

profonde diminution mentale, l'absence de rémission, de troubles moteurs graves, l'évolution apyrétiq. 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, BALLEZ, 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-

quelles il apparaît souvent aux périodes ultimes, lorsque la cellule hépatique s'altère à son tour (c'est le cas de toute cirrhose et particulièrement de la cirrhose hépatique).

2° Symptomatologie. — Les troubles psychiques d'origine hépatique comprennent : 1° des *troubles psychiques élémentaires*; 2° des *psychoses proprement dites*.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Les accidents nerveux liés aux affections hépatiques peuvent se borner aux symptômes d'une neurasthénie plus ou moins fruste, bien étudiée par L. LÉVI et MASSALONGO. Mais très souvent il survient des troubles psychiques élémentaires.

Parmi ces *troubles psychiques élémentaires* et en dehors des modifications du caractère, qui sont presque constantes, il faut citer d'abord la tendance à la *tristesse*, à la *mélancolie*. Cette tendance est plus spéciale aux maladies à ictere, en particulier à l'ictère catarrhal, à la lithiase biliaire, à toute obstruction chronique du foie. Les malades perdent leur gaieté, ils deviennent tristes, indifférents, incapables de tout travail, ils manifestent du dégoût de la vie avec des idées de ruine pouvant les conduire à une tentative de suicide, ou bien ils sont obsédés par des idées fixes. L'ictère passé, souvent tout rentre dans l'ordre, parfois jusqu'au prochain ictere qui ramène le nouvel accès.

GILBERT et LEREBoullet ont beaucoup insisté, tout récemment (1904), sur la fréquence de la *neurasthénie biliaire* et sur la psychologie des cholémiques faite d'humeur mélancolique, d'aboulie, d'indécision. Ils vont même, avec COLOLIAN (1904), jusqu'à attribuer une *origine biliaire* à la *mélancolie*, en se basant sur les antécédents biliaires fréquents chez les mélancoliques, sur les symptômes et signes physiques de la cholémie qui accompagnent le plus souvent la mélancolie, enfin sur le traitement de l'affection biliaire qui fait souvent disparaître la mélancolie.

A côté de cette disposition à la mélancolie, on note souvent aussi de l'affectuosité exagérée, de l'enfantillage et particulièrement de l'indifférence, de l'hébétude, de l'accablement, de l'abandon fataliste. Cela s'observe surtout dans le cancer du foie, comme l'a montré HANOT.

De cette *torpeur*, de cette *hébétude*, souvent accompagnées d'assoupissement, constatées par la plupart des auteurs dans l'insuffisance hépatique et récemment encore par P. VERGELY chez les nouvelles accouchées, il faut rapprocher, bien qu'il ne s'agisse pas là à proprement parler d'un trouble psychique, la *somnolence*, qui peut aller jusqu'au sommeil invincible, à la *narcolepsie*.

La *somnolence* est fréquente au cours des affections du foie, notamment dans la période avancée de la cirrhose (MURCHISON). Elle se rencontre au début des états graves et se transforme en coma. Dans d'autres cas, elle n'indique pas de gravité réelle mais acquiert par ses caractères une importance tout à fait caractéristique. BALLET et LÉVI ont cité des exemples de cette sorte de narcolepsie hépatique qui coïncide souvent avec une hypothermie très marquée, et GILBERT CASTAIGNE a fait de la *somnolence des hépatiques* une étude spéciale.

L'*insomnie*, de son côté, est presque la règle au cours des affections hépatiques. Il est fréquent aussi d'y rencontrer durant le sommeil des *troubles psychiques* tels que *rêves*, *cauchemars*, *hallucinations visuelles*, *excitation*. Beaucoup de malades étant en même temps des alcooliques, il est malaisé par suite de faire exactement la part de ce qui revient dans ces troubles à l'intoxication hépatique et à l'intoxication alcoolique. On trouve cependant ces mêmes symptômes avec les mêmes caractères chez des sujets non alcooliques, ce qui prouve que l'insuffisance seule du foie peut les produire. Du reste il semble qu'on tende à considérer à l'heure actuelle les accidents cérébraux de l'alcoolisme comme d'origine hépatique, par suite de l'action de l'alcool sur le foie (KLIPPEL).

