

aujourd'hui des toxines. Peu importe le nom, le flux cataménial est regardé, par beaucoup d'auteurs, comme chargé de *fonctions d'émonctoire*. L'arrêt de ce rôle de dépuración entraînerait une rétention de produits capables d'adultérer l'économie; et si l'on songe à l'importance des intoxications autogènes ou exogènes dans la pathogénie de l'artério-sclérose, par exemple, on ne peut s'empêcher de noter que la ménopause est classée dans l'étiologie des dégénérescences artérielles.

L'étude du *chimisme respiratoire* ne viendrait-elle pas jusqu'à un certain point à l'appui de cette hypothèse sur l'arrêt des fonctions d'émonctoire? ALBERT ROBIN et BINET n'ont pas, il est vrai, d'analyses touchant la ménopause. Ils ont seulement établi qu'il y a pendant les règles exagération des échanges respiratoires: la menstruation fait augmenter la quantité d'acide carbonique produit et d'oxygène consommé; l'oxygène absorbé par les tissus décroît généralement. Mais longtemps avant eux, ANDRAL et GAVARRET avaient prouvé qu'au moment de la ménopause l'élimination du carbone augmente par le poumon; *pendant toute la vie génitale une partie de ce carbone s'échappe par le sang menstruel*.

Nous n'insisterons pas sur la *pléthore nerveuse* de RACIBORSKI (*nervosisme* de BOUCHUT, *état nerveux* de SANDRAS); l'expression s'explique avec peine, à plus forte raison la signification pathogénique en est-elle difficile à formuler. Ce n'est pas se compromettre beaucoup que d'avancer avec DEPAUL et GUENIOT « la cessation des fonctions ovariennes entraîne à sa suite une surcharge nerveuse », ou de comparer cette pléthore à l'aspermie des hommes âgés, comme RACIBORSKI. En réalité, les troubles nerveux rassortissent à des influences fort diverses, dont un grand nombre, bien loin d'appartenir à la *pléthore*, relèvent au contraire de l'*asthénie*, de la *neurasthénie*.

Quels sont, parmi les accidents de la ménopause, ceux qui dépendent de la disparition de la *sécrétion interne*? Pour apprécier les troubles que fait naître en se supprimant cette fonction nouvellement soupçonnée, il conviendrait avant tout de bien fixer l'action physiologique du suc ovarien pendant la vie génitale. Or nous en sommes encore réduits aux hypothèses, rien n'est moins élucidé que cette action physiologique et ce que nous possédons de plus clair, c'est encore l'action thérapeutique de ce suc ovarien chez les femmes qui ne sont plus réglées.

Par analogie nous essayons de conclure à son rôle biologique de

la puberté à l'âge critique; c'est là une discussion sur laquelle nous appuierons avec plus de profit au chapitre de l'opothérapie ovarienne. Jusqu'à présent nous nous bornerons à regarder cette sécrétion interne comme « nécessaire au fonctionnement régulier de l'organisme féminin »; cette phrase demeure fort vague, mais plus tard, quand nous la commenterons, nous devons avouer qu'aucune preuve certaine n'est encore fournie sur la manière dont intervient la sécrétion ovarienne. Quand elle cesse, HERTOGHE (d'Anvers) tend à admettre qu'elle est suppléée par une autre glande, peut-être la *thyroïde*, et BLONDEL pense que chez les jeunes enfants elle est remplacée par le *thymus*.

Quelle que soit la pathogénie des accidents de la ménopause, ils s'observent surtout chez les femmes prédisposées par une tare antérieure ou héréditaire: manifestations nerveuses chez les névropathes, exagération des troubles gastriques chez les dyspeptiques, etc.

## IV

## Séméiologie.

1° CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — L'exposé des phénomènes qui accompagnent la ménopause a toujours été regardé comme un sujet bien délicat et bien difficile à traiter; et pour notre part, malgré nos efforts, nous n'oserons jamais prétendre même à aborder tous les points qui mériteraient des considérations de tout ordre.

A la *puberté*, l'enfant devient une jeune fille dont le physique, l'esprit, le moral subissent une métamorphose; de même, à la *ménopause*, la femme éprouve des changements qui retentissent non seulement sur tout son organisme, mais qui modifient ses idées, ses pensées les plus secrètes, ses désirs, parfois ses affections.

Si beaucoup de personnes acceptent l'inévitable sans amertume, d'autres ne savent se résigner; chez quelques-unes même, nous devons attribuer à des *troubles psychiques* des manifestations qui nous étonnent. Au point de vue physique et intellectuel, le terrain sur lequel nous marchons est souvent « entre les limites de l'état

physiologique et de l'état pathologique. » (RACIBORSKI). Aussi de tout temps, les philosophes, les moralistes, ont-ils rivalisé avec les médecins pour recueillir des observations et prodiguer leurs conseils. Nous resterons surtout médecins.

