

simplement névropathes. Que ces prédisposés soient en proie à de violents chagrins, qu'ils se livrent à des travaux intellectuels prolongés, qu'ils surmènent leur système nerveux de toutes façons, par les veillées, les émotions du jeu, qu'ils soient exposés à un choc nerveux subit, l'entéro-névrose pourra éclater chez eux, sans intervention d'une autre influence. Boas a constaté son apparition brusque chez un enfant à la suite d'une émotion violente; M. Brocchi a relaté deux cas survenus l'un à la suite d'une grave émotion, l'autre à la suite d'un traumatisme léger chez un homme et chez une femme en parfait état de santé habituel, n'ayant aucun passé dyspeptique. Nombre de malades vus par nous faisaient remonter le début de leurs accidents à un violent ébranlement nerveux (pertes d'argent, deuil). Nous avons cité précédemment l'exemple du malade pris brusquement des symptômes de colite muco-membraneuse à la suite d'une violente émotion. Nous avons relaté d'autre part (*Soc. de thérapeutique*, 26 octobre 1904) celle d'un confrère qui a eu sa première atteinte à la suite de « tracas professionnels ». Nous pourrions citer encore nombre d'observations analogues, mais ces citations seraient superflues, car pour nous, la question est jugée, et nier les entéro-névroses de cause centrale serait nier l'évidence même.

Surtout fréquente chez les neurasthéniques ou les simples névropathes, l'entéro-névrose peut faire partie du complexus symptomatique de l'hystérie. D'autre part, M. Bernard a eu cinq fois l'occasion d'observer la concomitance du goitre exophtalmique, argument puissant en faveur du rôle du sympathique.

Il n'est pas jusqu'aux affections organiques du système nerveux : tabes, paralysie générale (F. Bernard) qui ne puissent jouer le rôle de cause provocatrice.

Il nous semble superflu d'insister sur l'influence des causes nerveuses centrales. Cependant il existe encore quelques dissidents. M. Mathieu n'admet pas l'origine nerveuse pure de la « colite ». Il ne considère pas non plus comme démontré que les manifestations intestinales soient l'expression directe d'une viciation de l'innervation intestinale, d'une névrose vaso-motrice et sécrétoire, comme l'ont soutenu Leyden, Vanni, Mendelson, etc. Il n'y a pas d'autre cause pour lui que l'irritation de la muqueuse intestinale provoquée par la constipation. C'est là une erreur d'interprétation qui entraîne comme conséquence l'emploi d'une thérapeutique peu rationnelle, susceptible d'aggraver la constipation, les douleurs.

Les causes locales sont nombreuses : les lésions de l'estomac, de l'intestin, de tous les organes abdominaux peuvent être le point de départ de la colite. Ces lésions agissent par irritation directe de la muqueuse (constipation, troubles du chimisme gastro-intestinal) ou indirectement par excitation du sympathique; en tout cas, leurs conséquences sont identiques : elles déterminent l'excitation des terminaisons nerveuses de l'intestin et particulièrement des nerfs sécrétoires. Il est à remarquer que ce sont surtout les affections douloureuses qui donnent naissance à l'entéro-névrose.

L'estomac a été mis en cause dans un certain nombre de cas; mais on a apprécié différemment le mode de retentissement sur l'intestin des affections gastriques. M. Albert Robin incrimine l'hyperchlorhydrie (hypersthénie, dans sa nomenclature); celle-ci détermine la coprostase et par son intermédiaire la colite.

Il est certain que l'hyperchlorhydrie existe assez fréquemment chez les malades; mais il est difficile d'établir la priorité des troubles gastriques. D'ailleurs l'hyperchlorhydrie peut être due à la même influence nerveuse que les désordres intestinaux; de plus, chez nombre de malades le chimisme est indifférent ou variable. Nous avons la conviction que troubles gastriques et intestinaux se rattachent à la même cause et ne sont que des manifestations multiples d'un trouble nerveux primitif. Ajoutons que les troubles gastriques (nausées, digestions lentes, laborieuses; hyperesthésie gastrique, etc.), et la colite peuvent dépendre d'une même cause locale qui est l'appendicite chronique, ainsi que nous avons pu le constater dans plusieurs cas.

