

des auto-intoxications, pour si divers que soient les poisons qui les engendrent, comportent des altérations du système nerveux et des manifestations symptomatiques analogues à celles de toutes les autres intoxications. En ce qui concerne notamment la symptomatologie, on la trouve semblable à la fois dans les diverses psychoses d'auto-intoxications, dans les psychoses d'exo-intoxications, et dans les psychoses d'infections. Il existe donc, comme je me suis surtout attaché à le démontrer, une véritable *formule clinique des psychoses d'intoxication*, les reliant et les groupant toutes sans exception, dans une grande famille nosologique.

Aussi répéterai-je ici ce que je disais plus haut : bien connaître les types fondamentaux des psycho-névroses et psychoses par lesquels s'exprime l'intoxication de l'organisme : la *psychasthénie*, la *mélancolie*, la *confusion mentale*, le *délire onirique*, c'est connaître, dans leur physiologie générale et dans leur ensemble, toutes les psychoses toxiques. Il convient par suite, au seuil de ce chapitre et du suivant, de se reporter à la description de ces types fondamentaux, à celle, en particulier, de la *confusion mentale* et de ses formes (voy. p. 285).

Nous ne nous étendrons pas en détail sur les psychopathies liées à chacune des auto-intoxications, que nous diviserons en *spéciales* et *générales* et que nous passerons en revue dans l'ordre indiqué sur le tableau ci-dessus (voy. p. 460).

SECTION PREMIÈRE

AUTO-INTOXICATIONS SPÉCIALES

ARTICLE PREMIER

AUTO-INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Les effets des auto-intoxications gastro-intestinales sur le système nerveux ne consistent pas uniquement en délire et en psychose. Ils peuvent se traduire par des troubles psychiques

purement élémentaires, sans parler des manifestations de simple névropathie, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Il y a donc là toute une gamme d'accidents cérébraux à considérer.

1° Symptomatologie. — Nous envisagerons successivement dans la symptomatologie : 1° les *troubles psychiques élémentaires*; 2° les *psychoses proprement dites*.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Un grand nombre d'auteurs tels que BEAU, GERMAIN SÉE, LEVEN, KRISHABER, etc., ont signalé les symptômes psychiques qui accompagnent fréquemment les maladies gastro-intestinales. Mais c'est CH. BOUCHARD qui a bien mis ces symptômes en lumière dans la dilatation de l'estomac prise pour type, et a montré qu'il s'agissait là de phénomènes d'auto-intoxication.

DUCHON-DORIS a développé les idées de BOUCHARD et fait une étude détaillée des troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac. Les plus importants de ces troubles sont : la *torpeur psychique* avec *hypocondrie*, les *sensations douloureuses* et la *céphalalgie*, les *vertiges*, l'*insomnie* accompagnée d'*hallucinations* et de *cauchemars*, parfois le *délire*.

HEAD, dans ses études récentes des états psychiques associés aux maladies viscérales, a confirmé et complété le tableau clinique si bien tracé par CH. BOUCHARD.

Ce sont, d'abord, des *accès de tristesse* caractérisés par un besoin de s'isoler, d'aller pleurer à l'écart sous l'influence de la moindre cause, d'un air de musique, d'un mot, parfois même sans motif. Dans ces accès, les malades sont dans ce que l'on appelle l'*attente anxieuse*, c'est-à-dire en proie à la sensation très vive de quelque chose de fâcheux qui va arriver, sans qu'ils sachent quoi, qui les oblige à revenir chez eux pleins d'angoisse, pour savoir s'il n'est pas survenu quelque malheur. Ils voient également tout en noir : personnes, objets, événements; ils ont même parfois de la tendance au suicide, mais sous une forme généralement imprécise et qui ne se réalise pas par suite du peu de durée de la crise.

Ils présentent souvent aussi avec cela une tendance non pas

au délire de persécution, mais au *soupçon maladif*. Jamais ils ne vont jusqu'à penser qu'on les accuse de faits graves, mais seulement d'indolence et d'incapacité. Tout cela d'ailleurs est chez eux vague, mal consistant et s'ils ne sentent pas spontanément que leurs soupçons sont imaginaires, ils sont prêts cependant à accepter qu'on leur démontre leur erreur.

Des troubles divers de la *mémoire*, de l'*attention*, du *caractère*, à la fois irritable et déprimé, accompagnent cet état mental.