Quoi qu'il en soit, dans les affections hépatiques comme dans toutes les intoxications, les phénomènes d'*hallucinations* et d'*excitation vespérales et nocturnes*, ainsi que le *délire transitoire* sont des plus communs.

B. PSYCHOSES. — Nous venons de voir que ce qui domine dans l'état intellectuel de l'hépatisme, c'est d'une part la tendance à la tristesse, à la *mélancolie*, avec torpeur pouvant aller

jusqu'à la somnolence continue, d'autre part l'amointrissement psychique, l'obtusion, l'hébétéude, c'est-à-dire la *confusion mentale*. Il n'est pas étonnant par suite que lorsque le trouble intellectuel arrive jusqu'à la psychose, cette psychose se manifeste par un état mélancolique ou une confusion mentale caractérisés.

a. *Mélancolie*. — L'accès mélancolique d'origine hépatique ressemble à celui d'origine gastrique, ce qui ne saurait surprendre puisqu'il s'agit souvent dans ce cas d'intoxication gastro-hépatique. Il se traduit donc d'habitude par un ou plusieurs accès à répétition de mélancolie à forme consciente et anxieuse avec vision attristée et inquiète de toutes choses, particulièrement avec hypochondrie morale, sentiment d'impuissance, découragement, mais sans délire.

Dans certains cas cependant, plus intenses et plus aigus, il y a du délire, sous forme d'idées de ruine, d'indignité, de culpabilité imaginaire, et de la tendance au suicide.

Ces accès de mélancolie qui, dans leurs formes atténuées, sont de véritables états mixtes faits à la fois de neurasthénie et de mélancolie, c'est-à-dire des *psycho-névroses* à type de *neurasthénie mélancolique* ou de *mélancolie neurasthénique*, durent plus ou moins longtemps en général et se dissipent lorsque l'état gastro-hépatique est devenu meilleur, parfois brusquement, sous l'influence d'une libération calculeuse du foie. DELAYE et FÉVILLE et tout récemment encore GINÉ ont cité des cas de psychose à répétition de ce genre liée à des crises de colique hépatique avec ictère par rétention et cédant à une médication appropriée. Dans le cas de GINÉ, il s'agissait d'un trouble mental avec excitation et non avec dépression.

b. *Confusion mentale*. — La plupart des auteurs qui ont spécialement étudié les psychoses hépatiques, en particulier KLIPPEL, CULLERRE, VIGOUROUX et JUQUÉLIER, MAURICE FAURE, ont confirmé cette notion qu'elles se traduisaient par les symptômes et syndromes morbides habituels aux intoxications et infections. La confusion mentale surtout s'y retrouve sous toutes ses formes et variétés, avec fréquence très grande du *délire onirique*.

La psychose hépatique à *confusion mentale simple* se caractérise essentiellement par des phénomènes d'obtusion, d'obnubilation,

de désorientation psychique, sans délire ni hallucinations bien caractérisées, qui donnent aux malades l'aspect de déments. Très rapidement, en quelques jours parfois, on les voit tomber comme en enfance ; ils ne se souviennent plus de rien, agissent en automates et se livrent à des actes niais et ridicules. On dirait que leurs facultés n'existent plus et que leur déchéance intellectuelle est irréparable. Or, il n'en est rien et cet état de démence, qui n'est en réalité que de la *pseudo-démence*, peut s'atténuer et disparaître même parallèlement avec les symptômes de la lésion hépatique.

