

désordres intestinaux, — ces conditions sont le jeune âge du sujet, l'absence de médications irritantes et intempestives. Beaucoup de malades ne s'adressent à un médecin autorisé qu'après de longues années de souffrances, après avoir usé et abusé des médications empiriques; tous ont épuisé la liste, cependant bien longue, des purgatifs et laxatifs, et ont superposé à l'affection primitive une gastro-entérite médicamenteuse. Ces malades sont tombés dans un état de neurasthénie des plus graves qui exigera de longs et patients efforts pour être modifié....

Ajoutons que, dans la forme d'origine nerveuse pure, les récidives sont fréquentes si les causes du déséquilibre nerveux tels que le surmenage, les émotions, etc., exercent de nouveau leur influence.

**Traitement causal.** — La détermination de la cause doit être la première préoccupation du médecin.

S'il existe une affection douloureuse de l'estomac, c'est-à-dire un ulcère, on instituera le traitement habituel.

A cet égard, il ne peut y avoir d'hésitation.

Les difficultés commencent lorsque le malade se plaint d'éprouver des troubles gastriques qui sont habituellement ceux de la dyspepsie nervo-motrice ou dyspepsie nerveuse : ballonnement, sensation de tension épigastrique, lenteur des digestions, sensation de brûlure, etc.... A notre avis, ces troubles gastriques dépendent de la même cause que les troubles intestinaux et prétendre améliorer ces derniers par le traitement de la dyspepsie est une utopie; seul le traitement général viendra à bout des uns et des autres. Sans doute, il convient de soumettre les malades à un régime dont nous tracerons plus loin les règles, mais il serait inutile de chercher dans les modifications du chimisme stomacal des indications thérapeutiques précises. S'il existe une hyperchlorhydrie manifeste on obtiendra parfois par le traitement gastrique une amélioration corrélatrice du fonctionnement de l'intestin, surtout en supprimant la douleur; mais le cas est rare....

D'ailleurs, le régime lacté, utile chez les hyperchlorhydriques, est fort mal supporté en général par les malades atteints de colite muco-membraneuse. M. Glénard considère même l'intolérance pour le lait comme un des caractères de l'entéroptose. Bornons-nous à constater le fait sans en donner une explication hypothétique.

Le malade est constipé depuis l'enfance; après plusieurs années de constipation simple, apparaissent les douleurs, les muco-membranes, la neurasthénie se caractérise, le syndrome est constitué dans son intégrité. Dans ce cas, la constipation devient une indication thérapeutique essentielle. Nous indiquerons plus loin les moyens à employer.

On constate parfois la coexistence d'hémorroïdes, de fissures anales. Que ces affections soient la conséquence de la constipation, qu'elles l'exagèrent et l'entretiennent, ou bien au contraire qu'elles provoquent le spasme intestinal par voie réflexe, on ne doit les négliger dans aucun cas.

On pratiquera donc la dilatation anale, utile à la fois contre les hémorroïdes et la fissure; contre cette dernière, on pourra de plus utiliser les courants de

haute fréquence qui donnent d'excellents résultats. Le D<sup>r</sup> Roussel (de Saint-Étienne) a constaté la disparition de la colite après dilatation faite pour une fissure anale.

La constatation de l'entéroptose entraîne certaines indications thérapeutiques. Le repos au lit, les moyens de contention exercent dans ce cas une heureuse influence, que la ptose soit la cause de la constipation, comme l'admettent beaucoup de médecins et en particulier le professeur Hayem, ou qu'elle soit due, comme nous inclinons à le penser, dans certains cas tout au moins, à un trouble trophique lié à la même cause générale que la constipation, les douleurs, etc. Il est donc indiqué, quand il y a coïncidence d'entéroptose, de soumettre les malades au repos au lit pendant un certain laps de temps, puis au repos intermittent, c'est-à-dire à leur imposer la chaise longue pendant quelques heures par jour, en tout cas pendant une heure environ après chaque repas. Pendant la durée du séjour au lit, on exercera une compression sur l'abdomen au moyen d'une forte couche d'ouate formant tampon et maintenue par un bandage de corps. Lorsque le malade sera autorisé à se lever, on lui fera porter soit la sangle de Glénard, soit une ceinture d'une seule pièce, en tissu élastique, qui soutient le ventre et supplée à la tension insuffisante de la paroi abdominale.

S'il est malaisé de reconnaître l'appendicite, — nous avons longuement insisté sur ce point, — par contre, la conduite à tenir ne comporte pas de discussion. A notre avis, il faut conseiller au malade l'appendicectomie, dès que le diagnostic est posé, moins pour parer à des accidents graves qui, peut-être, ne se reproduiront pas, que pour supprimer la cause même du mal.

Ceux qui considèrent l'appendicite non comme la cause, mais comme une complication, conseillent d'ailleurs également l'intervention, car ils considèrent que l'appendicite aggrave et entretient la colite. L'intervention est d'autant plus nécessaire que le plus souvent il existe des brides, des adhérences épiploïques qui ne sont pas susceptibles d'une régression spontanée. L'intervention à froid, ne faisant courir aucun risque au malade, il ne saurait y avoir d'hésitation à la proposer. Quelques médecins, ayant constaté que la colite persistait parfois, après l'ablation de l'appendice, ont nié l'influence favorable de l'intervention et contesté son opportunité. Pour notre part, nous avons observé dans tous les cas la guérison de la colite, soit rapide, soit lente, après l'opération. Il est probable que, dans les cas où la colite persiste, d'autres causes peuvent être invoquées pour expliquer cette persistance.

Le diagnostic de brides reliquat d'une péritonite ancienne est des plus malaisés; aussi n'est-on conduit à proposer une laparotomie qu'après de longues et légitimes hésitations.

Quant aux autres causes de compression de l'intestin elles sont plus faciles à constater, sinon à traiter: si l'on constate un fibrome, une rétroversion on devra, dans le premier cas, proposer l'ablation du fibrome; dans le second, l'hystéropexie, bien que ses résultats ne soient pas toujours très favorables.

Ce n'est pas uniquement en comprimant l'intestin que les affections utéro-annexielles déterminent la colite; elles peuvent encore retentir par voie réflexe sur le sympathique. Quoi qu'il en soit, le devoir du médecin est d'agir sur les organes génitaux par les moyens appropriés, de corriger les déviations, le