

ment causal, remonter fortement le moral des sujets, prescrire les cardio-toniques si le cœur fléchit.

III

Les cardiopathies de la ménopause.

A l'âge où l'écoulement menstruel de la femme commence à perdre de sa régularité, surviennent d'ordinaire des troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, rougeurs subites du visage, lourdeurs de tête, éblouissements, vertiges; de l'angoisse précordiale, des palpitations font assez souvent cortège; ces accidents demeurent sans gravité. Ils disparaissent assez vite par la prescription d'un régime alimentaire approprié (régime lacto-végétarien, pas de vin ni de café), l'emploi de laxatifs répétés (sel de Seignette, une cuillerée à café le matin à jeun dans un verre d'eau, quinze jours de suite), et des préparations de valériane.

Ce premier stade de troubles circulatoires ne se traduisant que par des troubles congestifs et des palpitations peut être dépassé. Les palpitations qui étaient passagères et ne se montraient guère qu'à l'occasion d'un effort, d'une marche, d'une digestion pénible, d'une émotion, s'installent à demeure. La malade est oppressée : son cœur s'affole; parfois il se dilate et se complique de tous les désordres d'insuffisance cardiaque.

Et ici une distinction immédiate demande à être faite.

Ou ces accidents atteignent un cœur parfaitement sain; ils sont l'effet exclusif de la ménopause et disparaissent avec elle, laissant après leur départ le cœur dans l'état normal où il était auparavant. Ce sont *les cardiopathies de la ménopause vraies*.

Ou bien ces accidents frappent un cœur déjà malade. L'organe est en moindre état de défense du fait d'une altération préalable de la fibre cardiaque ou des orifices. Le clinicien se trouve en face d'une myocardite, d'une cardio-sclérose, d'une affection valvulaire. La ménopause survient, aggrave du coup les troubles afférents à ces maladies. Ce sont *les cardiopathies aggravées par la ménopause*. M. Clément (de Lyon) dans son excellent mémoire¹, avait considéré en pareil cas le pronostic comme favorable. Un tel optimisme ne saurait être nourri. Si le cœur est résistant avant l'orage de la ménopause, oui, il tiendra tête et ne sera abattu que momentanément. Est-il au contraire touché profondément, il s'effondre d'une façon définitive et la mort fera suite.

Ou bien le cœur est sain, mais les désordres d'un autre appareil survenant à l'époque de la ménopause serviront de trait d'union et provoqueront les accidents. L'obésité, les lésions utérines embrassent le plus souvent les causes qui produisent ce troisième type de cardiopathies.

Nous distinguerons donc trois types : le premier comprend les cardiopathies aggravées par la ménopause : une subdivision y entre suivant que la maladie est mortelle ou curable; le second a trait aux cardiopathies de la ménopause vraie; le troisième renferme les cardiopathies qui suivent une altération d'un autre appareil (maladies utérines, obésité) :

1° Cardiopathies aggravées par la ménopause : forme mortelle, forme curable ;

2° Cardiopathies de la ménopause vraies, avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil ;

¹ *Revue de Méd.*, 1885, p. 118.

3° Cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec lésion d'un autre appareil : avec obésité, avec maladies utérines (Kisch).

I. — CARDIOPATHIES AGGRAVÉES PAR LA MÉNOPAUSE.
FORMES MORTELLES

Donnons un exemple :

M^{me} G..., 44 ans, depuis une atteinte de grippe qu'elle a eue en avril 1901 est restée oppressée et a quelque peine à marcher. Néanmoins, elle continue ses occupations et n'a pas besoin de médecin. Deux mois plus tard ses règles deviennent irrégulières, se retardent, puis finissent par disparaître complètement en avril 1902.

En septembre 1901, nous trouvons la malade très dyspnéique avec un cœur arythmique, à battements rapides. Le pouls est petit, rétracté; mais le cœur claque violemment, donnant à ses bruits, surtout au second, un timbre éclatant, presque métallique. Pas d'hypertrophie appréciable. Les jugulaires sont un peu gonflées, le foie déborde légèrement les fausses côtes, des traces d'albumine sont retrouvées dans les urines, des râles humides encombrent les bases du poumon. Sous l'influence combinée du régime lacté, de la théobromine (0,50 matin et soir), de la digitaline cristallisée à doses sédatives (X gouttes de la solution au 1/1000, 3 à 4 jours de suite, interrompre une huitaine et reprendre trois jours), les accidents se calment; néanmoins ils reparaissent toutes les quelques semaines; à deux reprises le danger semble tellement imminent, que nous devons recourir aux injections sous-cutanées de caféine.

