

intestinaux faits immédiatement après une garde-robe. D'ailleurs la sécheresse des matières est, à elle seule, un indice suffisant du séjour prolongé des matières dans le gros intestin. La constipation est donc constante; mais elle n'en est pas moins sujette à variations. En effet, continue dans les cas anciens, elle est généralement intermittente dans les cas récents et bénins. La maladie procède par crises caractérisées par la constipation horaire, la fragmentation des matières, le rejet des mucosités et des matières, par les phénomènes douloureux. Dans l'intervalle de ces crises, l'intestin reprend son fonctionnement normal; les selles redeviennent moulées et se produisent aux intervalles normaux; les mucosités disparaissent.

D'autre part, alors que la constipation est permanente, elle peut être interrompue par des débâcles diarrhéiques, dues à l'entérite secondaire que provoque la stase stercorale. Au milieu d'un liquide infect nagent des scybales, dont la présence indique suffisamment la cause de la crise diarrhéique.

Ces débâcles ne doivent pas être confondues avec les formes diarrhéiques primitives de l'entéro-névrose, formes rares à la vérité, et intermittentes, caractérisées par l'expulsion d'un flot de mucus, de glaires mousseuses....

Le second symptôme constant, celui qui imprime au syndrome son caractère distinctif, c'est la *production de mucus concret dans l'intestin et son expulsion soit avec les matières fécales, soit isolément*. Si le mucus de type membraneux (rubané, cylindrique, filamenteux) ne passe guère inaperçu, en revanche le mucus expulsé sous forme de glaires, de mousse, de crachats intestinaux (Lasègue) échappe fréquemment à l'attention des malades. Quelques-uns se méprennent sur la nature des muco-membranes, ils se croient atteints de ténia et apportent au médecin de prétendus anneaux qui ne sont autres que des fragments de muco-membranes. On s'est demandé pourquoi les muco-membranes affectent parfois la forme de tubes cylindriques, reproduisant le moule des anses intestinales, mais d'un plus petit calibre. On sait aujourd'hui que cette réduction de calibre est le fait du spasme de l'intestin. C'est ce spasme qui explique non seulement la formation des tubes muco-membraneux de petit calibre, mais aussi l'expulsion des matières fécales rubanées aplaties ou bien encore des selles fréquentes, composées de mucus liquide, rendu par saccade.

Les *phénomènes douloureux* ne font jamais défaut, mais ils sont très variables dans leur intensité et leur continuité. On distingue les douleurs paroxystiques, les crises entéralgiques généralement très violentes et les douleurs habituelles. Celles-ci peuvent ne se produire qu'au moment de la défécation, qui est longue, pénible, s'accompagne d'une sensation de brûlure à l'anus. Mais le plus souvent, dans l'intervalle des garde-robes, existent des douleurs plus ou moins vives, suivant les cas, nettement localisées sur le trajet du gros intestin. Les malades éprouvent une sensation de constriction autour « des reins » ou celle d'un courant d'eau chaude traversant le tube intestinal; la douleur est d'ailleurs mobile, change fréquemment de place. Cependant la plupart des malades la localisent de préférence en des points fixes, symétriques, qui sont les deux angles d'union du côlon transverse avec le côlon ascendant et le côlon descendant. La pression sur ces points exaspère la douleur. Dans certains cas il existe une douleur nettement localisée dans la région appendiculaire, dénotant une complication appendiculaire.

Nous reviendrons ultérieurement sur les crises entéralgiques.