Certaines ménopauses passent presque inaperçues. Nous connaissons des femmes qui ont vu leurs règles disparaître assez brusquement sans qu'il en soit résulté pour elles aucune gêne, aucune sensation pénible. Dans d'autres cas, les symptômes sont si peu accentués qu'ils méritent à peine le nom de malaises, et que les patientes ne veulent pas être tenues pour malades. Ce sont là d'heureuses ménopauses, mais elles ne sont pas les plus fréquentes. Il est rare que la transformation s'accomplisse au moins sans un petit accident utérin, perte, leucorrhée, sans un trouble momentané de l'état général ou d'un organe étranger à l'appareil sexuel.

BARBAUD et ROUILLARD, dans leur étude si intéressante de la ménopause, la considèrent avec juste raison chez la femme du *peuple* et chez la femme du *monde*. Pour la femme du *peuple*, disent-ils, la cessation des règles n'amène pas toujours des regrets, au contraire; quand elle souffre, ses douleurs sont réelles et elle les précise. La femme du monde plus intellectuelle, plus névropathe, n'est pas plus exposée aux douleurs physiques, mais elle les ressent peut-être davantage, elle s'en préoccupe, parfois les exagère. Elle souffre aussi beaucoup plus de ce qu'elle appelle sa *déchéance*. Elle lutte pour conserver l'illusion de la jeunesse, c'est le moment où elle fait appel aux *fards*, aux *cosmétiques*. Son esprit est aigri. « C'est l'âge des belles-mères », écrivent-ils en s'apitoyant. Ils n'ajoutent pas si l'humeur de la belle-mère change quand la ménopause est terminée.

Pouvons-nous tenter une classification des phénomènes et accidents que nous avons à décrire?

L'ancienne division en pléthore sanguine et pléthore nerveuse ne nous semble plus suffisante; en outre, telle manifestation cardiaque ou dyspeptique, par exemple, ne saurait être qualifiée de congestive ou de nerveuse. D'autres facteurs étiologiques entrent en scène, nous l'avons dit, en dehors de l'élément fluxionnaire ou névropathique. Mais la part qui revient à chacun de ces différents facteurs nous demeure inconnue et il est impossible d'édifier une classification basée sur la pathogénie; nous sommes obligés de grouper entre eux des phénomènes offrant des analogies sans nous être assurés qu'ils relèvent de la même cause.

C'est ainsi que nous considérerons :

A. — Les phénomènes menstruels caractérisés par la diminution, l'exagération ou l'irrégularité du flux cataménial.

B. — Les phénomènes fluxionnaires.

C. — Les phénomènes nerveux; *a)* sthéniques, hypersthéniques, pléthore nerveuse; *b)* asthéniques, neurasthéniques.

D. — Les états concomitants, pour lesquels il nous est difficile de juger ce qui résulte de la suppression *a)* des écoulements périodiques, *b)* de la sécrétion interne, *c)* des fonctions d'émonctoires, en tenant compte aussi de la coïncidence de l'âge. Certains états pathologiques dépendent-ils directement de la ménopause, ou bien leur apparition est-elle seulement favorisée ou hâtée chez des personnes prédisposées par les modifications qui accompagnent la disparition des règles?

Ce sont là tout autant de questions que nous devons nous poser sans aboutir à les résoudre.

2<sup>e</sup> MÉNOPAUSE CHIRURGICALE. — Dans ces dernières années, l'étude de la *ménopause artificielle* ou *post-opératoire* nous a singulièrement aidés à élucider plusieurs points embarrassants. La venue brusque de troubles déterminés à la suite de l'ablation des ovaires, nous a permis de les comparer à des troubles plus vagues, moins nets, moins accentués, qui se montrent par intervalles au cours de la ménopause naturelle. Cette étude a pour nous la valeur d'une expérience physiologique et nous devons commencer par l'exposer telle qu'elle nous a été enseignée en France par les travaux de LISSAC et surtout de JAYLE. Il ne faudrait cependant pas croire qu'après l'extirpation des ovaires, toutes les castrées présentent fatalement dans un ordre rigoureux une série de symptômes inévitables et toujours les mêmes. Les troubles post-opératoires varient à l'infini suivant l'âge des malades, suivant leurs prédispositions naturelles et d'autres causes qui nous échappent; chez quelques-unes ils sont nuls ou à peine ébauchés. Mais en rapport avec la majorité des cas, il en est de beaucoup plus fréquents que les autres, et nous allons suivre pas à pas en la résumant la description de JAYLE, la meilleure et la plus complète que l'on puisse trouver.

