

rebelles, les malades très amaigris, profondément asthéniques, sans cesse préoccupés de leur constipation, présentent au grand complet le tableau de la neurasthénie.

Des troubles nerveux il convient de rapprocher les *troubles de la nutrition* : amaigrissement, perte des forces, phosphaturie très marquée dans les cas graves. La cachexie est parfois si marquée que la vue du malade éveille parfois chez le médecin non prévenu l'idée d'un cancer.

Après cette esquisse volontairement sommaire de la maladie, il convient d'en étudier la *marque*, de signaler les *accidents paroxystiques* qui interrompent son décours chronique, les *formes* qu'elle revêt chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, c'est la note infectieuse qui domine et le tableau clinique est si différent de celui de l'entéro-colite chez l'adulte que l'on a nié tout rapport entre les deux affections. Qu'observe-t-on chez l'enfant? Une colite infectieuse à rechutes, caractérisée par des selles répétées, peu abondantes, mousseuses, glaireuses, muco-purulentes, membraneuses et sanglantes.

Cette colite qui s'accompagne de lésions intestinales graves, ainsi qu'en témoignent les autopsies assez fréquentes, a été dénommée, en Allemagne, entérite folliculaire par Henoch, Baginski. M. Marfan estime que la colite infantile n'est pas comparable à la colite muco-membraneuse de l'adulte; elle en diffère par son substratum anatomique (desquamation de l'épithélium et ulcérations étendues, notamment des follicules solitaires, altérations hépatiques), par ses symptômes, puisque la diarrhée est la note dominante et que, si les selles contiennent des mucosités, des glaires, elles ne renferment pas de mucus concrété sous forme de tubes, de lambeaux rubanés; par les phénomènes d'ordre infectieux (fièvre, prostration, méningisme, érythèmes); enfin par la gravité, la maladie étant souvent mortelle. A ce tableau on peut opposer celui de l'entéro-colite de l'adulte où les lésions intestinales font défaut, les accidents infectieux sont rares, où le pronostic *quoad vitam* est bénin....

Cependant on ne peut s'empêcher de trouver des traits communs à ces affections d'ailleurs si différentes d'allures, chez l'enfant et chez l'adulte : c'est tout d'abord le terrain morbide, car on retrouve aussi bien l'arthritisme et le nervosisme héréditaire chez les uns que chez les autres; c'est encore la coïncidence fréquente de la colite chez plusieurs enfants de la même famille. D'autre part, on peut invoquer ce fait que, chez l'enfant, on peut observer des crises entéralgiques non fébriles (Galliard), auxquelles succèdent les accidents infectieux signalés plus haut, et qu'inversement, chez l'adulte, une poussée de colite aiguë avec fièvre, selles glaireuses et sanglantes, etc., peut marquer le début de l'entéro-colite muco-membraneuse chronique ou survenir dans son cours.

Pour notre part, nous estimons que les entérites, quelles qu'elles soient, constituent une cause prédisposante à l'entéro-névrose, soit en déterminant des lésions des plexus nerveux intestinaux, soit par tout autre mécanisme, et que l'on peut expliquer ainsi l'apparition de cette dernière à la suite d'une colite infectieuse. D'ailleurs, chez l'enfant, le début peut être lent et insidieux, comme chez l'adulte. Souvent la constipation date des premiers jours de la naissance. Dans ces cas, l'influence héréditaire n'est pas contestable; les enfants sont particulièrement excitables, ont des terreurs nocturnes, des convulsions au moindre prétexte, ont, en un mot, tous les attributs du neuro-arthritisme précoce.

Chez l'adulte le début est en général lent et insidieux; une phase de constipation

simple peut précéder pendant plusieurs années l'apparition des douleurs, des mucosités. Dans d'autres circonstances, à la suite d'un violent ébranlement nerveux, du jour au lendemain apparaissent simultanément la constipation, les douleurs, les glaires, ce qui démontre bien le rôle du système nerveux dans la genèse du syndrome, et prouve que la constipation n'est nullement la cause constante de la prétendue « colite ».

