

Il a été peu question du rein mobile dans la description des symptômes, c'est qu'en effet, d'après la conception de Glénard, le rein mobile ne serait que « le satellite de l'entéroptose » (Trastour); les symptômes attribués communément au rein mobile seraient en réalité ceux de l'entéroptose.

Nous ne nous attarderons pas à discuter cette question; ce qui nous paraît incontestable, c'est que le plus souvent la néphroptose coïncide avec la ptose intestinale et par suite l'une et l'autre dépendent d'une même cause, soit générale, soit locale, qu'il est donc rationnel de ne pas dissocier l'étude de leurs symptômes et de leur traitement. « Si l'on examine de près les malades, on trouve que leur estomac et leur intestin sont dilatés, le foie est abaissé, ils portent des varices; leur système nerveux est altéré, ils présentent des signes de neurasthénie; si bien que l'entéroptose, comme la mobilité du rein, ne sont que des expressions localisées d'une véritable affection générale, caractérisée par une mauvaise nutrition, une déchéance vitale, une véritable dystrophie spéciale, portant sur la majorité des tissus (Tuffier, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VII).

Marche. Durée. Terminaison. — L'entéroptose n'est pas une maladie à cycle défini. C'est une affection à début insidieux, à marche essentiellement chronique et qui ne présente aucune tendance à la régression spontanée.

Les divers troubles qui constituent le syndrome morbide ne s'installent pas d'emblée; il faut en général plusieurs années pour que ce syndrome se complète. Les troubles locaux ouvrent la scène, puis viennent les phénomènes généraux. D'ailleurs, le début, la marche varient suivant la nature de la cause. Dans les ptoses liées à la grossesse, la maladie peut être constituée dès la première grossesse, ou bien s'aggraver par étape à chaque grossesse ultérieure. Dans les ptoses de cause générale qui paraissent dues à une sorte de prédisposition native, la maladie commence à se manifester lors de l'adolescence et poursuit son cours avec des rémissions plus ou moins marquées, si le sujet est soumis à un traitement sévère et prolongé.

Si les ptoses ne sont pas curables spontanément, tout au moins peut-on en faire disparaître les principaux symptômes par des moyens appropriés et obtenir la « guérison clinique », surtout dans les cas où tout se réduit à des troubles locaux. Beaucoup de femmes, entéroptosiques par grossesse, conservent une santé satisfaisante et sont plutôt des infirmes que des malades; de même la dislocation verticale par compression du corset peut cesser de déterminer des troubles lorsqu'elle est traitée dès le début et ne se complique pas de ptoses généralisées. On peut même obtenir des modifications très appréciables de l'état général, dans les formes graves avec troubles nerveux et dénutrition, grâce à une cure de repos prolongée, à la suralimentation, aux moyens physiques de relèvement du système nerveux. En tous cas, même dans les formes rebelles, il ne saurait être question de terminaison fatale. Il semble même qu'avec l'âge la souffrance du système nerveux devient moins accusée, que les malades s'accroissent plus aisément de leur infirmité. M. Glénard suppose qu'il s'établit une nouvelle statique abdominale, permettant une activité suffisante des fonctions digestives. L'engraissement favorise le soutènement de la masse abdominale et par suite l'atténuation des symptômes dus à l'abaissement de viscères.

Diagnostic. — L'entéroptose se confond avec une foule d'affections qui sont étiquetées de différents noms : dilatation atonique de Bouchard, dyspepsie neurasthénique, entéro-colite muco-membraneuse, néphroptose, etc.; la plupart des symptômes de ces diverses affections leur sont en effet communs avec l'entéroptose. Rien de plus explicable si l'on veut bien réfléchir qu'une même influence générale peut être retrouvée à leur origine. C'est-à-dire la prédisposition congénitale, la dystrophie caractérisée par un état d'infériorité physiologique des tissus; cette prédisposition nous explique pour

quoi chez ces malades on observe si fréquemment des hernies, des varices, du varicocèle, des hémorroïdes, un relâchement de la paroi abdominale, etc., un périnée flasque, un utérus prolabé, en un mot un état d'atonie du système musculaire lisse, du système fibreux, du système vasculaire, de tous les tissus. Il en résulte que l'entéroptose « entité morbide » n'existe pas à proprement parler; ce n'est le plus souvent qu'une manifestation, une localisation d'une dystrophie.

Le diagnostic résulte de ce qui vient d'être exposé touchant les causes et les symptômes. La recherche des causes des troubles morbides permet de donner de ceux-ci une interprétation rationnelle, d'éviter la confusion avec les gastrites, les névroses primitives, les affections utéro-ovariennes, etc.

Constatons incidemment que des ptoses très accentuées ne donnent pour ainsi dire lieu à aucun trouble fonctionnel et ne sont découvertes que par hasard; il semble donc que la part de la prédisposition névropathique soit très grande dans la production des troubles réactionnels.

Le diagnostic est malaisé dans les cas de ptoses déjà anciennes, compliqués de dilatation et de stase par formation de poche sous-pylorique. On peut hésiter notamment entre l'existence d'une sténose et celle de l'entéroptose.

Les commémoratifs, les renseignements donnés par l'insufflation, les résultats du traitement (soulagement immédiat, sinon absolu, par le port de la sangle) permettront en général de trancher la question.

Si nous avons insisté aussi longuement sur les causes et les signes des ptoses, avant d'aborder leur étude thérapeutique qui exige de moins longs développements, c'est que, malgré leur fréquence et leur importance en pathologie, les ptoses n'ont encore qu'une place restreinte dans les traités classiques où même n'y sont pas mentionnées; c'est que, d'autre part, il est impossible d'exposer leur traitement sans être fixé au préalable sur leur pathogénie.

Si le traitement ne peut être que palliatif, il n'en apporte pas moins un soulagement très appréciable dans les cas graves et compliqués, une guérison complète dans les cas récents de dislocation gastrique, sans ptoses intestinale et rénale.

Un mot d'abord de la **prophylaxie**. Chez les sujets jeunes, débiles, présentant une prédisposition évidente aux ptoses, se manifestant par l'existence de hernies, de varices, de relâchement des tissus, etc., on emploiera tous les moyens propres à combattre la faiblesse congénitale des tissus, c'est-à-dire les *ablutions froides*, les *frictions*, la *gymnastique suédoise*, le *massage*, la *vie au grand air*, une *alimentation substantielle*, mais non encombrante, enfin les toniques avec discrétion : *fer*, *arsenic*, etc. D'autre part, on surveillera la jeune fille à l'époque où elle adopte le *corset*. Celui-ci devra être souple, fait sur mesure et disposé de telle sorte que la taille ne soit comprimée en aucune façon.

Chez la femme, après l'accouchement, on imposera un *repos au lit* d'une durée suffisante et l'on maintiendra l'abdomen sanglé pendant la durée de la rétraction utérine. La constatation d'un relâchement prononcé de la paroi abdominale justifiera le port immédiat d'une *ceinture*.

Les **moyens curatifs** à employer sont multiples : Les indications essentielles sont de procurer une sédation immédiate par le repos au lit; d'assurer ensuite un point d'appui à l'estomac et à l'intestin, quand les malades se lèvent, de relever par une sangle la masse des viscères abdominaux, de façon à supprimer les douleurs et les sensations pénibles de poids, à faciliter l'évacuation de