M. Soupault a constaté la coïncidence de la colite avec l'ulcère du pylore dans 50 pour 100 des cas (?). Le traitement de l'ulcère par les alcalins à hautes doses a « amélioré » dans 17 cas et guéri complètement dans 5 cas les troubles intestinaux. La gastro-entérostomie a eu la même influence dans les 10 cas où elle a été pratiquée.

Le plus souvent la cause de la colite réside dans l'intestin lui-même. Trois causes principales ont été invoquées : la constipation simple, la ptose, l'appendicite.

La constipation est pour beaucoup de médecins la cause essentielle de la colite. Il est certain que dans un très grand nombre de cas le syndrome est précédé pendant un temps plus ou moins long, parfois pendant plusieurs années, d'une phase de constipation, souvent précoce, remontant à l'enfance. Plus tard apparaissent les mucoosités, les douleurs, les troubles nerveux. Dans ces cas on est logiquement amené à supposer que la colite est déterminée par l'irritation qu'exerce au niveau de la muqueuse intestinale le contact prolongé des matières.

Ajoutons que l'abus des laxatifs, des lavages intestinaux, contribue sans nul doute à entretenir et aggraver l'irritation de l'intestin.

Il ne faudrait pas cependant se hâter de conclure que la constipation puisse être toujours incriminée. En effet, si l'entéro-névrose est fréquente, la constipation simple l'est bien davantage; n'ont de la colite qu'un nombre relativement restreint de constipés. Un argument non moins digne d'attention est le suivant : dans beaucoup de cas, le syndrome se constitue d'emblée, sans phase préliminaire de constipation; douleurs, glaires et constipation apparaissent simultanément à la suite d'un choc nerveux violent, en même temps d'ailleurs que les désordres abdominaux se manifestent une neurasthénie « aiguë » dont procèdent vraisemblablement ces désordres.

Concluons donc que si la constipation peut être considérée dans certains cas comme la cause primitive de l'irritation réflexe de l'intestin, elle n'est pas le moins du monde sa cause exclusive. Nous attribuons les échecs éprouvés si fréquemment dans le traitement, précisément à ce fait que beaucoup de praticiens considèrent uniquement la « colite » comme une complication de la constipation simple; la constipation prise à tort pour la cause, n'est que l'un des effets de la cause générale qui a provoqué l'entéro-névrose ou bien encore dépend d'une cause locale (bride, appendicite) qui entrave le fonctionnement de l'intestin et qu'il conviendrait de supprimer.

Des observations analogues peuvent être faites à l'occasion du rôle pathogénique attribué à l'entéroptose. Celle-ci est fréquente, mais nullement constante. M. Glénard, M. Hayem, etc., admettent que l'entéroptose est primitive et entraîne secondairement la constipation, laquelle à son tour détermine la production des glaires, des douleurs. Il est probable que la constipation provenant de la coudure en U ou en V du côlon transverse et que les tiraillements exercés sur les plexus nerveux intestinaux et rénaux sont la cause de l'irritation réflexe de l'intestin dans nombre de cas; mais nous admettons également que dans certaines circonstances, ptoses et « colites » dépendent de la même cause générale, l'influence nerveuse; la ptose est l'expression de la mise en jeu des nerfs trophiques, d'autres symptômes relèvent de l'excitation des nerfs vaso-moteurs, sécrétoires, sensitifs.

La question des relations de la « colite » et de l'appendicite a pris récemment une grande importance et nous avons contribué dans notre monographie (*Pathogénie et traitement des névroses intestinales*, Masson et C^{ie}, édit., 1904) à mettre en relief le rôle primitif de l'appendicite.

Les médecins qui ont eu l'occasion de traiter un grand nombre de cas de colite ont eu leur attention appelée sur la fréquence des accidents appendiculaires; seul en France, le professeur Dieulafoy a nié toute relation entre l'appendicite et la colite; pour cet auteur, c'est la localisation cœcale de la colite qui en impose pour l'appendicite. De son côté, M. Ewald n'admet pas non plus le rôle de l'appendicite.