésion traumatique sans être modifiée elle-même ;

3° Ou bien le traumatisme aggrave ou rappelle une affection antérieure ;

4° Ou bien enfin traumatisme et maladie antérieure s'influencent d'une façon fâcheuse.

Or, chez le vieillard, c'est la dernière alternative qui s'observe le plus communément. Déjà, en 1845, Norman Chevers, dans un Mémoire traduit dans le *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1835, t. III, p. 225, avait fait remarquer qu'à la suite de traumatisme opératoire ou accidentel, les vieillards succombaient fréquemment à des inflammations internes (néphrites, pneumonie, etc.), que l'on pouvait rattacher à la dégénérescence des viscères. Depuis, le professeur Verneuil a attiré l'attention des chirurgiens à cet égard, et a montré que le traumatisme retentit toujours sur les organes déjà affaiblis par une maladie antérieure, et fait passer brusquement une lésion viscérale de l'état chronique à l'état aigu ; de là ces pneumonies, ces troubles cérébraux, ces entérites, etc., qui, chez les vieillards blessés et prédisposés, entraînent un pronostic grave et souvent la mort.

En résumé, les vieillards, en raison de la décrépitude organique de leurs vaisseaux et de leurs organes, de leurs affections antérieures, surtout, sont plus exposés que l'adulte, aux dangers du choc traumatique accidentel ou opératoire, aux hémorrhagies primitives et secondaires, aux accidents inflammatoires et gangréneux, à la mort, par complications locales et générales, etc.

Il ne convient de pratiquer, chez eux, que les opéra-

tions d'urgence. En cas d'intervention, le chirurgien réduira les incisions au minimum strictement nécessaire, évitera avec soin toute perte de sang, et veillera à ce que l'hémostase soit complète.

Le séjour au lit sera abrégé autant que possible, afin de prévenir les eschares au sacrum et les congestions hypostatiques.

Enfin, l'opéré, tenu chaudement et nourri avec modération, sera l'objet des soins hygiéniques que nous recommandons en toutes circonstances.

§ C. TRAUMATISME ET MENSTRUATION.

Pendant la période menstruelle, le sang afflue en grande quantité vers les organes génitaux. Il quitte alors les autres régions du corps et surtout les parties supérieures; la face pâlit, les centres nerveux sont anémiés, et peut-être pourrait-on attribuer à cette anémie l'irritabilité plus ou moins prononcée qu'offrent la plupart des femmes au moment de leurs règles.

Pour ce qui concerne le traumatisme, le raisonnement semble indiquer que les plaies situées dans la zone génitale devraient, à l'époque cataméniale, être exposées à des poussées congestives et peut-être à des hémorragies. Nous rangeons dans cette zone les mamelles dont les relations sympathiques avec l'appareil génital sont connues de tout le monde. A l'approche des règles, elles augmentent de volume, deviennent souvent douloureuses, turgides, et se couvrent d'arborisations veineuses comme au début de la grossesse. On comprend qu'une plaie accidentelle ou opé-

ratoire, survenant dans de telles conditions, pourrait donner lieu à des pertes de sang notables. En serait-il de même dans les régions relativement anémiées, ainsi que nous le signalions plus haut. Nous pouvons supposer que non, sans pouvoir toutefois l'affirmer, car les faits probants n'existent pas.

Quand, pour des causes diverses, parmi lesquelles nous citerons le refroidissement, les émotions, etc., les règles viennent à se supprimer, des troubles généraux plus ou moins prononcés sont la conséquence de cette aménorrhée.

La femme a des palpitations, des bouffées de chaleur à la tête, des rougeurs subites à la face, des vertiges et souvent des hémorragies, dites supplémentaires, par les muqueuses nasale, bronchique, stomacale, etc.

Nous avons vu se produire, dans ces cas, des hémorragies cérébrales et des apoplexies de la rétine. Les mêmes phénomènes s'observent au moment de la ménopause. Qu'une personne ainsi disposée subisse, dans une région quelconque, un traumatisme accidentel ou opératoire, ne peut-on pas admettre que celui-ci sera plus ou moins modifié et subira le contre-coup de l'état général?