*Bouffées de chaleur.* — Subitement, d'une façon brusque et rapide, la malade éprouve une sensation de chaleur qui envahit toute une partie du corps comme sous l'impulsion d'une poussée. Ces bouffées de chaleur, qui éclatent sans cause ou sous l'influence

d'une surprise, d'un choc, etc., sont localisées à une région ou générales. Tantôt vives au point d'être gênantes et pénibles, elles sont d'autres fois plus fugaces, et reviennent d'une manière très irrégulière. Lorsqu'elles montent à la face, elles sont capables de provoquer des troubles de la vue, des tintements d'oreilles et des étourdissements.

Très souvent elles se terminent par des *crises de sueurs*, générales ou partielles, susceptibles aussi de se montrer isolément.

*Poussées congestives.* — Ce n'est pas seulement à la face et au niveau des téguments que se manifestent des poussées congestives; le mouvement fluxionnaire se porte vers les muqueuses, et il est peu d'organes qui soient à l'abri de ses effets. Les poussées congestives, qui menacent l'opérée en tout temps, exercent leur influence sur elle de préférence à l'époque qui correspond à la menstruation absente. Quoiqu'elles arrivent parfois jusqu'à produire des hémorragies, on ne doit cependant pas dire qu'elles constituent des règles déviées ou supplémentaires puisqu'il n'y a plus possibilité de règles.

L'hyperémie des voies respiratoires, la plus fréquente que nous ayons à constater dans ces cas, se traduit par des éternuements, des crises de sécrétion nasale, de la laryngo-trachéite, de la bronchite, de la congestion pulmonaire même, et elle prend assez d'intensité pour donner naissance à des épistaxis et à des hémoptysies. De même on a signalé des hématomèses, comme aussi des accès de diarrhée, et plus souvent encore des crises hémorrhoidaires. On a même observé du purpura.

*Obésité.* — Il arrive souvent à la suite de la castration, que la femme prenne un *embonpoint* plus ou moins marqué. Cela n'a rien de surprenant; mais les faits d'*adipose localisée* en certaines régions du corps restent d'une interprétation plus difficile.

*Troubles nerveux.* — Les femmes prédisposées par leurs antécédents héréditaires ou personnels présentent une série d'accidents nerveux que nous constatons aussi, mais d'ordinaire beaucoup plus atténués, chez les opérées qui n'appartiennent pas à la famille névropathique.

Le caractère se modifie, et si parfois ce sont des phénomènes d'excitation et d'irritabilité qui dominent, il nous est plus habituel d'assister à des phases de dépression, de tristesse, de mélancolie qui va jusqu'à la vésanie. Sans être lypémaniques et folles, des malades sont obsédées par des idées de suicide auxquelles elles

n'essaient pas de se soustraire. L'un de nous a rapporté l'histoire d'une jeune femme qui a tenté, à trois reprises différentes, de s'asphyxier par l'oxyde de carbone.

Dans nombre de cas, les accidents intellectuels, loin d'acquiescer une telle gravité, se bornent à une perte de la mémoire qui porte sur les faits récents, alors que la mémoire des faits anciens demeure conservée.

Puis, nous avons à énumérer tous les phénomènes inhérents à la neurasthénie et que nous retrouvons isolés ou groupés suivant les malades : céphalée paroxystique, plus rarement continue avec accès de névralgies et de véritables migraines, douleurs rachialgiques, vertiges, insomnies, cauchemars, lassitude avec tendance au dérochement des jambes, dyspepsie, affaiblissement de la vue, bourdonnements d'oreilles, etc., etc.

Tels sont rapidement énumérés (JAYLE), les accidents de la *ménopause post-opératoire* que nous allons constater dans la *ménopause naturelle*.

Mais le tableau ne saurait être absolument pareil. D'abord la *ménopause naturelle*, parmi ses manifestations les plus importantes et les plus sérieuses, compte au premier rang les troubles menstruels et génitaux qui ne manquent pour ainsi dire jamais, tandis qu'ils n'existent pas dans la ménopause chirurgicale. En outre, par l'intervention opératoire, la suppression ovarienne est brusque, subite, elle n'est pas préparée, le changement survient du jour au lendemain, et les phénomènes réactionnels en sont d'autant plus intenses.

Quelle différence avec ce qui se passe dans la marche des événements au cours de la ménopause naturelle. « La nature sage et prévoyante n'a pas voulu que la cessation des règles fût subite. » Le temps des écarts, la période de défaillance ovarienne, suivant l'heureuse expression de TILT, précèdent de plusieurs mois (deux ans et plus), la disparition définitive des fonctions menstruelles; ils ménagent à l'organisme une transition, une accoutumance progressives.

Souvenons-nous, par contre, que la suppression des règles s'est établie, chez certaines personnes, d'une manière inopinée et définitive, à la suite d'un refroidissement, d'une émotion, d'un traumatisme, etc. Cette variété de ménopause mérite d'être surveillée.