



RELATIONS

DE

L'ALBUMINURIE AVEC LES PSYCHOSES

A PROPOS D'UN CAS DE FOLIE DU DOUTE

COINCIDANT AVEC UNE NÉPHRITE CHRONIQUE

UN NOUVEAU CAS DE FOLIE BRIGHTIQUE

PAR

LE D^r F. RAYMOND

Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Extrait de la Gazette médicale

PARIS

OCTAVE DOIN, EDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8.

1890



RELATIONS

DE

L'ALBUMINURIE AVEC LES PSYCHOSES

A PROPOS D'UN CAS DE FOLIE DU DOUTE

COINCIDANT AVEC UNE NÉPHRITE CHRONIQUE

UN NOUVEAU CAS DE FOLIE BRIGHTIQUE

Biblioteka Główna WUM

Br.17121



000027047



RELATIONS

DE

L'ALBUMINURIE AVEC LES PSYCHOSES

A PROPOS D'UN CAS DE FOLIE DU DOUTE

COINCIDANT AVEC UNE NÉPHRITE CHRONIQUE

UN NOUVEAU CAS DE FOLIE BRIGHTIQUE

PAR

LE D^r F. RAYMOND

Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Extrait de la Gazette médicale

PARIS

OCTAVE DOIN, EDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8.

1890



RELATIONS

DE

L'ALBUMINURIE AVEC LES PSYCHOSES

A PROPOS D'UN CAS DE FOLIE DU DOUTE

COINCIDANT AVEC UNE NÉPHRITE CHRONIQUE

UN NOUVEAU CAS DE FOLIE BRIGTIQUE



Une question qui ne nous paraît pas avoir attiré autant qu'elle le mérite l'attention des médecins, des aliénistes en particulier, est celle qui concerne les rapports de l'albuminurie avec diverses formes d'affections mentales. Ces rapports, il est à peine besoin de le dire, peuvent être considérés à deux points de vue très différents.

1° L'albuminurie survenant dans le cours d'une affection mentale, peut être un symptôme placé sous la dépendance plus ou moins directe de la lésion des centres nerveux, soit que cette lésion engendre une albuminurie comparable à celle que fait naître l'expérience bien connue de Claude Bernard, soit que la filtration de l'albumine tienne à des altérations du rein, de même ordre et de même nature que les altérations des centres nerveux dont dépend l'affection mentale;

2° Dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans le cours d'une affection mentale bien caractérisée ou de troubles psychiques fortuits, l'albuminurie, conséquence d'une lésion du filtre rénal, peut être le signe révélateur d'une intoxication autochtone qui, chez un sujet prédisposé, a été la cause occasionnelle des désordres psychiques, ou une cause d'aggravation passagère d'une psychose en cours d'évolution. L'albuminurie dénote une perturbation des fonctions dépuratrices des reins. Plus l'albuminurie est considérable, plus cette fonction dépuratrice est troublée, plus le sang se charge des poisons qui, à l'état de santé, filtrent avec les urines à travers les reins.

Il s'établira ainsi une intoxication autochtone qui, dans certaines circonstances à déterminer, peut jouer le rôle que nous venons de dire. Il va de soi que, dans le second cas, l'apparition intermittente des troubles psychiques ou leur aggravation passagère devront coïncider avec un retour où une aggravation de l'albuminurie.

Le premier point de vue, celui qui consiste à envisager l'albuminurie en tant que symptôme ou épiphénomène d'une affection mentale, a fixé l'attention d'un certain nombre de médecins, aliénistes et autres, dans le cours de ces dernières années. Sans prétendre à faire l'historique complet de cette question, je rappellerai que Fürstner (*Archiv. für Psychiatrie*, t. VI, p. 755, 1876) a examiné systématiquement les urines chez un grand nombre d'alcooliques en proie au delirium tremens. Des résultats annoncés par Fürstner, nous ne voulons retenir ici que ces deux points : chez un certain nombre de sujets, le degré d'albuminurie a suivi une marche parallèle à l'intensité du délire ; d'autre part, cette albuminurie s'est rencontrée dans le cours du délire alcoolique, chez des sujets à l'autopsie desquels on n'a point trouvé de lésions rénales.

Plus récemment, un médecin anglais, Turner (*The British medic. Journal*, 17 décembre 1887), a fait des recherches analogues chez 200 pensionnaires d'un asile d'aliénés ; il a trouvé

de l'albuminurie dans 81 cas, notamment dans des cas de démence sénile, de manie, de folie secondaire et d'épilepsie.