Cette forme de psychose appartient de préférence aux maladies chroniques du foie (hépatite, cirrhose, cancer). Elle s'observe cependant dans les cas d'insuffisance hépatique aiguë et passagère, par exemple dans les accès ictériques ; mais le plus souvent alors il s'y joint du *délire onirique* avec cauchemars, hallucinations terrifiantes, panopobie, etc., absolument comme dans l'alcoolisme. Parfois l'accès de confusion mentale avec ou sans délire onirique traverse, comme un épisode accidentel, le cours d'un état mélancolique.

La *confusion mentale aiguë* d'origine hépatique ne diffère de la variété précédente que par son degré d'intensité et d'acuité. Tantôt et plus fréquemment, elle affecte la forme de *stupeur* avec suspension complète, de toute activité, physique et mentale, parfois même avec catalepsie (DANISCH et CRAMER) ; tantôt elle revêt le type de confusion mentale agitée et même de *délire aigu*. C'est ce qui a fait admettre par MONGERI deux types de psychoses hépatiques : la stupeur mélancolique ; le délire hallucinatoire aigu avec confusion mentale. Dans la plupart des cas, quelles que soient l'acuité de la psychose et la gravité de l'état général, la fièvre n'est pas élevée ; au contraire, la température se maintient d'habitude plus ou moins au-dessous de la normale.

Disons enfin que, à l'exemple de toutes les intoxications, la toxémie hépatique peut déterminer une *pseudo-paralysie générale*, habituellement régressive, signalée par KLIPPEL, JOFFROY, MAURICE FAURE, VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE.

3° *Anatomie pathologique*. — Comme dans les psychoses

d'origine gastro-intestinale et comme dans toutes les psychoses d'intoxication, l'anatomie pathologique révèle, dans les psychoses hépatiques, en dehors des lésions du foie, des lésions du cerveau. Ces lésions, qui ne s'observent évidemment que dans les états graves, tels que le délire aigu ou la pseudo-paralysie générale, sont celles de tout processus toxique ou infectieux, c'est-à-dire des lésions essentiellement parenchymateuses portant sur les cellules nerveuses et consistant en déformation globuleuse, migration périphérique du noyau, chromatolyse ou même achromatose (G. BALLET, MAURICE FAURE, LAIGNEL-LAVASTINE, etc.).

4° Pronostic. — Le pronostic des psychoses hépatiques est subordonné non seulement à la forme et à l'acuité de la psychose elle-même, mais aussi et surtout à la nature et à la gravité de la maladie du foie dont elle dépend. Il est donc indispensable de bien définir celle-ci pour le formuler.

5° Diagnostic. — S'il est relativement facile, en présence d'une psychose hépatique, de constater qu'il s'agit là d'une psychose d'intoxication, en revanche il est souvent très difficile de rapporter cette psychose à une auto-intoxication émanée du foie. Cela tient d'abord à ce que les psychoses de toutes les intoxications sont, comme nous le savons, semblables entre elles; cela tient ensuite à ce que le plus souvent on se trouve en présence non pas d'une intoxication hépatique simple, isolée, mais d'une véritable polytoxie. Rien n'est plus commun par exemple que la coexistence de l'intoxication alcoolique et de l'intoxication hépatique, puisque l'une conduit à l'autre. Il est tellement malaisé, dans ces cas, de faire la part de l'action de chacune des deux intoxications, que, pour certains auteurs, en tête desquels s'est placé KLIPPEL, le délire alcoolique ne serait pas autre chose qu'un délire hépatique: théorie séduisante, parce qu'elle explique pourquoi l'alcoolique ne délire que dans des conditions déterminées, lorsque son foie est devenu insuffisant. MAURICE FAURE semble même vouloir appliquer ce mécanisme pathogénique aux délires des infections.

D'autre part, l'auto-intoxication hépatique qui s'associe fréquemment avec une intoxication d'origine externe, comme

l'alcoolisme, s'associe plus fréquemment encore avec une ou plusieurs intoxications d'origine interne, en particulier avec l'auto-intoxication rénale, de façon à réaliser ce que l'on a appelé l'auto-intoxication hépato-rénale, et même avec l'auto-intoxication gastro-intestinale. CASSAET et MONGOUR ont insisté (1894) sur cette *facilité du surmenage hépatique* au cours de maladies multiples, en particulier des infections aiguës et chroniques.