Mais ce qui existe de plus caractéristique ce sont les *hallucinations*, qui peuvent atteindre la vue, l'ouïe, l'odorat, peut-être aussi le goût. Toutes ces hallucinations sont d'un type inférieur.

Les *hallucinations de la vue* sont les plus communes. Elles consistent en visions noires ou blanches, mais jamais nettement colorées, de fantômes et de têtes. Les fantômes sont drapés, mais non vêtus, la tête fréquemment couverte d'un drap. Ils ont parfois une longue chevelure sombre et cependant leur sexe reste toujours indéfini. Ils apparaissent à une certaine distance, puis s'approchent; ou bien ils traversent la chambre et sortent par le mur opposé. Jamais les membres ne sont visibles, sauf dans les cas rares où la vision prend la forme d'une main qui surgit à travers quelque ouverture. Les fantômes ne parlent pas mais souvent ils semblent grimacer.

A côté de ces hallucinations, symptômes de l'avant-sommeil, d'autres ont lieu durant la nuit, succédant à un cauchemar qui a brusquement réveillé le dormeur. Parfois les hallucinations surviennent lorsque le sujet est éveillé complètement, soit qu'il se trouve dans la demi-obscurité, soit que la fermeture de ses paupières fasse apparaître la vision.

Ces hallucinations éprouvent beaucoup les malades, non qu'elles soient très pénibles de caractère, mais parce qu'elles les impressionnent fortement et les confirment dans l'appréhension qu'ils ont de devenir aliénés.

L'*insomnie* est la règle; soit l'insomnie pure sans rumination mentale irrésistible, soit, plus souvent encore, l'insomnie obsédante avec domination d'idées à tournure fâcheuse ou funeste.

Et lorsqu'enfin le sommeil arrive, c'est un sommeil agité, entrecoupé de cauchemars qu'influencent les sensations éprouvées (névralgies transformées en tortures physiques infligées par des ennemis ou des assassins). Des réveils en sursaut ont lieu et les patients redoutent de se rendormir de peur de retomber dans leur fatigante somniation.

Les *hallucinations de l'ouïe* ne sont pas formées de voix articulées, et les malades ne se figurent pas, comme les aliénés, qu'on leur parle. Ils perçoivent seulement des sons de cloches qui augmentent progressivement, puis diminuent pour augmenter de nouveau. Ou bien ils entendent distinctement frapper à la porte, au volet, et il leur arrive de se lever à diverses reprises pour ouvrir, malgré l'intervention des personnes présentes.

Les *hallucinations de l'odorat* sont fréquentes, mais difficiles à caractériser. Elles se manifestent sous forme d'odeurs désagréables (chiffons brûlés, poisson pourri, œufs couvés, fuite de gaz, odeur de mort, etc...). Il s'y joint souvent des nausées, suivies ou non de vomissements. Quand une hallucination de ce genre survient au milieu d'un repas, le sujet est obligé de quitter momentanément la table.

HEAD a spécialement appelé l'attention sur des zones douloureuses de la paroi cutanée correspondant de façon précise au siège de la maladie viscérale et susceptibles de la révéler. Ces zones, dites de HEAD, réclament une plus complète confirmation.

Tels sont les premiers symptômes cérébraux que l'on observe le plus souvent dans les affections des voies digestives et auxquels nous n'avons à ajouter, pour être complet, que les *accès d'emportement*, les *impulsions* et en particulier l'*impulsion à boire*, revêtant parfois la vraie forme *dipsomaniaque*, par accès. Ces symptômes réalisent surtout, comme on le voit, un état *neurasthénique*, accompagné fréquemment de troubles psychiques rudimentaires, notamment d'*hallucinations* assez caractéristiques.

B. PSYCHOSES. — Entre les manifestations gastro-intestinales que nous venons de signaler — états névropathiques et troubles psychiques rudimentaires — et les complications cérébrales plus

graves qu'il nous reste à décrire, il n'y a pas de séparation absolue. Elles sont reliées les unes aux autres par des transitions graduelles, et souvent le délire et la psychose ne sont que l'aboutissant des phénomènes du premier degré, ainsi que beaucoup d'auteurs l'ont constaté.