Dans le courant de l'année dernière, un autre médecin allemand, Köppen, a publié (*Archiv für Psychiatrie*; t. XX, p. 825, 1889) un volumineux mémoire sur « l'albuminurie et la propeptonurie dans les psychoses ». Les observations au nombre d'environ quatre-vingt-dix, réunies par l'auteur ont été groupées en trois classes :

Une première comprend les cas où l'albuminurie était sous la dépendance de la psychose, où, pour me servir des expressions de l'auteur, c'est « le cerveau qui influençait le rein ». Dans plusieurs de ces cas, d'ailleurs, l'albuminurie s'est rencontrée chez des maladies à l'autopsie desquels on a constaté l'intégrité des glandes rénales, et j'ai déjà dit plus haut, que Fürstner avait fait la même constatation. D'autre part, dans les faits de ce premier groupe, l'albuminurie a été considérable, surtout dans les cas de *délire aigu*, de *manie délirante* et dans *d'autres formes de psychoses qui traversaient accidentellement une phase délirante*. Enfin, dans un assez grand nombre de cas l'albuminurie a suivi une marche parallèle à celle des accidents psychiques.

Dans un autre groupe, Köppen a rangé trois cas (démence avec délire, démence sénile) où une même lésion plus ou moins généralisée, l'*artério-sclérose*, avait engendré des altérations synchrones des centres nerveux, ayant donné lieu les unes aux désordres psychiques, les autres à l'albuminurie.

Enfin dans un autre groupe (le second), l'auteur a fait entrer quatre cas de psychoses, dont deux de délire aigu, développées dans le cours et à la suite d'une néphrite chronique.

Chez un malade de ce groupe, il existait un rapport manifeste entre les variétés d'intensité de l'albuminurie et l'intensité des manifestations délirantes : à plusieurs reprises, le délire et l'agitation du malade ont augmenté proportionnellement aux œdèmes et à l'albuminurie. Puis, quand sous

l'influence de la digitale, les œdèmes et l'albuminurie diminuaient, en même temps que les urines coulaient plus abondantes, le délire se calmait.

Voilà qui nous ramène à l'autre point de vue de notre question : à l'albuminurie considérée comme le signe révélateur d'une intoxication autochtone qui, dans certaines circonstances, peut être une cause occasionnelle ou une cause d'aggravation de certains désordres psychiques.

*
**

Il y a près de dix ans (1880), j'ai publié dans *les Archives générales de médecine*, un travail sur « certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie ». Dans ce travail, j'ai rappelé que le délire est très rare comme manifestation isolée de l'urémie, et qu'alors il présente ordinairement des caractères bien définis ; il est modéré, doux, tranquille, essentiellement transitoire, et se montre habituellement à la période terminale des accidents urémiques. Mais j'ajoutais aussitôt qu'il peut se présenter avec d'autres caractères, qu'il peut être bruyant, frénétique, revêtir les allures d'un véritable accès de folie, de folie maniaque surtout, et qu'alors, suivant la remarque de Lasègue, se posait la question de savoir si les accidents délirants sont bien imputables à l'intoxication urémique.

Pour montrer qu'il peut en être ainsi, que dans le cours et sous l'influence d'une intoxication urémique il peut se produire des manifestations délirantes qui simulent la folie, j'ai cité d'abord un certain nombre d'observations empruntées à différents auteurs (Hagen, Jolly, Welks, Schulz, Husland, Lécorché), et sur lesquelles je ne reviendrai pas. J'ai relaté ensuite quatre observations de néphrites chroniques et d'urémies compliquées l'une, d'accidents de manie aiguë, une autre, de délire tantôt religieux, tantôt érotique, et alternant avec des troubles dyspnéiques ; une troisième, où cette même alter-

nance existait avec du délire et des hallucinations des sens; une quatrième enfin, compliquée de délire et d'hallucinations.

Je n'entrerai pas dans le détail de ces quatre observations.

Je veux seulement rappeler quelques-unes des réflexions que j'ai développées à propos de ces quatre faits cliniques.

D'abord j'ai insisté sur ce que mes quatre malades ne présentaient rien de particulier eu égard à l'hérédité morbide, psychopathique. Dans le cours de leur existence antérieure, ils n'avaient pas non plus présenté, à l'exception d'un seul, de troubles qu'on pût, de près ou de loin, rattacher à la folie, notamment pas des manifestations délirantes. Les phénomènes délirants qu'on a observés chez eux ont éclaté subitement dans le cours d'une néphrite chronique parvenue à la phase des accidents dits urémiques. A plusieurs reprises, ils ont alterné avec les manifestations communes de l'urémie, et cette alternance a été surtout très nette chez le sujet de notre seconde observation; il s'agit d'une femme qui, précédemment, dans le cours d'une grossesse, avait déjà été en proie à un accès de manie de six semaines de durée. Il n'est pas très risqué de supposer que déjà à cette époque, il existait une albuminurie traduisant des altérations rénales analogues à celles qui engendrent l'urémie.