On comprend pour tous ces motifs combien les psychoses par auto-intoxication hépatique sont difficiles à isoler de toutes les psychoses similaires. Les meilleurs éléments d'appréciation sur lesquels on puisse se baser sont, d'une part, l'existence très nette, dans l'état psychopathique, de la torpeur, de l'hébétéude, de la somnolence et de l'hypothermie; d'autre part, la prédominance, sur tous les autres, des signes de l'insuffisance hépatique, en particulier des signes urologiques. Chacun de ces signes pris isolément peut faire défaut, mais presque toujours plusieurs d'entre eux sont constatables; ce qui en fait la valeur, c'est leur association, leur évolution dans le temps, parallèle au progrès ou au décours des troubles fonctionnels engendrés par le processus hépatique (CHAUFFARD).

6° Traitement. — Le traitement, ici plus encore qu'ailleurs, est celui de la cause, c'est-à-dire de la maladie hépatique. Ce traitement suffit souvent à faire disparaître les troubles psychiques accidentels avec une rapidité surprenante. J'ai vu aussi des mélancolies avec conscience par accès qui avaient résisté à une thérapeutique opposée uniquement à l'état mental, guérir merveilleusement sous l'influence d'une cure thermale telle que la cure de Vichy. L'opothérapie hépatique peut donner d'excellents résultats dans les cas d'auto-intoxication par hypofonction (MONGOUR).

ARTICLE III

AUTO-INTOXICATION RÉNALE

Les troubles psychiques liés aux maladies des reins ont été connus de tout temps, mais ce n'est guère qu'à dater de LASÈGUE

(1852), qu'ils ont commencé d'être précisés. Depuis, ils ont été observés et étudiés par un grand nombre d'auteurs : ARAN (1860), HOLSEY (1872), CHARPY (1873), JOLLY (1873), BOURNEVILLE (1873), SAMUEL WILKS (1874), LEGORCHÉ (1875), SCHOLZ (1876), HAGEN (1881), BRIEGER (1881), RAYMOND (1882, 1890), BOUVAT (1883), DIEULAFOY (1885, 1886, 1893), KLENDGEN (1886), MAX KÖPPEN (1889), VASSALE (1890), ALICE BENNETT (1890), JOFFROY (1891, 1894), FLORANT (1891), SPIGAGLIA (1891), BONDURANT (1892, 1893), ANTONIO GILMORE (1893), JACOBSON (1894), HUBERT C. BRISTOWE (1895), AUERBACH (1895), PIERRET (1896), HONIGMANN (1896), TELJANIK (1896), TH.-P. PROUT (1897), GUÉLOU (1897), KLIPPEL, BISCHOFF (1898), BAILLET (1898), BERCKLEY, MAURICE DE FLEURY (1899), CULLERRE (1894, 1901), VIALLOU (1901), ROUDAIRE (1902), SCHERB (1902), VIGOUROUX et JUQUELIER (1903), SEMIDALOFF (1905).

On peut, comme le fait très justement remarquer PIERRET, observer dans le brightisme toute une gamme de troubles du système nerveux allant du simple mal de tête ou de la torpeur intellectuelle au délire aigu fébrile et mortel.

Nous n'avons pas à rappeler ici les accidents nerveux si bien décrits dans le petit brightisme par DIEULAFOY et confirmés depuis par nombre d'auteurs tels que MAURICE DE FLEURY. Bornons-nous à dire que ces accidents nerveux se présentent le plus souvent sous forme de faiblesse irritable, d'un état neurasthénique qui ressemble trait pour trait à celui qui s'associe si fréquemment à l'artério-sclérose (RÉGIS).