Remarquons que les phénomènes douloureux peuvent constituer la note dominante dans certains cas. Nous avons traité récemment un malade dont l'observation peut être donnée comme un exemple typique d'entéro-névrose: parfaitement bien portant jusqu'à l'an dernier, M. X... prend un bain froid dans la Marne, perd pied à un moment donné et, comme il ne sait pas nager, manque se noyer. Dès le lendemain, à la suite de l'ébranlement nerveux causé par l'émotion ressentie, la constipation s'installe avec pro-

duction de muco-membranes et de vives douleurs abdominales surviennent. Mais, tandis que cette constipation est intermittente, procède par crises, les douleurs, elles, sont constantes, durent jour et nuit et n'ont pour ainsi dire pas laissé un instant de tranquillité au patient depuis un an. Il y a donc des cas où les douleurs sont l'expression principale de la souffrance du sympathique. Ce cas à début brusque, que j'ai choisi parmi de nombreuses observations analogues, peut être invoqué légitimement contre l'opinion qui considère la constipation simple comme la cause déterminante de l'entérite.

Ce malade que depuis un an on avait traité à grands renforts de purgatifs, de lavages intestinaux sans autre résultat qu'une aggravation des troubles morbides, a guéri très facilement et en quelques semaines sous la seule influence de la suppression de ces divers moyens, de l'emploi de la belladone et des bains chauds prolongés et de quelques séances de psychothérapie où nous nous appliquâmes à lui démontrer qu'il était atteint de troubles purement nerveux et nullement d'une entérite, que la guérison surviendrait rapidement.

Les *signes physiques* ne permettent pas, à eux seuls, de faire le diagnostic, mais ils donnent quelques indications utiles.

Le ventre est *déprimé* ou d'aspect normal; mais, quel que soit son aspect, il existe le plus souvent une *flaccidité de la paroi* très significative. La paroi a perdu toute résistance, parfois existe une évagination. L'intestin, de son côté, donne la sensation d'une loque, d'un chiffon sans résistance qu'on pétrirait entre les doigts. Il existe d'ailleurs des segments distendus par des gaz que l'on peut faire passer par compression dans les anses voisines; d'autres, où le doigt perçoit des scybales. Il en est qui sont, au contraire, contracturés et qui donnent sous le doigt la sensation d'une corde, notamment le cordon transverse (corde colique de Glénard) et l'on peut constater des ondes contractiles se produisant en avant de la partie contracturée, analogues aux contractions antipéristaltiques que l'on observe chez les malades atteints de sténose pylorique. Il y a donc coexistence de spasme et d'atonie. L'un et l'autre phénomène sont intermittents; telle partie, qui est contracturée un jour, sera le lendemain en état de contracture spasmodique et réciproquement. Il est à remarquer que les douleurs, que le spasme sont plus marqués chez les malades qui abusent des purgatifs et des lavages intestinaux.

La *ptose* est la règle dans les formes graves de l'entéro-névrose. On la reconnaît à ses signes habituels: ventre déprimé de l'épigastre à l'ombilic, saillant au contraire de l'ombilic au pubis; flaccidité de la paroi, diminution de la sonorité intestinale et surtout corde colique transverse contrastant avec la dilatation cœcale, etc. Le prolapsus du rein droit est également très fréquent.

Dans le cas de ptose, les douleurs, les autres troubles fonctionnels ont cela de caractéristique qu'ils disparaissent plus ou moins complètement par le repos au lit ou par le relèvement de la masse des viscères abaissés, au moyen de la sangle.

L'estomac est *fréquemment dilaté ou déplacé*. On ne peut distinguer le clapotage stomacal du clapotage colique que par l'insufflation. Celle-ci permet également de reconnaître la ptose, en mettant en relief l'abaissement de la petite courbure.

Tels sont les symptômes et les signes essentiels de l'entéro-névrose. Il est des *symptômes secondaires* et des *associations morbides* que nous ne saurions passer sous silence, bien que les uns et les autres soient inconstants et très variables suivant les sujets.

Les plus importants de ces symptômes se manifestent du côté de l'appareil digestif: les uns les attribuent à des réflexes dont le grand sympathique abdominal serait le point de départ; les autres les mettent sur le compte de l'auto-intoxication. Les phénomènes réflexes ne peuvent être niés; quant à la part de