

utéro-annexielles concomitantes peuvent également prêter à des erreurs de diagnostic.

Les crises douloureuses peuvent être prises pour des accès de coliques hépatiques, néphrétiques, pour une appendicite, etc... Inversement on peut négliger de reconnaître l'appendicite chronique compliquée d'entéro-névrose.

Les crises dysentériques ne peuvent être confondues avec la dysenterie vraie; quant aux crises à forme typhoïde, nous venons de voir comment on peut les différencier d'avec l'infection eberthienne.

Le pronostic est des plus variables. On ne meurt pas d'entéro-névrose; mais certains malades en demeurent atteints pendant toute leur existence. Ajoutons d'ailleurs que, grâce à la conception actuelle de la nature de ce syndrome, de ses causes provocatrices et du traitement qui lui convient, on peut améliorer et guérir rapidement des malades qui autrefois auraient entraîné une existence misérable pendant de longues années!

Nous devons aborder maintenant l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'entéro-névrose, préambule indispensable de l'institution d'un traitement rationnel.

L'affection est très fréquente, plus fréquente peut-être de nos jours qu'autrefois, bien qu'à cet égard il soit difficile de se prononcer d'une façon catégorique. Peut-être convient-il d'attribuer la fréquence actuelle à la suralimentation carnée, au surmenage, à la lutte intensive pour la vie, toutes conditions qui favorisent le neuro-arthritisme.

C'est sans doute pour la même raison que l'entéro-névrose s'observe surtout dans la clientèle aisée, bien qu'elle ne soit pas exceptionnelle chez les ouvriers et les paysans, attendu qu'aucune classe de la société n'est à l'abri des tares nerveuses héréditaires ou acquises, ni des causes locales, c'est-à-dire des affections abdominales douloureuses susceptibles de provoquer le syndrome.

Tous les âges y sont sujets.

Chez l'adulte la maladie atteint son maximum de fréquence entre vingt et quarante-cinq ans.

L'influence du sexe n'est pas contestable. La maladie est plus fréquente chez la femme, dans la proportion de 80 pour 100 d'après Litten, de 71 pour 100 d'après de Langenhagen, de plus de 50 pour 100, Bottentuit. Notre statistique personnelle actuelle est de 589 cas sur lesquels nous comptons 275 femmes. La prédominance dans le sexe féminin est liée à des causes générales et à des causes locales: fréquence chez la femme du nervosisme sous toutes ses formes; fréquence des causes locales d'irritation de l'intestin (coprostase, lésions utérines et annexielles).

S'il règne encore de l'incertitude chez certains médecins au sujet des causes déterminantes, l'accord règne pour considérer le neuro-arthritisme comme une condition prédisposante de premier ordre. Depuis Gigot-Suard, Simpson jusqu'à nos jours, tous les observateurs ont confirmé son rôle qui est pour ainsi dire constant. Presque tous les malades sont des déséquilibrés du système nerveux. On retrouve dans leurs antécédents héréditaires les différentes manifestations du neuro-arthritisme: goutte, gravelle, lithiase biliaire, hémorroïdes, asthme, etc., et, d'autre part, l'hystérie, la neurasthénie, le nervosisme. Ces attributs du neuro-arthritisme s'observent aussi bien chez les collatéraux que chez le père et la mère. On observe d'ailleurs l'hérédité directe; il existe des familles entières vouées à l'entéro-névrose, argument puissant en faveur de la théorie qui fait de la prétendue colite un syndrome nerveux. Comme l'appendicite, la colite est une maladie familiale.

Dans les antécédents personnels des malades on retrouve les mêmes manifestations de neuro-arthritisme que chez les parents: migraines, dyspepsie, et, d'autre part, le surmenage, les émotions violentes, les traumatismes, toutes causes susceptibles de troubler l'équilibre nerveux.