1° Symptomatologie. — Nous distinguerons dans la symptomatologie psychopathique du brightisme, comme pour les articles précédents : 1° les *troubles psychiques élémentaires*; 2° les *psychoses proprement dites*.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Le premier des troubles psychiques élémentaires, dans le brightisme, c'est la *torpeur intellectuelle*. ADDISON en 1839 et LASÈGUE en 1852 avaient déjà nettement signalé cette torpeur caractéristique, allant parfois jusqu'à l'*hébétude*, et tous les auteurs venus ensuite n'ont fait que confirmer l'existence de ce signe. On peut même dire que cette torpeur, cette paresse, cette apathie, se

retrouvent à un degré quelconque dans toutes les variétés de psychoses brightiques, contribuant pour une large part à leur donner le caractère de *confusion mentale* qu'elles revêtent.

À côté de la torpeur, nous avons à mentionner aussi, comme des plus importants, les *troubles psychiques nocturnes* se traduisant par des *rêves*, des *cauchemars*, des *hallucinations*, du *délire*. Le sommeil est troublé par des rêves tantôt professionnels, tantôt sinistres, allant parfois jusqu'au cauchemar et dont le malade n'a qu'un souvenir plus ou moins vague au réveil. À un degré de plus, ces rêves s'objectivent sous forme d'hallucinations, surtout de la vue, plus rarement de l'ouïe, représentant des ombres, des têtes, des fantômes, des morts, des personnages grotesques, des scènes entières de diverse nature, ou même des animaux. Un degré de plus encore et le sujet ne se contente pas d'assister en spectateur muet à ces rêves, à ces visions; sa propre personnalité entre en jeu; il devient lui-même acteur ou « partie prenante », comme disait LASÈGUE à propos du rêve alcoolique, et alors suivant les cas, il parle, se remue ou agit dans le sens de l'action qui se déroule: c'est le délire nocturne, délire essentiellement hallucinatoire et fantastique, cessant régulièrement le jour pour reprendre chaque soir à la tombée de la nuit.

B. PSYCHOSES. — FLORANT et SPIGAGLIA avaient déjà noté, en 1891, l'analogie du délire urémique et du délire alcoolique, et le dernier s'était même demandé, en présence de cette ressemblance frappante, « si la plupart des délires toxiques, alcoolique, saturnin, puerpéral, ne sont pas déterminés par l'intermédiaire des lésions rénales concomitantes ». C'est, on le voit, l'idée qui a été reprise par KLIPPEL en ce qui concerne non plus le rein, mais le foie.

Cette similitude de la psychose brightique et de la psychose alcoolique, sur laquelle CHEVALIER-LAURE et moi avons insisté à notre tour en 1893, n'a fait, depuis, que s'établir et s'affirmer davantage, grâce surtout aux travaux de BISCHOFF, de JACOBSON, de VIGOUROUX et JUQUELIER, et il est généralement admis aujourd'hui que la psychose urémique, comme toutes les psychoses

toxiques, a pour type morbide la *confusion mentale* sous toutes ses formes : simple, hallucinatoire, agitée, stupide, pseudo-démence, pseudo-paralytique.

Les psychoses du brightisme, comme celles de l'alcoolisme, peuvent se diviser en aiguës et chroniques.

a. *Psychoses aiguës*. — Les psychoses aiguës se lient généralement à des poussées aiguës d'urémie soit isolées, soit à répétition. Elles sont donc précédées par les manifestations plus ou moins nettes et plus ou moins violentes du syndrome urémique : dyspnée, troubles oculaires, cardiaques, œdème, attaques éclamptiques, insuffisance urinaire, albuminurie, hémoglobinurie, etc. C'est dans ces conditions et assez rapidement en général que survient l'accès.