Il nous paraît important, en ce qui concerne les psychoses d'origine gastro-intestinale, de distinguer celles qui résultent d'une *auto-intoxication aiguë* et celles qui sont liées à une *auto-intoxication chronique*, absolument comme on distingue l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique. Ces psychoses ont en effet, cliniquement, une physionomie différente.

a. *Psychoses des auto-intoxications gastro-intestinales aiguës.* — L'affection gastro-intestinale pathogène, quelle qu'elle soit, agit par une *crise*, un *épisode d'auto-intoxication aiguë*. Et cette crise d'auto-intoxication aiguë reconnaît presque toujours pour cause immédiate une *constipation rebelle*, la *coprostase*. C'est là une particularité qu'il importe au plus haut point de mettre en lumière.

Le rôle de la *constipation* dans la production des délires a été admis de tout temps. Tous les auteurs l'ont mentionné et en ont cité des exemples. Mais c'est seulement en 1890, dans sa thèse, qu'un élève du professeur PIERRET, FEYAT, a abordé la question dans une étude d'ensemble et montré la fréquence et l'influence auto-toxique considérables de la constipation chez les aliénés.

D'autres auteurs, à l'étranger, laissant de côté l'action de la constipation dans des folies déjà existantes, se sont surtout attachés à l'étude des cas aigus typiques de psychose par rétention fécale. Parmi eux nous citerons : HUTCHINSON (1886), BRIDGER (1886), WAGNER VON JAUREGG (1896 et 1904), ALESSI (1897), SÖLDER (1898), FÜRST (1901).

Le mécanisme de l'auto-intoxication, dans ces cas, a été bien indiqué par FEYAT, qui a montré que le bouchon stercoral, formé de matières trop dures, n'était que peu toxique par lui-même, tandis qu'en amont de ce bouchon s'accumulaient des matières diarrhéiques d'une haute virulence et constituant par suite le rôle principal dans l'empoisonnement.

La crise de constipation qui provoque l'auto-intoxication

aiguë peut être un fait imprévu et purement accidentel ; mais, le plus souvent, elle se rattache à une affection gastro-intestinale antérieure dont elle n'est qu'un épisode passager.

La psychose peut être précédée d'une période d'invasion caractérisée par des troubles de la santé générale, de la perte d'appétit, de la tristesse, de l'inquiétude, de l'insomnie et surtout par une *céphalalgie* intense, rebelle.

Le plus souvent, le début est *Brusque*, nocturne ou diurne, caractérisé parfois par des *attaques convulsives* ou de la *tétanie*. Très rapidement, l'accès atteint sa plus haute intensité. Comme l'accès d'alcoolisme auquel il ressemble beaucoup et parfois même trait pour trait, il se présente sous une forme *subaiguë*, *aiguë*, ou même à la façon d'un véritable *délire aigu*. Comme l'accès d'alcoolisme aussi, il est constitué par un *délire hallucinatoire* à caractère professionnel ou terrifiant, avec prédominance de fausses sensations visuelles, représentant une sorte de *réve en action* (délire onirique). Les malades sont obtus, désorientés, paraissent déments, et certains, qui présentent en outre des tremblements fibrillaires, de la difficulté de la parole, de l'inégalité pupillaire, ont l'air atteints de *paralysie générale*. D'autres, comme dans les cas publiés par MIRALLIÉ, ITILA, réalisent le complexe du *méningisme*.

Concurremment avec les symptômes cérébraux, on constate des phénomènes d'ordre physique caractéristiques. D'abord des symptômes généraux : amaigrissement, fièvre plus ou moins marquée, pouls rapide, faciès grippé, céphalalgie intense. Puis symptômes locaux : ballonnement du ventre, météorisme, tuméfaction stercorale au niveau de la fosse iliaque droite, sensibilité abdominale, douleurs à la pression dans les régions caractéristiques, arrachant des cris aux malades ou leur faisant faire la grimace malgré leur trouble mental, foie douloureux, estomac dilaté, etc. Enfin, à l'analyse, urines typiques contenant une grande quantité d'indican, de l'acétone, des acides β -oxybutyrique et diacétique, parfois aussi un peu d'albumine ou d'urobiline, lorsque, ce qui n'est pas rare, le foie et le rein sont également pris dans le processus d'auto-intoxication. Fèces également caractéristiques.

Dans certains cas, la psychose aiguë par coprostase se termine par la *mort* ; la plupart du temps, pour si grave qu'elle paraisse, elle reste susceptible de *guérison*, et souvent il suffit d'une purgation énergique ou d'une débâcle spontanée pour la provoquer.