L'hiver se passe assez bien et la malade peut reprendre quelques-unes de ses occupations; mais ce mieux n'est

pas durable. Les règles sont supprimées depuis le printemps; les troubles cardiaques reparaissent au mois d'août. Nous revoyons la malade à la fin du mois. Mêmes bruits claquants du cœur, même arythmie, même pouls petit, dépressible. Nouvelle prescription du repos, du régime lacté. En plus, 2 pastilles d'ovarine à 5 centigrammes, 3 fois par jour, XX gouttes d'extrait fluide de cactus grandiflora, matin et soir. La médication demeure sans effet; quelques jours plus tard, il faut revenir à la digitaline. L'amélioration se produit encore une fois, le cœur se régularise un peu, les jambes désenflent. Seulement l'éclaircie n'est que temporaire. La note sombre reparaît presque aussitôt, la dilatation cardiaque recommence, et nous apprenons la mort de la malade le 6 octobre.

Voici donc l'histoire d'une malade prise en pleine ménopause d'accidents cardiaques. Mais ces accidents survivent à la ménopause, puisque les règles ayant pris fin en avril, le retour plus grave des accidents reparaît en août. Au surplus, ces désordres ont fait suite à la grippe. Nous pouvons donc, il semble, conclure dans ce cas à l'existence possible d'une myocardite d'origine infectieuse. L'administration de l'ovarine n'a fourni aucun résultat; un succès eût été étonnant, étant donnée l'origine infectieuse du mal. Néanmoins, un signe nous semble devoir être signalé : le timbre claquant des bruits du cœur. Déjà Kisch¹ avait signalé ce renforcement des bruits du cœur et les avait notés comme caractère des tachycardies de la ménopause. Nous ne saurions souscrire à cette opinion. Le caractère claquant des bruits du cœur se retrouve dans un grand nombre de tachycardies de causes diverses. Tant que la fibre myocardique n'est pas trop altérée, il

¹ Berlin. Klin. Wochens, 1889, n° 5.

est possible que cette particularité frappe l'oreille du clinicien. Quoi qu'il en soit, notre malade présentait cette exagération dans l'intensité des bruits cardiaques. Le second bruit du cœur était surtout très claquant, il semblait donc y avoir de l'hypertension artérielle. La ménopause ayant sans doute contribué à produire cette hypertension. Mais il y avait peut-être degré atténué de myocardite auparavant. La ménopause aurait donc aggravé des symptômes d'origine myocardique par des signes d'hypertension artérielle.

Le caractère du pouls petit, rétracté, n'est pas un obstacle à cette conjecture. M. Huchard a insisté sur ce point. « On est souvent étonné, dit-il¹, de constater au sphgmomanomètre une force et une résistance que la simple palpitation du doigt ne faisait pas soupçonner. »

Voici l'histoire d'une autre malade :

M^{lle} B..., 39 ans, difforme et bossue par cypho-scoliose d'origine rachitique, n'a jamais souffert du cœur, sauf d'un peu d'oppression aux montées. Elle a toujours été bien portante. Le 7 juillet 1902, ses règles commencent à être irrégulières; en même temps l'oppression augmente et les jambes enflent. Le 5 septembre, les battements du cœur sont tumultueux, arythmiques, fortement frappés, le second bruit aortique est claquant. Le pouls est fort dur, serré. Les lèvres sont cyanosées, les urines albumineuses. Le foie est gros, les jugulaires gonflées. Dans la poitrine déformée, des râles humides sont entendus aux bases. On prescrit : 8 ventouses scarifiées sur la région hépatique, régime lacté, théobromine, 3 cachets (0,50). La malade

¹ Huchard. *Traité clin. des maladies du cœur et de l'aorte*, 1899, 3^e édit., p. 87.

va mieux les premiers jours; elle prend ensuite de l'ovarine (6 pastilles par jour) et de légères doses de digitaline (X gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1/1000, 3 jours de suite). L'état se maintient assez satisfaisant; mais une oppression forte se montre tout à coup le 14 septembre et la malade succombe le lendemain. Nous ne l'avions pas vue à ce moment, et c'est la famille qui nous a informé de cette issue fatale.