De ce qui précède, nous serons peut-être autorisé à tirer les conclusions suivantes :

Chez une femme, dont les règles sont normales, tout traumatisme, en survenant dans la zone génitale, au voisinage de l'époque cataméniale, peut donner lieu à des hémorragies. Celles-ci paraissent, toutefois, justiciables des méthodes hémostatiques ordinaires, à moins qu'il n'existe un état pathologique capable d'augmenter la fluidité du sang. Au même moment, dans les autres régions du corps,

la disposition hémorrhagipare n'existe pas. Cette même disposition hémorrhagipare sera, au contraire, générale et très marquée, aux époques correspondantes des règles, chez les femmes aménorrhéiques et présentant des symptômes de pléthore consécutive. Depuis longtemps on sait, grâce aux travaux de Hérard, Gubler, etc., que quelques maladies spéciales déterminent des troubles menstruels.

Au point de vue chirurgical, c'est M. Verneuil qui, le premier, en 1862, a signalé des faits semblables et attiré l'attention sur cette question, à propos des opérations pratiquées sur les organes génitaux. M. Terrillon a publié sur le même sujet deux Mémoires importants (*Progrès médical*, 1874, et *Annales de Gynécologie*, septembre 1882); le second n'est que la confirmation du premier.

De l'examen d'un grand nombre d'observations, M. Terrillon a conclu que les traumatismes accidentels ou opératoires exercent sur la menstruation une influence très variable. Quelquefois cette fonction n'est nullement troublée; d'autres fois, au contraire, elle est avancée, retardée ou même supprimée.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'à la suite d'opérations, on voit souvent se produire, au bout de quelques jours, un écoulement sanguin par les parties génitales. Celui-ci survient sans douleur; sa durée et son abondance sont très modérées. C'est une véritable épistaxis dans le sens attaché à ce nom par Gubler. L'hémorrhagie apparaît quelques jours avant ou après les règles, et ne trouble en rien la marche de l'époque suivante. Il faut la considérer, non pas comme une évacuation menstruelle résultant de phénomènes d'ovulation, mais comme la consé-

quence d'une poussée congestive produite par le traumatisme dans la muqueuse utérine (Thoinot, Terrier) (1).

L'influence exercée par ce dernier sur la menstruation varie suivant la région dans laquelle il s'est produit. A ce point de vue, M. Terrillon divise le corps en quatre zones qui sont les suivantes :

- 1° L'appareil sexuel interne et externe;
- 2° La zone génitale, c'est-à-dire toutes les parties qui avoisinent les organes génitaux de la femme (grandes lèvres, mont de Vénus, périnée, anus);
- 3° Les seins;
- 4° Toutes les autres régions.

La première est, de toutes, la plus importante. Il est rare qu'une opération pratiquée sur les organes génitaux de la femme n'amène pas quelque trouble menstruel. Le plus souvent, c'est de la congestion utérine que l'on observe; celle-ci donne lieu à une épistaxis, ou bien, les règles supprimées depuis plus ou moins longtemps, reparaissent et reprennent une marche normale.

Les opérations pratiquées sur la région mammaire agissent de la même façon.

Le traumatisme de la zone génitale avance ou retarde les règles, mais détermine rarement l'épistaxis utérine.

Quant à ceux des autres régions du corps, leur action sur la menstruation est bien moins accusée. Cependant il faut tenir compte, dans cette appréciation, de la susceptibilité quelquefois très grande des femmes pour tout ce qui concerne la fonction cataméniale. Chez quelques unes

(1) Terrier, *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, p. 88.

d'entre elles, la cause la plus légère suffit pour avancer ou retarder les règles.

En tenant compte de l'influence réelle du traumatisme sur la menstruation, et de l'influence probable de la menstruation sur le traumatisme, nous sommes amené à conclure qu'il faut, à moins d'indication urgente, s'abstenir de toute intervention active durant les règles. Si la vie de la femme est menacée il ne faut pas hésiter; il y a, par exemple, des tumeurs abdominales qui provoquent des hémorrhagies continues; la malade est épuisée au moment où la période cataméniale commence. Si on laisse celle-ci se continuer et s'achever sans intervention, on risque de laisser la femme tomber dans l'épuisement le plus complet et on l'exposerait à une terminaison fatale. Dans un cas semblable, toute hésitation est interdite, l'opération immédiate s'impose.