Mais, et c'est là une particularité qui doit rendre le pronostic toujours réservé, les *rechutes* et les *récidives* ne sont pas rares, et on a vu des malades, guéris une ou plusieurs fois d'accès de ce genre, succomber ultérieurement, par suite d'accidents analogues ayant pris une tournure plus grave.

b. [*Psychoses des auto-intoxications gastro-intestinales chroniques.* — Lorsqu'il s'agit d'une *auto-intoxication chronique*, telle qu'elle est réalisée, par exemple, par les dyspepsies, le cancer de l'estomac, etc., le trouble mental se manifeste habituellement sous la forme d'un état de *mélancolie dépressive*, *anxieuse* ou *consciente*, sans aucun délire ou avec idées prédominantes d'hypocondrie, de ruine, de découragement, de culpabilité, de défiance et d'empoisonnement, inquiétude très grande, insomnie, refus d'aliments, tendance plus ou moins marquée au suicide, le tout coïncidant avec des perturbations fonctionnelles évidentes de l'appareil digestif.

BETTENCOURT-RODRIGUES (1889) a bien mis en lumière la mélancolie gastro-intestinale et démontré pour la première fois son origine auto-toxique. Toutes les affections gastro-intestinales persistantes peuvent la produire.

D'habitude les troubles psychiques oscillent en sens direct ou inverse des troubles viscéraux, auxquels ils peuvent même se substituer comme des sortes d'*équivalents*. Souvent ils se reproduisent à divers moments de la vie, sous forme d'*accès de mélancolie hypocondriaque* et *consciente*, à type *anxieux*, coïncidant avec une poussée plus marquée d'auto-intoxication. Cette *mélancolie consciente par accès* est le type notamment de la psychose viscérale arthritique, ainsi que l'ont clairement établi MABILLE et LALLEMANT (1891), SÉGLAS (1894), LANGE (1896), HERZOG (1898), etc.

Nous n'ajouterons qu'un mot aux très judicieuses considérations de ces auteurs. C'est que les *accès de mélancolie anxieuse consciente d'origine viscéro-arthritique* ont souvent des rapports

étroits avec la *neurasthénie*. Tantôt il s'agit d'une mélancolie qui ressemble à une neurasthénie, ou inversement ; tantôt et plus fréquemment peut-être, il s'agit en quelque sorte de formes mixtes, dans lesquelles les deux éléments neurasthénique et mélancolique s'associent en proportions variables (RÉGIS, BOISSIER). Il va de soi que le diagnostic est parfois alors des plus difficiles.

Les psychoses liées aux auto-intoxications gastro-intestinales chroniques peuvent revêtir une autre forme que l'accès de mélancolie dépressive, consciente, anxieuse, dont nous venons de parler. Elles peuvent se présenter aussi sous les traits de la *mélancolie hypocondriaque* avec *délire d'obstruction* et d'*inexistence d'organes*.

Ce délire, signalé par BAILLARGER (1860) dans la paralysie générale et considéré pendant longtemps comme spécial à cette maladie, s'observe en réalité, de même que tous les délires, dans nombre de psychopathies. COTARD (1882) en a fait, nous l'avons vu, sous le nom de *délire de négation*, l'élément fondamental d'une variété de mélancolie anxieuse dans laquelle il revêt tous les caractères d'une systématisation progressive. On l'observe également, soit dans des cas encore mal connus de *névrose d'angoisse aiguë* à base neurasthénique, soit, mélangé ou non au délire d'indignité et de culpabilité habituel, dans certains cas de *lypémanie*, qui, par suite, ressemblent plus ou moins à la paralysie générale hypocondriaque, au point de n'en être pas toujours facilement distingués (RÉGIS, 1889).

Or, ces deux derniers ordres de cas surviennent le plus souvent chez des arthritiques, et ils sont liés à des troubles viscéraux, en particulier à des troubles gastro-intestinaux très évidents. Le délire hypocondriaque d'obstruction et de négation est donc ici le résultat d'une auto-intoxication des voies digestives, probablement par l'intermédiaire des altérations cénesthésiques qu'elle détermine. Les malades nient leurs organes parce qu'ils ne les sentent plus, parce qu'ils ont une véritable anesthésie viscérale constatable, chez beaucoup, par un manque total de réaction des muqueuses aux divers excitants.

