

système nerveux. Nous distinguons des troubles locaux : gastriques, intestinaux, des phénomènes douloureux d'origine mécanique, des troubles généraux intéressant le système nerveux, la nutrition.

1° *Troubles gastriques.* — A la sensation de plénitude, de tension épigastrique du début, plus gênante que douloureuse, s'ajoutent d'autres troubles fonctionnels, lorsque l'affection s'aggrave, c'est-à-dire lorsque l'estomac commence à fléchir et que la rétention entre en scène. L'obstacle à l'évacuation se traduit par des douleurs, des crampes, des sensations pénibles de serrement à l'épigastre et dans l'hypocondre qui se produisent habituellement plusieurs heures après le repas ; ces crampes paraissent bien dues aux contractions de l'estomac.

Le tableau est plus complexe encore quand la gastrite, conséquence de la rétention, s'est installée. Alors, immédiatement après le repas, se produisent de la flatulence, du pyrosis, des régurgitations acides, parfois des vomissements. Dans quelques cas, d'ailleurs très rares, on a signalé des vomissements abondants de bile. Le reflux permanent de la bile dans l'estomac s'explique par la dislocation de la première partie du duodénum poussée si loin que l'orifice du cholédoque se trouve au niveau de la partie coudée et que la bile a plus de tendance à refluer vers l'estomac qu'à s'écouler dans l'intestin. Dans un cas de M. Weill (de Lyon), le vomissement bilieux cessa avec l'application de la sangle.... *Naturam morborum curationes ostendunt.*

En dépit de la lenteur, de la gêne des digestions, l'appétit reste bon pendant fort longtemps ; souvent même une fringale se manifeste vers la fin de la journée. Si nombre de malades s'alimentent d'une façon insuffisante, c'est moins parce que l'appétit leur fait défaut que par la crainte d'augmenter leurs malaises, en imposant à l'estomac un travail au-dessus de ses forces. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'appétit disparaît, par suite des progrès de la gastrite concomitante. Certains aliments, certaines boissons sont particulièrement mal supportés. M. Glénard insiste sur l'intolérance pour le lait qui serait presque pathognomonique. Pour notre part, si nous avons souvent constaté cette intolérance, qui est réelle, nous avons aussi noté l'intolérance pour les graisses, pour le pain, pour les légumes verts, pour tout ce qui fermente dans l'estomac ou y laisse des résidus abondants, et nous croyons que l'intolérance est due bien plutôt à la gastrite qu'à la ptose elle-même.

Fait capital, la plupart de ces malaises, notamment ceux qui sont liés directement à la dislocation de l'estomac, à la ptose intestinale, disparaissent quand les malades sont alités ou tout au moins dans le décubitus horizontal. Dans ces conditions, la sensation de resserrement, la douleur tardive cessent ; il en est de même si l'on fait l'épreuve de la sangle, c'est-à-dire si, le malade étant debout, le médecin placé derrière lui relève la masse intestinale avec les mains entre-croisées, appliquées au-dessus de la symphyse et formant une sorte de sangle. L'effet est immédiat et saisissant. La contre-épreuve est non moins probante.

2° *Troubles intestinaux.* — La constipation est le phénomène dominant ; elle est d'autant plus marquée et opiniâtre que l'entéroptose est plus ancienne. Il n'est pas rare de voir des malades rester cinq, six jours et plus sans évacuation. Les matières, dans ces conditions, se présentent sous l'aspect de billes, de scybales. Souvent aussi existe le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse, les malades expulsent des mucosités ou des membranes rubanées, tubulaires, avec les douleurs habituelles dans ces cas. Lorsque la diarrhée apparaît, c'est que le malade a irrité son intestin par des purgatifs répétés, ou bien encore que la rétention stercorale a provoqué une entérite secondaire. La constipation est due à l'obstacle mécanique, à la coudure du côlon transverse et sans doute aussi à la contracture spasmodique réflexe de l'intestin.