Tantôt il s'agit de *confusion mentale simple* avec *délire onirique* soit purement nocturne et apparaissant tous les soirs pour disparaître le matin, soit à la fois nocturne et diurne. Ce délire est exactement semblable au délire dit subaigu de l'alcoolisme et comme lui consiste en un rêve hallucinatoire, professionnel, terrifiant ou très mobile et sans caractère déterminé. se traduisant au dehors par des lambeaux de phrase incohérents, des attitudes, des gestes, des actes d'effroi. Les idées morbides les plus fréquentes sont les idées de criminalité, de condamnation, de poursuite, de négation, de mort, etc. Au sortir de la crise délirante, qui est courte et interrompue d'habitude par des moments de lucidité, le malade n'en garde qu'un souvenir incomplet.

D'autres fois il s'agit d'une *confusion mentale aiguë*, sous forme de délire hallucinatoire violent, de stupeur, de délire aigu (CULLERRE, MARCHAND, etc.), accompagnée de fièvre et d'un état général grave. C'est dans ces cas surtout que l'on observe, s'ajoutant au tableau symptomatique, des manifestations motrices, des symptômes choréiformes (MAGGIOTTO), en particulier des *attitudes cataleptiques*, des contractures, des grimaces et des poses extatiques, en un mot de la *catatonie*. Ces phénomènes, signalés par BRISSAUD et LAMY, par LATRON, par BISCHOFF, par CULLERRE, par LALANNE et moi, semblent appartenir surtout à l'auto-intoxication rénale, et à ce titre ont une certaine importance. La

psychose urémique ressemble alors absolument à la démence précoce à type catatonique, au point qu'on est en droit de se demander si elle ne se confond pas avec elle.

Lorsque l'accès de confusion mentale aiguë urémique a disparu, quelle qu'en soit la durée, il laisse après lui le plus souvent de l'obtusion intellectuelle et une amnésie qui peut être complète et revêtir même le caractère rétrograde. Cela a lieu notamment quand il y a eu des attaques d'éclampsie. Parfois aussi on voit persister, après guérison, des idées fixes post-oniriques, c'est-à-dire certaines convictions erronées puisées inconsciemment dans le délire de rêve et qui n'ont pas disparu avec les autres.

b. *Psychoses chroniques*. — Les psychoses chroniques du brightisme se manifestent dans les états d'auto-intoxication rénale chronique. Elles peuvent succéder aux accidents psychiques aigus ou être momentanément interrompues par eux, à la façon d'un épisode aigu. C'est exactement ce qui se produit, on le sait, dans l'alcoolisme chronique.

Comme dans l'alcoolisme chronique, du reste, il s'agit ici de *confusion mentale simple* avec obtusion des facultés, amnésie, incohérence, désorientation, insomnie nocturne, rêves et cauchemars.

Comme dans l'alcoolisme chronique aussi, cet état peut simuler la démence et surtout la *démence paralytique*. Nous avons déjà vu que toutes les intoxications, sans exception, peuvent donner lieu à un complexe symptomatique ressemblant à la paralysie générale au point de mériter, dans certains cas, le nom de *pseudo paralysie générale*. Cela est surtout vrai dans l'intoxication d'origine rénale. Déjà en 1872, dans sa thèse, HOLSEY avait signalé l'embarras de la parole dans le délire de la néphrite scarlatineuse. Depuis, ce symptôme a été maintes fois indiqué dans la néphrite, notamment par KIDD et par BRISSAUD et LAMY. L'analogie ne se borne pas là d'ailleurs, et il existe plusieurs faits, entre autres ceux de HÖSSLIN, de BAUBY, de BISCHOFF, de JOFFROY, de BRUNS, de BERCKLEY, qui ressemblent vraiment à la paralysie générale.

BRUNS, qui a observé quatre cas de néphrite avec urémie pré-

sentant le tableau clinique de la paralysie générale, a noté comme symptômes ne rentrant pas dans le cadre de la paralysie générale, des vomissements fréquents, de l'inappétence, des accès d'asthme. Le facteur le plus important du diagnostic différentiel est pour lui l'albuminurie. Il fait ressortir aussi l'absence de troubles pupillaires ainsi que d'infection spécifique. Dans trois cas sur quatre, un traitement approprié (diète lactée, enveloppements chauds, etc...), amena rapidement l'amélioration de tous les symptômes.