Chez cette fille, le cœur, en temps ordinaire, se trouvait très gêné du fait de l'étranglement de la cage thoracique. Le poumon comprimé, congestionné, entraînait la déplétion des cavités droites du cœur¹. Arrivent les troubles de la ménopause et l'hypertension artérielle qui est leur accompagnement habituel. Le cœur gauche à son tour se fatigue à lutter contre l'obstacle. Le cœur droit fléchit devant le barrage pulmonaire créé par la compression du poumon, le cœur gauche fléchit devant le barrage périphérique créé par la rétraction du système artériel. D'où fatigue et épuisement rapide des deux cavités. Le traitement s'est montré impuissant : ventouses scarifiées, régime lacté, théobromine, puis ovarine et digitaline à doses sédatives, rien n'a fait. Une saignée en temps opportun aurait peut-être pu sauver la malade. Nous n'avons pu la pratiquer, n'ayant vu cette femme que dans notre cabinet et n'ayant pas été rappelé auprès d'elle, comme nous l'avions demandé.

M. Huchard a observé le fait suivant :

M^{me} R..., 45 ans, femme robuste, bien constituée, se plaint depuis quelque temps de dyspnée, d'effort de toux et d'étouffements vite calmés. A l'auscultation, retentis-

¹ Huchard. *Consult. méd.*, 4^e édit. *Le poumon et le cœur des bossus*.

sement du second bruit aortique, cœur impulsif et intermittence dans les battements de temps à autre. Le pouls était plein et tendu. Pas d'albumine dans les urines. Elle souffrait ainsi depuis quelques mois quand ses époques deviennent irrégulières (15 décembre) de l'insomnie se montre avec dyspnée nocturne, laquelle s'ajoute à la dyspnée d'effort. Sous l'influence du régime lacté, un mieux se produit. Le 15 février, à l'occasion d'une suppression menstruelle, œdème aigu du poumon qui, calmé par la médication (lait, caféine, etc.), reparait ensuite tous les quelques mois, mettant chaque fois la vie de la malade en danger. Un mieux notable survient en septembre et suit une hémorrhagie assez forte. A la fin de l'année, le cœur faiblit, se dilate, il devient rapide et irrégulier, le foie déborde largement les fausses côtes, un état nauséux compliqué de vomissements empêche l'alimentation, quelques purgatifs énergiques amènent un peu de mieux, mais passager. Les jours suivants, la dyspnée augmente, les extrémités se refroidissent. Les injections de caféine et d'éther restent sans effet. Mort le 12 janvier.

L'histoire de cette malade diffère un peu des précédentes. Atteinte d'hypertension artérielle avec cardio-sclérose commençante avant le moment où ses règles devenaient irrégulières, elle avait déjà dû recourir aux soins du médecin. La ménopause n'a pas tout à fait coïncidé avec le début des troubles cardiaques : elle a fait suite. Nos deux premières malades avaient vu au contraire leurs accidents cardiaques éclater à peu près simultanément : du moment que les époques se montrèrent irrégulières, le cœur fléchit tout à fait.

Le retentissement sur le cœur se produit dès les premières semaines de la ménopause et la mort survient en

pleine période d'irrégularité menstruelle (Obs. II), ou bien l'issue fatale est retardée et suit une disparition menstruelle à peu près complète (4 mois, obs. III; 7 mois, obs. I).

A remarquer, chez deux de nos malades, l'inefficacité complète des préparations d'ovarine. Ces malades avalaient 2 pastilles de 5 centigrammes, 3 fois par jour. Le remède a donné de bons résultats en d'autres mains¹. D'autre part il est difficile pour un pareil médicament de faire la part de ce qui revient à la suggestion dans l'effet produit quand ce dernier est favorable ; si une action efficace n'est point constatée, on peut encore se demander si l'échec obtenu ne tient pas à la mauvaise préparation du produit (absence de corps jaunes, principe actif de l'ovarine). Quoi qu'il en soit, on sait depuis les travaux de M. Huchard², que les troubles cardiaques de la ménopause ressortissent avant tout à des phénomènes d'hypertension artérielle. Il est donc indiqué de combattre ces phénomènes par des agents hypotenseurs. L'ovarine semble être de ceux-là ; on la prescrira d'autant plus volontiers que l'action hypotensive de la sécrétion ovarienne cessant avec la ménopause, un des obstacles à l'action des glandes hypertensives (capsules surrénales par exemple) est supprimé ; de là hypertension possible par manque d'un des freins hypotenseurs. Comme l'a remarqué M. Huchard cette vue de l'esprit ne doit pas nous dispenser de prescrire, toujours et avant tout, la grande médication hypotensive, dont les effets sont vérifiés depuis longtemps : le régime lacto-végétarien.