A côté de ces mélancolies à délire hypocondriaque prédomi-

nant, on trouve aussi, dans les auto-intoxications gastro-intestinales chroniques, des psychoses de toute sorte dans lesquelles le délire ou les hallucinations s'objectivent sur l'organe malade, de façon que les sujets en arrivent à croire qu'ils ont des corps étrangers, des animaux, des vers, des personnages vivants, le diable et jusqu'à des « conciles » dans le ventre, comme la célèbre « Mère Concile » d'ESQUIROL, à l'autopsie de laquelle on trouva une lésion chronique de l'intestin.

Beaucoup de cas de *délire de possession* soit par des êtres surnaturels, soit par des humains, soit par des animaux, et de *délire de fausse grossesse*, ont en effet pour origine ou pour localisation des troubles gastro-intestinaux, depuis les simples borborygmes de la dyspepsie flatulente, jusqu'aux lésions, tumeurs et maladies abdominales les plus graves.

BECHTEREW (*Délire de possession par les reptiles*), DUPRÉ et LIÉRI (1903) (*Délire de zoopathie interne*), PFERSDORFF (1904) (*Idees délirantes intestinales dans la folie maniaque dépressive*), sont revenus récemment sur les relations des délires hypocondriaques de cette nature avec les affections gastro-intestinales. MIRALLÉ (1904), de son côté, vient de montrer aussi l'importance de l'entéro-colite muco-membraneuse comme point de départ du délire de possession ou du délire de grossesse par fausse interprétation des sensations éprouvées, et PRICK (de Prague) (1904) vient d'insister sur la valeur diagnostique et pronostique des zones de HEAD, c'est-à-dire des modifications de la sensibilité qui se présentent en diverses régions de la surface cutanée, en relation avec des douleurs ou des maladies des viscères, dans les psychoses gastro-intestinales avec délire de possession.

Nous n'insisterons pas davantage sur les psychoses des auto-intoxications gastro-intestinales chroniques. Rappelons simplement qu'il est souvent difficile d'y faire la part respective de la prédisposition mentale et de l'auto-intoxication, d'apprécier si c'est le trouble viscéral qui a précédé ou provoqué le trouble psychique ou si c'est l'inverse. Hormis les cas de mélancolie survenant par accès, à l'occasion de poussées d'intoxication, et où par conséquent le mécanisme étiologique paraît incontestable,

il est toujours possible de supposer, comme l'ont fait certains auteurs, en particulier BAUMELON (1893), que la perturbation nutritive est le résultat de la psychopathie, alors même que celle-ci s'amende sous l'influence du traitement anti-dyspeptique, par suite du cercle vicieux réalisé.

2° Anatomie pathologique. — Les psychoses aiguës dont nous avons parlé sont les seules formes de psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale dans lesquelles des lésions aient été décrites. D'après SÖLDER, l'autopsie fournit, dans ces cas, les données suivantes : cerveau et ses membranes hyperémiés et œdédiés ; dans les poumons, hyperémie, œdème aigu ou pneumonie ; dans le rein et le muscle cardiaque, souvent aussi dans le foie, dégénérescence parenchymateuse. L'intestin présente toujours une forte coprostase. La muqueuse offre, comme formations secondaires, de la rougeur, de la tuméfaction, de la nécrose.

3° Diagnostic. — Le diagnostic des psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale est relativement facile, le plus souvent. Il se tire, tout d'abord, de la forme même du trouble mental. Les psycho-névroses ou psychoses anxieuses, intermittentes ou par accès, les délires hypocondriaques d'obstruction, de négation, de possession doivent faire songer à une auto-intoxication, surtout à une auto-intoxication gastro-intestinale. L'examen des organes de l'appareil digestif, la constatation d'une affection ou d'un trouble d'un de ces organes, leur ptose (GLÉNARD), l'existence des zones de HEAD, d'une constipation opiniâtre, la présence dans l'urine d'une forte proportion d'indican, de scatol, l'analyse des fèces, etc., compléteront la démonstration. La distinction entre une auto-intoxication secondaire à une psychose et une auto-intoxication productrice d'une psychose, parfois difficile comme nous l'avons dit, pourra se faire par l'antériorité de l'auto-intoxication sur la psychose, ainsi que par la forme clinique de cette dernière.