Cette notion de la pseudo-paralysie brightique a d'autant plus d'importance que certains auteurs ont été jusqu'à rapprocher et à assimiler presque la paralysie générale et le brightisme. C'est ainsi que BRISTOWE, après avoir constaté la fréquence du rein granuleux contracté dans la paralysie générale et la similitude des lésions vasculaires dans la paralysie générale et dans l'affection rénale, conclut finalement que les deux maladies ont entre elles des rapports de dépendance si singulièrement étroits que, selon toute probabilité, elles ont une commune origine.

2° Anatomie pathologique. — La lésion la plus fréquente dans les psychoses urémiques est l'œdème du cerveau qu'on constate quelquefois à son degré maximum. Plus rarement on trouve de l'hydrocéphalie aiguë et de la distension des ventricules, l'hyperhémie de l'arachnoïde et de la pie-mère, l'anémie très marquée de l'écorce cérébrale. Au point de vue microscopique, SCHULE a signalé un gonflement hydropique des cellules ganglionnaires, et NISSEL de nombreuses divisions du noyau des cellules de l'écorce, avec processus de prolifération névroglie. Rappelons que ACQUISTO et PUSATERI ont constaté, après la ligature des uretères chez le chien, que l'animal mourait d'urémie et que ses cellules ganglionnaires, aussi bien celles de l'écorce cérébrale que celles de la moelle, examinées avec les méthodes de GOLGI et de NISSEL, étaient atteintes dans toutes leurs parties.

3° Pronostic. — Le pronostic des psychoses urémiques est plus grave que celui des autres psychoses d'auto-intoxication. Cela tient à ce que les accidents urémiques auxquels il se rattache sont eux-mêmes généralement plus graves. Les psy-

choses urémiques aiguës se terminent souvent en effet par la mort. Dans les autres cas, elles peuvent soit guérir, avec ou sans reliquat d'amnésie, d'obtusion, de diminution psychique, soit se continuer par un état de confusion mentale chronique qui prend parfois l'aspect de la démence précoce à type catatonique.

Les psychoses moins aiguës, en particulier le délire onirique subaigu de l'urémie est beaucoup plus bénin et se comporte comme le délire alcoolique subaigu, guérissant en quelques jours, mais récidivant comme lui à chaque nouvelle poussée d'intoxication.

Quant aux psychoses chroniques, confusion mentale, pseudo-démence, pseudo-paralysie générale, elles représentent des altérations intellectuelles plus profondes et plus durables, mais elles sont susceptibles néanmoins de rétrocéder et de s'améliorer, sinon de guérir, parallèlement avec la maladie rénale qui les a produites.

4° Diagnostic. — Les psychoses urémiques se présentent si nettement avec les caractères des psychoses toxiques qu'on ne saurait hésiter, dans la plupart des cas, à les reconnaître pour telles.

La difficulté commence lorsqu'il s'agit de préciser l'intoxication dont elles émanent, en particulier de les distinguer des psychoses alcooliques ou des autres psychoses auto-toxiques, gastro-intestinales et hépatiques. Cela vient d'une part de ce que, comme nous ne cessons de le répéter, les psychoses toxiques se distinguent difficilement les unes des autres, cliniquement; d'autre part, de ce que les intoxications alcoolique, gastro-intestinale ou hépatique s'associent fréquemment à l'intoxication rénale, de façon à réaliser des polytoxies alcoolo-rénale, gastro-entéro-rénale ou hépato-rénale.