¹ Bailleau. *Des tachycardies de la ménopause*, Thèse Paris, 1901.

² *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, 3^e édit., t. I, p. 74.

Pareille appréciation est d'autant plus judicieuse que d'autres éléments que la suppression de la fonction ovarienne entrent en jeu pour produire l'hypertension de la ménopause : d'abord la pléthore sanguine, résultant de l'arrêt de la fonction menstruelle, facteur mécanique qui nous semble de premier ordre, ensuite l'excitabilité nerveuse augmentée à ce moment et peut-être aussi et en dernier lieu la présence de toxines, d'une surcharge chlorurée, et l'action vaso-constrictive possible des poisons contenus dans le sang menstruel. On sait, en effet, que Charrin, Spilmann, Etienne, reprenant les idées anciennes sur le rôle dépurateur du sang menstruel, ont démontré la puissance toxique plus grande de ce sang. Toutes ces raisons concourent à faire prescrire l'emploi du régime lacto-végétarien et de la théobromine, éliminateurs des toxines et des chlorures, modérateurs de l'hypertension artérielle.

Tels sont les cas de mort. Voici maintenant des exemples de guérison. La ménopause ayant touché un cœur déjà atteint, renforce les accidents : ceux-ci cèdent, une fois la ménopause passée, laissant la maladie cardiaque, après cette bourrasque passagère, suivre sa marche normale.

2° *Cardiopathies aggravées par la ménopause (formes curables)*. — M^{me} M., 42 ans, a perdu sa sœur d'une maladie de cœur trois ans auparavant : elle-même a eu une grippe infectieuse, il y a quelques années (1893) : une lésion mitrale qui n'a jamais été constatée auparavant, y aurait fait suite, dont la femme n'a jamais souffert avant 1899. Les époques deviennent irrégulières à ce moment ; elles ne paraissent que quatre fois en 1899, deux fois en 1900. En 1901, plus de retour de l'écoulement sanguin. Or,

c'est à la fin de l'année 1900, à l'époque où les règles se sont supprimées définitivement, qu'ont éclaté les troubles plus graves. Nous ne nous arrêtons pas aux signes classiques de la lésion mitrale avec son bruit de roulement, son souffle présystolique et systolique, etc. A partir de 1899, de temps à autre, le cœur se laissait distendre ; l'emploi du régime lacté et de la digitale, le repos au lit remettaient les choses en état ; mais en décembre 1901, on dut appliquer à plusieurs reprises des ventouses scarifiées sur le foie qui était énorme et pratiquer des injections sous-cutanées de caféine, la digitale se montrant impuissante. Nous crûmes la malade perdue. Et voici que peu à peu elle se rétablit ; la digitale qui n'agissait plus, redevint active. La malade prit ce remède sous forme de digitaline cristallisée (solution au 1/1.000, d'abord XXXV gouttes tous les 8 jours, puis tous les 10 ou 15 jours). En août 1902, deux ans après les accidents si inquiétants qu'elle avait montrés, elle vient nous consulter. Elle n'a pas enflé, depuis six mois, et sauf un peu de tachycardie et la présence constante de son roulement, n'offre aucun signe anormal. Quant aux troubles fonctionnels et à l'oppression, ils ont totalement disparu.

Ici guérison complète après la cessation de la ménopause, la lésion mitrale persistant. Si la disparition des accidents cardiaques est possible chez les sujets atteints d'affections du cœur, à plus forte raison se produit-elle chez les femmes exemptes de lésions cardiaques préalables. La ménopause les afflige de troubles cardiaques d'origine fonctionnelle. Ces troubles s'effacent, la ménopause disparue. Nous avons alors affaire aux cardiopathies de la ménopause vraies.

II. — CARDIOPATHIES DE LA MÉNOPAUSE VRAIES

(AVEC CŒUR SAIN ET SANS LÉSION D'UN AUTRE APPAREIL)

C'est surtout à cette forme d'accidents que faisait allusion Clément dans son mémoire. Il ajoutait que les malades, tout en offrant de l'angoisse précordiale, des palpitations, de la dyspnée, dépassent rarement ce stade et n'atteignent guère à la dilatation du ventricule droit. M. Bailleau dans son travail n'en cite pas davantage ayant été touchées par une dilatation appréciable du cœur.