Les douleurs intestinales sont amendées, comme les douleurs gastriques, par le décubitus et le port d'une ceinture.

Signalons comme troubles accessoires les hémorroïdes, le ténisme anal, etc.

3° *Phénomènes douloureux.* — L'abaissement des viscères abdominaux, les tiraillements des filets des plexus nerveux ont pour conséquence toute une série de phénomènes douloureux dont l'origine n'est pas douteuse, car ces phénomènes disparaissent par le repos au lit.

Pendant la marche les malades accusent une sensation de poids dans le bas-ventre ; ils sentent très bien que leur ventre tombe comme une masse trop lourde, qui aurait besoin d'être suspendue. Ils souffrent non seulement dans le bas-ventre, mais encore dans les cuisses, dans le dos, dans la région lombaire.

4° *Troubles nerveux.* — Les troubles nerveux sont multiples et se confondent avec ceux que l'on décrit chez les neurasthéniques : sous l'influence des souffrances incessantes, de l'affaiblissement causé par l'insuffisance de l'alimentation, des préoccupations engendrées par l'impossibilité de se livrer à l'exercice régulier d'une profession, de la marche, probablement aussi sous l'influence de l'excitation déterminée dans la sphère du sympathique par les tiraillements de filets nerveux, se développe peu à peu un état neurasthénique très grave et très rebelle, particulièrement accusé chez les névropathes héréditaires.

Le sommeil devient mauvais, insuffisamment réparateur. Le malade, lent à s'endormir, se réveille plusieurs fois la nuit, en tout cas est souvent réveillé à heure fixe vers deux ou trois heures du matin et ne se rendort qu'au petit jour, brisé de fatigue. D'ailleurs, son sommeil est troublé par des rêves, des cauchemars. L'insuffisance du sommeil est, à elle seule, une cause puissante d'inaptitude au travail.

Levé, le malade est en proie à des vertiges, parfois même exposé à des lipothymies subites ; il éprouve des troubles vaso-moteurs et circulatoires : congestion du visage après les repas, refroidissement des extrémités, ralentissement et faiblesse du pouls ; des troubles respiratoires : une sorte de difficulté à obtenir des inspirations complètes et profondes.

La céphalée est fréquente (céphalée en casque, occipitale, etc.). La mémoire s'affaiblit, le caractère se modifie et le malade devient sombre, irritable. Il est sans cesse obsédé par l'idée de combattre sa constipation et devient pharmacomane.

Il est à remarquer d'ailleurs que, chez certains malades, les phénomènes neurasthéniques sont primitifs et que l'entéroptose, par suite de la rétraction habituelle de l'intestin et de la constipation, est la conséquence, non la cause des troubles nerveux. Nous avons admis parmi les causes l'influence de la dyspepsie nerveuse grave qui ne nous paraît pas contestable. Nous accordons d'ailleurs que l'interprétation des faits est bien délicate, que l'enchaînement des troubles morbides peut échapper au médecin lorsque celui-ci, ce qui est le cas ordinaire, n'a pu suivre le malade depuis le début des accidents.

Aux troubles nerveux précités, il convient encore d'ajouter des névralgies multiples (intercostales, sous-diaphragmatiques, lombaires, etc.), une sensation d'asthénie qui rend la marche difficile, indépendamment de l'obstacle à elle apporté par le prolapsus.

5° *Troubles de la nutrition.* — Les troubles de la nutrition relèvent probablement de causes complexes : insuffisance de l'alimentation, influence trophique, etc... ; quoi qu'il en soit, l'amaigrissement est la règle dans les formes graves et anciennes.

Si certaines femmes, devenues entéroptosiques à la suite de grossesses multipliées, gardent leur embonpoint, il n'en est pas de même dans les cas de ptose d'origine nerveuse, notamment dans les ptoses qui s'observent chez l'homme. L'amaigrissement dans ces cas est porté à l'extrême, amaigrissement généralisé et non limité à la sphère abdominale. L'analyse des urines décèle la dénutrition ; on constate souvent la phosphaturie.