Péan (1) dit avoir enlevé ainsi avec succès des tumeurs volumineuses de l'utérus ou de l'ovaire, chez des malades presque mourantes d'anémie, et pour lesquelles l'intervention n'eût pu être différée sans danger.

Quelle est l'influence exercée sur la menstruation par les opérations pratiquées sur les ovaires?

La grande majorité des physiologistes admet que menstruation et ovulation sont deux manifestations d'un seul et même phénomène, et qu'il existe entre elles une relation nécessaire de cause à effet.

D'autres, moins nombreux, sont d'avis que les deux fonctions sont absolument indépendantes. De là des apprè-

(1) Péan, *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, Paris, 1880-1886.

ciations diverses au sujet de l'action que peut et doit produire sur les règles l'extirpation des ovaires.

La première opinion nous paraît être la vraie.

L'ovariotomie unilatérale trouble plus ou moins la fonction cataméniale, mais ne la supprime pas; elle agit, en somme, comme tout autre traumatisme de la zone génitale; nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut.

Quant à l'ovariotomie double, elle amène, lorsqu'elle est complète, un arrêt définitif de la menstruation. Telle est la règle; mais celle-ci comporte des exceptions. On voit, après l'extirpation des deux ovaires, des écoulements sanguins se faire par les parties génitales. Ces hémorrhagies sont parfois de simples épistaxis utérines, qui n'ont aucun des caractères ordinaires des règles, durent peu, et ne présentent, en un mot, aucune importance.

D'autres fois, la menstruation semble persister, malgré l'enlèvement des ovaires, et les femmes sont réglées pendant plusieurs années après l'opération. Des faits de ce genre ont été réunis par d'Ormières, dans sa thèse inaugurale sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie (Paris, 1880), et par M. Terrier (1).

S'ils ne prêtaient à des objections sérieuses, ils confirmeraient l'opinion de ceux qui croient à l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation; mais peut-on toujours affirmer que, dans l'ovariotomie double, la castration a été complète?

(1) Terrier, *Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariectomies doubles sur la menstruation* (*Revue de Chirurgie*, Décembre 1885).

Ne pourrait-il pas, comme le pense Lebec, exister quelquefois un ovaire supplémentaire? Ou bien en admettant même que l'opération ait été tout à fait radicale, ne peut-on supposer que les pertes sanguines consécutives sont non pas de véritables règles, mais de simples épistaxis dues à l'habitude congestive contractée par l'utérus. Ces idées sont celles de physiologistes et chirurgiens éminents, et nous ne faisons aucune difficulté pour les adopter.

§ D. TRAUMATISME ET GROSSESSE.

L'influence réciproque du traumatisme et de la grossesse est une question qui a de tout temps préoccupé les médecins et les accoucheurs. Dans tous les livres anciens, on trouve le traumatisme accidentel et le traumatisme chirurgical signalés comme causes de l'avortement. Ces idées seront adoptées et défendues plus tard par les accoucheurs les plus célèbres, Mauriceau, DeJlamotte, Burton, Levret, etc. A une date plus rapprochée de nous, la question de l'époque à choisir pour pratiquer la périnéorrhaphie a donné lieu à de longues et savantes discussions.

En 1864, Valette publia, dans le *Lyon Médical*, un mémoire important dont voici la conclusion principale : « Les grandes opérations peuvent être bien supportées par » la femme enceinte; leur succès n'est pas compromis » par l'existence de la grossesse, et réciproquement ces » opérations n'exercent pas sur la gestation une influence » aussi funeste qu'on est porté à le redouter » (1).

(1) Valette, *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1875.

En 1869, la question est soulevée par le docteur Warn devant la Société obstétricale de Londres. Les chirurgiens et les accoucheurs les plus considérables de l'Angleterre (Spencer Wells, Barnes, etc.), exprimèrent alors leur opinion au sujet de l'intervention chez les femmes grosses atteintes de kystes ovariens. Les uns se déclarèrent partisans de l'expectation, les autres de la ponction, d'autres, enfin, de l'accouchement prématuré ou de l'ovariotomie.