Telle n'est pas l'histoire de la malade suivante. Dès le début, elle a montré des signes de dilatation cardiaque imputables à la ménopause ; alors qu'elle semblait perdue, elle s'est rétablie complètement pendant seize ans, et reste encore bien portante aujourd'hui.

Une dame, 66 ans, très nerveuse, hystérique, déjà en 1889 avait souffert d'accidents cardiaques à apparence très grave. En effet, deux médecins éminents avaient conclu à de la myocardite, et le pronostic semblait devoir être rapidement fatal. Le cœur était arythmique et battait tumultueusement du jour où les époques devinrent irrégulières ; le pouls était tendu, vibrant, les cavités cardiaques se dilatèrent, le foie devint énorme, les jugulaires montrèrent du pouls veineux, les urines diminuèrent de quantité et étaient albumineuses. Les jambes enflèrent et un œdème considérable envahit les deux membres inférieurs. La situation se prolongea ainsi pendant plus d'une année ; de l'iodure de sodium à faibles doses, du sulfate de spartéine, le régime lacté furent prescrits à diverses reprises. Mais un mieux durable coupé

de rechutes de plus en plus rares et plus courtes, n'apparut qu'en septembre 1890, alors que depuis plusieurs mois les règles n'avaient pas paru. La durée moyenne de la maladie fut de 15 mois. A ce moment on ne trouvait plus à l'examen qu'un pouls tendu avec retentissement diastolique de l'aorte.

Jusqu'en 1901, et sauf une certaine oppression aux montées, l'état de la santé resta absolument satisfaisant. A la suite d'un violent chagrin (perte de son mari), voici venir à la fin de 1901 une oppression plus vive, avec paroxysmes nocturnes, un affaiblissement considérable. Pendant tout le commencement et le milieu de 1902, la santé resta chancelante. Le régime lacto-végétarien et le repos remirent les choses en état et depuis la malade ne va pas trop mal, étant simplement gênée par son embonpoint considérable et ses réactions nerveuses toujours bruyantes.

3° *Cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec une lésion d'un autre appareil (obésité, maladies utérines.)*

Comme troubles cardiaques de la ménopause pouvant se produire, nous devons noter encore ceux qui coexistent avec un développement adipeux de tout l'organisme. Les malades engraisent d'une façon considérable. Cette forme est la troisième admise par Kisch, la première de l'auteur se rapportant aux cardiopathies avec hypertension, la seconde aux cardiopathies avec faiblesse cardiaque et pertes abondantes. Cette seconde forme comprenant les cardiopathies de la ménopause vraie avec troubles utérins (endométrite, cancer, etc.), nous ne l'avons pas rencontrée.

De la division de Kisch, nous retenons surtout celle

qui englobe les cardiopathies avec tendance à l'obésité. M. Huchard en fait la quatrième classe de ses cardiopathies de la ménopause. Les autres sont : 1° la forme tachycardique ; 2° la forme artérielle ; 3° la forme névrosique ou réflexe. Notre malade précédente rassemblait sur sa personne les trois formes, puisqu'elle avait de la tachycardie, était une nerveuse et montra de l'artério-sclérose par la suite.

M^{lle} C..., 48 ans, très nerveuse, nous fait appeler en mars 1899. Elle est très oppressée depuis quelques semaines. Nous la trouvons fort engraisée, car nous ne l'avions pas vue depuis quelques mois. Elle nous apprend que ses règles retardent depuis plusieurs mois. Elles viennent huit, quinze jours, trois semaines en retard. En même temps la malade ne peut plus marcher, tant elle est oppressée. Le cœur, en effet, bat très vite : 140 battements et ses battements sont tumultueux, mais réguliers. Le pouls est petit, rétracté. — Quelques râles humides aux bases du poumon. Pas d'œdème appréciable des membres inférieurs, les urines ne sont pas albumineuses. Nous ordonnons du lait, de la digitaline à faibles doses : XV à XX gouttes tous les 5 jours, le repos dans la chambre. Pas de viande, de vin, de café. Fin 1899, l'oppression est moindre, les battements de cœur sont moins violents. En 1900, les règles se suppriment complètement. En 1901, le pouls bat encore un peu rapidement : 80 à 90 pulsations, mais la malade a pu reprendre ses occupations, on n'entend plus qu'une légère accentuation du second bruit aortique. En 1906, la malade ayant maigri d'une dizaine de livres, le cœur va assez bien : un peu d'oppression persiste, mais, sauf un peu de faiblesse et quelques troubles dyspeptiques, la santé est bonne.