Nous avons relaté à la Société de thérapeutique (7 décembre 1904) l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un bain froid au cours duquel il faillit se noyer, fut pris du jour au lendemain de constipation opiniâtre avec expulsion de muco-membranes, de douleurs abdominales vives et pour ainsi dire continues et d'un état névropathique très accentué (insomnie, perte des forces, etc.), le tout attribuable à l'ébranlement nerveux causé par l'accident. Remarquons que le malade, vaguement entaché de nervosisme, avait toujours été bien portant jusqu'à cette époque, qu'il n'avait jamais été constipé.

La marche est des plus variables. Il est des formes bénignes, intermittentes, caractérisées par de petites crises survenant sous l'influence d'émotions, de surmenage, ou encore à l'occasion des règles; d'autres où la constipation est permanente. D'ailleurs l'évolution est subordonnée d'une part à la cause des accidents, d'autre part au genre de vie des malades, aux traitements suivis par eux. La mauvaise hygiène, les traitements intempestifs aggravent la maladie, rendent plus fréquentes les crises entéralgiques.

La forme permanente est entrecoupée par des crises entéralgiques au cours desquelles la constipation est absolue, les douleurs très vives, les troubles nerveux plus accentués. Ces crises surviennent le plus souvent à la suite d'écarts de régime, d'abus des purgatifs, de surmenage ou d'influences psychiques. Les douleurs sont habituellement localisées sur le trajet du gros intestin, parfois diffuses. Leur prédominance dans la fosse iliaque droite devra toujours attirer l'attention sur la région appendiculaire, que l'on explorera méthodiquement. Elles s'accompagnent de phénomènes réactionnels tels que la petitesse du pouls, les sueurs froides; le facies est grippé, etc....

Le malade éprouve des besoins fréquents d'aller à la selle, besoins qui ne sont suivis d'aucune évacuation ou qui aboutissent à l'expulsion pénible de quelques mucosités ou de membranes, de sables. Le ventre est tendu, ballonné; le côlon est en état de contraction spasmodique....

Après une durée variable se produit une détente, marquée par une débâcle de scybales, de liquide diarrhéique infect, de muco-membranes.

Les crises dysentériques diffèrent des précédentes en ce que la constipation est remplacée par des selles fréquentes avec ténésme anal et hémorragies. On peut encore observer des crises fébriles, à forme typhoïde, assez rares d'ailleurs. Dans ces crises, les symptômes généraux prédominent sur les symptômes abdominaux; l'absence de taches rosées, l'irrégularité de la courbe thermique et l'opiniâtreté de la constipation sont les principaux éléments du diagnostic différentiel; car les autres symptômes : anorexie, état saburral de la langue, ballonnement du ventre, prostration, insomnie, etc., rappellent singulièrement la fièvre typhoïde; mais l'examen des selles (muco-membranes, scybales), au besoin le séro-diagnostic et surtout l'influence assez rapide du traitement évacuant, lèvent les doutes. Il s'agit vraisemblablement d'infections colibacillaires, provoquées par la stase stercorale.

Le diagnostic de l'entéro-névrose ne comporte pas de difficultés en général. Rappelons pour mémoire que parfois on a pris pour des anneaux de ténia, des amas d'ascarides, les matières rubanées ou les pelotons cylindriques expulsés.

Plus fréquentes sont les erreurs dues à ce que le mauvais état général ou les symptômes concomitants détournent l'attention de l'intestin. Le cancer de l'intestin, celui de l'estomac, sont au nombre des affections que l'on a confondues avec l'entéro-névrose; on conçoit aisément que le teint jaunâtre, l'anorexie, l'amaigrissement, l'asthénie de certains malades puissent induire en erreur. Les troubles urinaires, les affections