Certains malades déclarent avoir souffert de leur estomac, de leur intestin, depuis leur plus tendre enfance, font remonter le début de leur maladie à une entérite aiguë

du premier âge. Chez quelques-uns on relève dans les antécédents des maladies infectieuses (rougeole, grippe, fièvre typhoïde, etc...), mais ce sont des causes prédisposantes banales dont l'influence est contestable, la fièvre typhoïde exceptée, cette dernière en raison de ses localisations intestinales (Vouzelle, *Thèse de Paris*, 1899).

On ne saurait trop insister sur l'importance du facteur névropathique; car, au point de vue du traitement, il faut en tenir le plus grand compte, même quand on peut trouver une cause locale provocatrice.

Contrairement à l'opinion de nombre de médecins, la stase fécale ne suffit pas pour amener l'hypersécrétion de mucus, les phénomènes douloureux. On rencontre fréquemment des malades atteints de constipation opiniâtre depuis de longues années, et qui cependant ne présentent nullement les symptômes de l'entéro-névrose.

Par contre, il est une catégorie de malades, tous névropathes, qui, sous l'influence de la moindre cause (coudure du côlon, rein mobile, etc...), réalisent le tableau morbide précédemment décrit. Il ne faut donc pas se borner à traiter les différentes causes locales que nous allons passer en revue; les moyens employés ne suffiraient pas à remettre les malades en santé et n'empêcheraient pas les rechutes, si on n'agissait pas sur leurs réactions nervo-motrices, vaso-motrices et nervo-sécrétoires originellement troublées. Aussi ne voyons-nous ces malades guérir que si on les a traités, non seulement comme dyspeptiques, comme dilatés et comme constipés, mais comme névropathes. « L'hydrothérapie et les autres moyens physiques, et aussi la psychothérapie, ne leur sont pas moins nécessaires que la médication évacuante et le rétablissement de la statique abdominale. » (Legendre, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 mars 1904.)

Avant de passer en revue les causes déterminantes, constatons, sans y insister, car la question est définitivement élucidée, que la maladie manque de base anatomique. Il n'existe pas de lésions propres à l'entéro-colite.

Les autopsies des frères Rothmann (1894), de Chanot (1897), n'ont pas confirmé l'existence des lésions décrites par Wannebroucq (1875). Il n'existe que des lésions insignifiantes de la muqueuse: desquamation partielle de l'épithélium, quelques altérations des glandes, qui sont pénétrées par des bouchons de mucus. On sait d'ailleurs que la composition des muco-membranes éloigne toute idée d'un processus inflammatoire, puisqu'elles sont constituées essentiellement par du mucus concret, contenant quelques cellules épithéliales et leucocytes, mais pas de fibrine. Que dans les cas très anciens, sous l'influence de la stase stercorale, des infections secondaires répétées, dont les crises fébriles traduisent l'existence, se produisent parfois des lésions inflammatoires, des lésions d'entérite, au sens habituel du mot, le fait n'est pas douteux, mais il n'en est pas moins vrai que le syndrome évolue dès l'origine comme un trouble purement fonctionnel.

Quelles sont donc les causes déterminantes de ce syndrome? Ces causes sont multiples, leur multiplicité a contribué à faire méconnaître le lien commun qui les unit, ou pour mieux dire, le mécanisme unique (excitation réflexe du sympathique) par lequel réagit l'intestin sous leur influence. D'une part, on a eu tendance à attribuer à telle ou telle d'entre elles une importance prépondérante; d'autre part, on s'est occupé presque exclusivement jusqu'ici d'en combattre les effets locaux, c'est-à-dire de traiter la constipation, de faire disparaître les muco-membranes, de calmer les douleurs et l'on a négligé de traiter le trouble nerveux ainsi que M. Legendre le faisait remarquer à juste titre.

D'ailleurs les causes locales que nous admettons et qui seront énumérées plus loin ne sont pas constantes. Dans la plupart des cas, le syndrome entéro-névrose apparaît et évolue, sous la seule influence du nervosisme héréditaire ou acquis, de causes purement psychiques. Lentement ou brusquement il survient chez des sujets, soit atteints d'une névrose dûment caractérisée: hystérie, neurasthénie, goitre exophtalmique, soit