Les troubles cardiaques de cette malade peuvent être rapportés à une double cause : la pléthore vasculaire de la ménopause venant se greffer sur une obésité généralisée qui sans doute s'est étendue au cœur. Le mieux survint et les occupations purent être reprises à la suite d'un certain amaigrissement.

Nous ne reviendrons pas sur les signes des cardiopathies de la ménopause. Ils consistent en général en symptômes d'hypertension artérielle avec pouls tendu et vibrant ou au contraire petit et rétracté ; dans les maladies orificielles, l'aspect du pouls est commandé par la nature de la lésion. Parfois l'hypertension semble faire défaut et l'émotivité de la malade demeure seule en jeu.

Les signes d'insuffisance et de dilatation cardiaque ont été observés avec retour à la santé, soit que le malade ait souffert simultanément d'une maladie valvulaire, soit qu'elle ait eu un cœur sain. En présence d'accidents cardiaques de la ménopause, et de leur gravité apparente, le praticien ne se hâtera donc pas de conclure à un pronostic fatal. Une femme très nerveuse aura chance de se remettre aisément ; le praticien se tiendra davantage sur ses gardes si à l'hypertension se joignent déjà des lésions d'artério-sclérose ou si une maladie infectieuse, telle que la grippe ou si une malformation thoracique existent en même temps. En pareil cas la mort est possible. Les observations que nous venons de rappeler justifient ces différents points.

D'après nos observations, il semble que la pathogénie ressortit avant tout à des accidents de pléthore vasculaire avec hypertension artérielle possible à sa suite. Clément songeait, lui, à une excitation du grand sympathique. Les deux causes peuvent fort bien être réunies, le même

excitant portant à la fois son action sur le grand sympathique et produisant du spasme artériel. La notion d'hypertension comporte elle, une très haute importance, car elle permet des applications thérapeutiques efficaces.

Au cours de ce chapitre nous avons exposé les différents facteurs qui concourent à produire cette hypertension et les troubles consécutifs. Il était intéressant de rechercher si les accidents cardiaques de cet ordre survenaient dans les ménopauses artificielles, obtenues après intervention chirurgicale. Pinesse ⁴ a écrit un travail intéressant sur la question. Il note certains troubles circulatoires, des accidents congestifs, des bouffées de chaleur : mais une seule des opérées aurait été traitée ultérieurement pour une maladie de cœur (pieds enflés, palpitations). Une autre serait tombée albuminurique à plusieurs reprises, l'état du cœur n'étant pas mentionné. Sur 124 sujets dont l'histoire ultérieure est rapportée, cette proportion est plutôt faible.

Elle s'accorde du reste assez avec ce que nous savons des troubles cardiaques dans la ménopause naturelle. La fréquence et surtout l'accentuation de ces troubles sont également rares, eu égard au grand nombre de femmes qui passent par le retour d'âge. Cette constatation nous permet de supposer que ce n'est pas la suppression seule de la fonction ovarienne qui vaut ces accidents, puisque sur un si grand nombre de femmes où cette fonction est supprimée, un si petit nombre seulement présentent des désordres cardiaques dépassant le stade de palpitations passagères avec guérison rapide. Ou bien faut-il admettre que chez certaines femmes la fonction ovarienne est troublée plus brusquement, que la sécrétion interne de

⁴ Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes, *Thèse Paris*, 1894.

l'ovaire s'arrête tout d'un coup et que ce sont ces femmes seules qui souffrent, tandis que les autres, chez qui la fonction ne s'éteint que doucement, échappent aux accidents ? Chez aucune de nos malades les règles ne se sont arrêtées rapidement ; de longs mois d'irrégularité avaient précédé la suppression complète et c'est pendant ces mois d'irrégularité qu'avaient commencé les désordres cardiaques.