Pour qu'on puisse conclure à l'existence d'une psychose urémique, il faut non seulement qu'il existe des lésions rénales, mais encore que manifestement la psychose soit sous la dépendance de ces lésions, évolue parallèlement à elles et subisse nettement l'influence du traitement qui leur est opposé. Lorsque,

par des constatations multiples et sérieuses, c'est-à-dire à la fois par l'examen clinique, l'analyse complète et répétée des urines, la cryoscopie, l'épreuve de la glycosurie alimentaire et du bleu de méthylène, on s'est assuré qu'il y a insuffisance rénale ; lorsque, d'autre part, les rapports de cette insuffisance rénale avec la psychose ont été mis en évidence, alors, mais alors seulement, il est permis de conclure à une psychose urémique. Ce diagnostic deviendra d'ailleurs plus certain si la psychose offre quelque-une de ces particularités symptomatiques qui la distinguent dans une certaine mesure, sans lui être tout à fait spéciales, telles que les attaques éclamptiques et hystéroides et surtout les attitudes cataleptoïdes.

Il y a là un ensemble de faits qui non seulement servent à isoler, autant qu'il est possible, la psychose urémique des autres psychoses toxiques, mais encore à différencier les vraies psychoses urémiques, produites par l'insuffisance rénale, des psychoses vésaniques, à forme variable et quelconque, existant chez des individus atteints de lésion des reins, sans liens aucuns avec ces lésions.

Il arrive parfois qu'une auto-intoxication rénale, d'origine fonctionnelle ou organique, survienne dans le cours d'une vésanie chronique. GUÉLOU a fait observer que dans les cas de ce genre l'urémie intercurrente se traduisait par des symptômes psychiques indépendants, tels que l'hébétéude et la stupeur, ou même par une démence qui devient définitive. C'est là une notion intéressante à connaître.

5° Étiologie. — Toutes les affections des reins, aiguës ou chroniques, peuvent déterminer des troubles psychiques, lorsqu'il y a insuffisance de la fonction avec prédisposition cérébrale. Ces troubles psychiques sont surtout fréquents dans la néphrite scarlatineuse et plus encore dans l'albuminurie de la grossesse ou de l'accouchement, qu'il y ait ou non attaques éclamptiques. HIRTZ et LEMAIRE, MERKLEN les ont signalés récemment au cours de la crise urinaire accompagnant la résorption des grands œdèmes.

6° Traitement. — De même et plus encore peut-être que

dans les psychoses gastro-intestinales et hépatiques, le traitement de l'auto-intoxication a une action des plus efficaces sur les psychoses urémiques. Le régime lacté, les diurétiques, les purgations, la saignée, les grandes injections de sérum artificiel ont suffi dans de nombreux cas à les améliorer et même à les faire disparaître très rapidement. D'habitude l'amélioration de la psychose coïncide avec la diminution ou la disparition des éléments anormaux de l'urine, notamment de l'albumine, mais surtout, ainsi que je l'ai constaté bien des fois, avec le relèvement du taux urinaire. Il n'est pas rare de voir la quantité d'urine des vingt-quatre heures tomber au-dessous de 800, de 600 et même de 400 centimètres cubes au moment qui précède l'apparition des troubles psychiques, et, par contre, de voir cette quantité d'urine s'élever, comme dans une sorte de débâcle salubre, au-dessus de 2000 centimètres cubes, lors de l'amendement des troubles psychiques.

VIGOUROUX a récemment employé avec succès, dans les psychoses urémiques, le suc rénal et la ponction lombaire.

ARTICLE IV

AUTO-INTOXICATION CUTANÉE, BRULURES

La suppression de la fonction cutanée, lorsqu'elle n'est pas suffisamment compensée par les autres fonctions éliminatoires, détermine nécessairement une rétention de certains poisons de l'organisme. Cette auto-intoxication doit donc, comme toute auto-intoxication, s'accompagner, dans certains cas, de troubles psychiques.

Toutefois ces troubles psychiques, en raison de leur rareté relative et de la difficulté de les isoler de toutes les autres causes pathogènes, ont été très peu observés et on ne sait pas encore exactement par quoi se traduit, sur le cerveau, la suppression brusque de la transpiration, sous l'influence, par exemple, d'une poussée diathésique, comme dans l'arthritisme, ou d'un accident, comme dans le vernissage.