Il serait également possible, d'après KRAFFT-EBING, de différencier le délire aigu par auto-intoxication gastro-intestinale du délire aigu ordinaire, le premier se caractérisant par une

profonde diminution mentale, l'absence de rémission, de troubles moteurs graves, l'évolution apyrétique, enfin par l'action souvent efficace d'un traitement approprié.

4° Traitement. — Le traitement par excellence est évidemment ici le traitement de l'auto-intoxication par le régime, les purgatifs répétés, les lavages de l'intestin, les lavages de l'estomac, les désinfectants gastriques, ainsi que par les pratiques hydrothérapiques, électrothérapiques et le massage, suivant les cas. On peut aussi parfois, comme dans toutes les psychoses d'intoxication, recourir à la psychothérapie. Enfin GLÉNARD (1902) admet que la chirurgie doit également avoir sa part dans la cure des psychoses symptomatiques à pathogénie digestive.

ARTICLE II

AUTO-INTOXICATION HÉPATIQUE

La possibilité, pour l'auto-intoxication d'origine hépatique, d'engendrer des troubles psychiques n'a rien qui doive surprendre puisque, de tout temps, on a admis que les affections du foie et de ses annexes jouaient dans la production de la folie un rôle des plus importants.

C'est CHARRIN et KLIPPEL qui, les premiers, ont nettement établi le caractère et le mécanisme auto-toxiques des psychoses dans les maladies du foie. Tous deux ont repris la question depuis dans de nombreux travaux. En dehors d'eux, nous avons à citer surtout les noms de L. LEVI, JACOBSON, CRAMER, CULLERRE, JOFFROY, JACCOUD, BALLET, MAURICE FAURE, VIGOUROUX, JUQUELIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LUIGI MONGERI, etc...

1° Étiologie et pathogénie. — Sous le nom d'*hépatisme*, GLÉNARD entend, comme on sait, une disposition du foie, constitutionnelle, héréditaire ou acquise, à créer l'une des grandes maladies de la nutrition. L'hépatisme devient ainsi, en quelque sorte, synonyme de diathèse et comprend : 1° l'*hépatisme uricémique* ou ancien arthritisme (diabète, rhumatisme chronique,

lithiase urique, goutte, asthme, obésité) ; 2° l'*hépatisme cholémique* (dyspepsie, lithiase biliaire, entéroptose).

Cette conception d'un hépatisme-diathèse résultant de l'altération d'abord fonctionnelle puis dynamique du foie sous l'influence de l'hérédité, des infections et des intoxications, des émotions, des traumatismes, etc., ne constitue, ainsi que le remarque MONGOUR (Maladies du foie, 1903), qu'un fragment de l'insuffisance hépatique classique ; c'est en quelque sorte le *petit hépatisme*, à côté duquel se place un *grand hépatisme* correspondant à l'insuffisance hépatique proprement dite.

Dans le petit hépatisme, les urines sont alcalines ou hyperacides (sels acides de la série grasse), chargées en urates, contenant souvent du sucre en abondance. La glycosurie expérimentale peut être provoquée. GLÉNARD et GAUTRELET considèrent la peptonurie comme un signe capital du petit hépatisme.

Dans le grand hépatisme, l'urobilinurie, la glycosurie alimentaire, l'hypertoxicité urinaire, l'hypoazoturie avec augmentation de l'ammoniaque, l'indicanurie, la présence du pigment rouge brun et, dans certains cas, de pigments biliaires normaux, l'élimination intermittente du bleu de méthylène, sont les principales manifestations urologiques qui se produisent, groupées en partie ou en totalité. La constatation de l'albumine, de la leucine, de la tyrosine, de la xanthine a une valeur moindre.

MONGOUR insiste sur la distinction du grand hépatisme en hépatisme par *hyperfonction* et hépatisme par *hypofonction* du foie, se manifestant par des différences cliniques et urinaires parfaitement appréciables et représentés au maximum l'un par la cirrhose hypertrophique de HANOT, l'autre par la cirrhose de LAENNEC.

Laissant ici de côté ce qui a trait au petit hépatisme ou hépatisme-diathèse, que nous retrouverons en parlant des psychoses diathésiques, nous nous occuperons exclusivement des troubles psychiques de l'*insuffisance hépatique*, qui peuvent être produits ainsi que le remarque KLIPPEL, par toutes les maladies du foie mettant obstacle à la fonction antitoxique de la cellule hépatique : destruction aiguë du foie, qui entraîne invariablement le délire parmi ses symptômes ; lésions chroniques, dans les-