Il faut donc, ce semble, chercher une autre interprétation ; laquelle ? Une faiblesse particulière du système vaso-moteur, un degré de moindre résistance du cœur lui-même. Une de nos malades avait perdu sa sœur d'une maladie de cœur ; l'hérédité pourrait-elle léguer une prédisposition d'atteinte ? Les renseignements familiaux sont négatifs pour les autres malades. Sans doute le système nerveux joue un grand rôle : mais quelle est la femme qui n'est pas nerveuse au retour d'âge ? Une autre raison est nécessaire : c'est sans doute une faiblesse native du système vaso-moteur et de la musculature cardiaque.

Traitement. — Il est très simple. L'hypertension artérielle étant la grande coupable, il faut desserrer les freins vasculaires (Huchard) : régime lacté, régime lacto-végétarien, théobromine, ovarine (0,30 à 0,40 par jour) bien que nous émettions quelques réserves sur la valeur de ce médicament. De la digitaline cristallisée (solution de Nativelle au 1/1000 — X gouttes 3 à 4 jours de suite, au plutôt comme nous le faisons depuis quatre ans, V gouttes dix jours de suite, interrompre une dizaine de jours et reprendre), de faibles doses d'iodure (0,25 d'iodure de potassium ou de sodium, de la caféine (injections sous-cutanées de 0,25 dans les cas d'urgence, 3 à 4 fois par jour) rempliront les indications thérapeutiques essentielles. Parfois la

dilatation cardiaque sera si prononcée, la circulation sera si difficile qu'il ne faudra pas craindre d'alléger la circulation de sa stase veineuse en recourant à des émissions sanguines. L'application de ventouses scarifiées sur le foie, la pratique d'une saignée rendront en pareil cas des services que nulle autre médication ne sera capable de remplacer.

Conclusions. — Dans les cardiopathies de la ménopause, on distinguera trois types : 1° *les cardiopathies aggravées par la ménopause* ; elles peuvent guérir, débarrassant la maladie de ce qui est le fait de la ménopause et la laissant à peu près dans l'état lésional où elle était auparavant ; ou bien elles sont mortelles, le cœur déjà faible n'ayant pas la force de résister à l'assaut que lui livre la ménopause ; 2° *les cardiopathies de la ménopause vraies avec cœur sain et sans lésion d'un autre appareil* ; la guérison est complète ; néanmoins au bout d'un certain nombre d'années peuvent se produire des accidents d'artério-sclérose (cardio et néphro-sclérose) ; 3° *les cardiopathies de la ménopause avec cœur sain et avec lésion d'un autre appareil (obésité, maladies utérines)*.

Cette troisième forme semble la plus rare ; nous n'avons recueilli qu'un exemple de cette forme (obésité).

Le pronostic est souvent favorable. Si la femme est en période d'irrégularité menstruelle et à l'âge de la ménopause, s'il est établi que les troubles menstruels sont bien le fait de la ménopause et non de la lésion cardiaque elle-même, car on connaît les métrorrhagies qui résultent d'une rupture de la compensation circulatoire chez les cardiaques, si l'action de la ménopause apparaît hors de doute, le praticien ne s'empressera pas de conclure,

malgré la gravité apparente, à l'incurabilité et à une issue fatale prochaine.

Le traitement consistera dans l'emploi de la médication hypotensive (régime lacto-végétarien, ovarine, théobromine, digitaline à doses très faibles, faibles doses d'iode, saignée ou caféine dans les cas d'urgence.)

IV

La surcharge graisseuse du cœur.

La surcharge graisseuse, nous ne disons pas la dégénérescence graisseuse, semble bien, de toutes les affections cardiaques, celle qui est le moins connue au point de vue clinique. La description de la maladie a été faite d'après des idées théoriques. On s'est dit : un cœur gras ayant les fibres musculaires étouffées par la graisse doit battre faiblement ; ses bruits sont sourds, le pouls est dépressible. Et quand un malade obèse présentait des accidents de cet ordre qui se doublaient de dyspnée à la marche, on concluait : il existe de la surcharge graisseuse du cœur. Cela est vrai et un type clinique réel répond à ce tableau. Le malade obèse respire avec peine ; les bruits du cœur sont frappés moins nettement, le pouls est faible et plus ou moins rapide. Avec cela la figure est congestionnée ; les lèvres sont violacées ; parfois le foie est gros et témoigne, par son hypertrophie, d'un commencement d'insuffisance du cœur droit. C'est là le type classique. Appelons-le : *surcharge graisseuse du cœur avec hypotension artérielle* et faiblesse des battements cardiaques.

A côté de ce type en existent trois autres bien plus mal connus. Stokes n'a vu que la première forme, comme le