

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, BALLE, 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, 1905), 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 MASSALONGHO. 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 ictère, en particulier à l'ictère catarrhal, à la lithiase biliaire, à toute obstruction chronique du foie. Les malades perdent leur gaieté, il 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 ictère 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'amoindrissement psychique, l'obtusion, l'hébétude, 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 hypocondrie 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 FOVILLE 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 JUQUELIER, 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, panophtobie, 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