Les thèses de Petit (1870) (1), Cornillon (1872) (2), Massot (1873) (3), le Mémoire de Cohnstein (1873) (4), sont des travaux importants qui, par le grand nombre d'observations qu'ils renferment, ont puissamment contribué à élucider la question. A plusieurs reprises (1872, 1876, 1884, 1886), la Société de Chirurgie de Paris s'est occupée de l'influence réciproque du traumatisme et du gravidisme. Les discussions de 1872 et 1876 sont restées célèbres par la multiplicité des idées émises et le grand talent de ceux qui les ont défendues. Qu'il nous suffise de rappeler les noms de Verneuil, Trélat, Le Fort, Depaul, Tarnier, Guéniot, Cazin, Desprès, etc.

Le professeur Trélat a apporté, dans le débat, cette idée nouvelle que lorsqu'il s'agit d'apprécier la part qui revient à une opération pratiquée chez une femme enceinte, dans la détermination de l'avortement et de la mort, il

(1) Petit, *Sur la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme*. Paris, 1870.

(2) Cornillon, *Sur les accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral*. Paris, 1872.

(3) Massot, *De l'influence des traumatismes sur la grossesse*. Paris, 1873.

(4) Cohnstein, *Ueber chir. operat. bei Schwangeren (Sammlung Klinischer Vortrage de R. Volkmann, n° 59, 1873.*

faut tenir compte de la maladie qui nécessite l'intervention chirurgicale; puis, résumant la discussion, il est d'avis de n'opérer qu'en cas d'urgence, sans toutefois vouloir établir de règle absolue; après l'accouchement, il est bon d'attendre de 3 à 6 mois pour intervenir.

En 1877, le professeur Verneuil a fait, au Congrès de Genève, une communication qui est le plus grand travail d'ensemble publié sur le sujet. Depuis, des observations isolées ont été publiées dans différents recueils périodiques (1). A l'occasion du rapport lu à l'Académie de médecine (3 février 1885), sur le concours du prix Capuron (*Traumatisme et grossesse; leur influence réciproque*), M. Guéniot a de nouveau affirmé son opinion antérieure.

Enfin, notre distingué collègue et ami M. Gaulard, agrégé d'accouchements, fait actuellement paraître, dans le *Bulletin médical du Nord*, une série de remarquables leçons dont le manuscrit a été mis gracieusement à notre disposition et qui sont l'exposé complet de la question.

L'organisme de la femme subit, pendant la grossesse, des modifications nombreuses, et le sang des changements dans sa quantité et sa composition chimique; Spiegelberg, Gschleiden, Gassner, etc., etc., ont prouvé que, pendant la gestation, la masse sanguine est plus considérable qu'à l'état de vacuité. Comme le pensaient les anciens auteurs, il y a pléthore, mais par quantité seulement. En effet, les analyses d'Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Regnault, etc., ont montré que, chez la femme enceinte, le sang renferme, d'une part, plus d'eau, de phosphates

(1) Serres, *Grossesse et Traumatisme* (deux observations); (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 1885.

et d'acide carbonique, et, d'autre part, moins d'albumine, de globules rouges, de fer et d'oxygène. En un mot, les éléments qui font la richesse du liquide sanguin sont moins abondants pendant la grossesse. M. Peter (Clinique médicale), met en doute la valeur de ces résultats, mais en attendant de nouvelles expériences, il est rationnel d'admettre qu'une femme, obligée de suffire en même temps à sa propre nutrition et au développement rapide de son enfant, puisse présenter un certain degré d'hypoglobulie.

Ces modifications du sang laissent-elles la femme dans une situation absolument physiologique (Guéniot), ou bien constituent-elles un véritable état pathologique? Cazeaux identifie grossesse et chlorose; c'est certainement une exagération. Mais la pléthore dont nous venons de parler, bien que caractérisée par de l'hydrémie et une diminution des globules, n'en expose pas moins la femme à des mouvements congestifs vers les organes importants, et par conséquent à des accidents sérieux. M. Peter a montré, par exemple, que le poumon est plus chaud, parce qu'il contient plus de sang; si nous ajoutons à cela, les modifications du cœur, qui, pour les uns, se résument en hypertrophie du ventricule gauche, et pour les autres, en dilatation; les troubles variés des appareils digestif et nerveux; l'altération de l'urine; l'état graisseux du foie, nous nous croirons autorisé à conclure que la femme grosse n'est pas une malade, mais qu'elle n'est pas non plus dans un état tout à fait physiologique. Ce n'est pas un état pathologique, mais une imminence morbide permanente, et, selon l'expression très juste de M. Verneuil, un état extra-physiologique.