Bref, je conclusais que, en suivant les règles tracées par les aliénistes pour distinguer la folie délirante d'un simple délire accidentel, symptomatique d'une lésion des centres nerveux ou de quelque autre organe, c'est à cette dernière interprétation qu'on était amené à se rallier en fin de compte. Je conclusais que chez mes malades, le délire avait été symptomatique de l'affection chronique des reins, symptomatique de l'intoxication urémique qu'avait occasionnée la lésion rénale. Quant à savoir si les caractères spéciaux des accidents délirants, caractères qui se rapprochaient de ceux de la folie, étaient en rapport avec une prédisposition aux psychoses, c'est un point que je réservais, en l'absence de renseignements

Raymond.

positifs parlant en faveur d'une semblable prédisposition chez mes malades.

Donc *délire urémique simulant la folie, survenant indépendamment d'une prédisposition apparente aux psychoses, justiciable des mêmes moyens d'intervention que les autres accidents urémiques, transitoire comme ceux-ci*, telle était en somme la conclusion à laquelle je m'arrêtais à propos de ces quatre premières observations.

J'ai eu depuis, la satisfaction de voir un de nos collègues les plus distingués, adopter le même point de vue. M. le professeur Dieulafoy, dans une communication sur la *folie brightique* (*Soc. méd. des hôp.*, séance 10 juillet 1885) a rapporté six observations qui sont du même ordre que celles que je viens de rappeler, sauf que les manifestations délirantes ont eu une expression plus variée : manie aiguë franche avec hallucinations, vociférations, dans un cas ; lypémanie, dans un autre ; délire des persécutions dans un troisième ; délire érotique et religieux, dans un quatrième.

M. Dieulafoy déclarait explicitement que si, dans certains cas d'urémie délirante, on avait pu invoquer une prédisposition aux désordres psychiques, le plus souvent le délire dérive simplement de l'urémie, même dans les cas où il est tellement grave que le malade a l'air d'être un aliéné. Il avait soin d'ajouter que sous le nom de *folie brightique*, il entendait décrire des manifestations cérébrales se présentant chez des malades qui loin d'être aliénés ne sont que des brightiques, qui, par conséquent, doivent être traités par des moyens tout autres que ceux qu'on a coutume d'employer dans les cas de démence ; au lieu de gaver ces malades et de leur appliquer la douche froide, c'est au traitement de la néphrite qu'il faut s'en tenir, c'est-à-dire, en première ligne, au régime lacté exclusif. M. Dieulafoy ajoutait encore que le pronostic de cette folie brightique semble être peu grave, car sur un total de six cas, il n'en comptait qu'un seul terminé par la mort.

On voit qu'en somme les observations de M. Dieulafoy et

les interprétations que leur appliquait notre éminent collègue concordent très sensiblement avec les faits que j'avais rapportés précédemment et avec les réflexions que j'avais développées à cette occasion. Je rappelle encore qu'un autre de nos collègues, M. Barié (*Soc. méd. des hôp.*, 14 août 1885), a rapporté un fait analogue. Il s'agit d'un cas de folie brightique qui nécessita un séjour de sept mois dans une maison de santé. D'autres faits du même genre sont consignés dans la thèse de M. Bouvat (*Sur l'urémie délirante*. Lyon, 1883).

Je passe sur l'intérêt médico-légal de ces faits, point sur lequel M. Dieulafoy avait insisté d'une façon spéciale. J'ai hâte d'en venir à l'objet principal de cette communication qui est d'attirer votre attention sur un cas de folie du doute, survenue chez une femme atteinte également d'une néphrite albumineuse, cas dans lequel la psychose était manifestement influencée par la néphrite, l'une et l'autre paraissant à peu près contemporaines, de sorte que je me demande si, dans ce cas particulier, la folie du doute ne doit pas être rattachée à la folie brightique.

OBSERVATION I.

Albuminurie chronique chez une malade atteinte de la folie du doute. — Parallélisme entre la marche du trouble mental et les troubles de la sécrétion urinaire.

Mme H..., âgée de soixante cinq ans, m'a consulté pour la première fois au mois de janvier 1885. Ni elle, ni les personnes de son entourage n'ont pu fournir des renseignements sur ses antécédents héréditaires pathologiques.

La malade d'une condition sociale aisée, n'a jamais eu à s'imposer de grandes fatigues, elle n'a pas eu non plus des chagrins extraordinaires. Sa santé générale a toujours été bonne. Mme H..., ne se rappelle pas avoir eu une maladie grave, une indisposition méritant une mention spéciale. D'après ce que nous raconte sa fille, qui, elle, est âgée de quarante-deux ans et d'une santé parfaite,

Mme H..., aurait, de temps immémorial, manifesté des tendances personnelles exclusives très prononcées, et un amour exagéré du moi. Elle était, en outre, extrêmement jalouse, ce qui a donné lieu à des scènes fréquentes dans son ménage.

Mme H..., est veuve depuis une dizaine d'années. D'après les souvenirs des personnes de son entourage, c'est la fin de décembre 1884 qu'elle a présenté les premières manifestations de son état mental actuel qu'on peut caractériser ainsi : Mme H..., conçoit des doutes à propos de tout ce qu'elle fait. Après avoir accompli tel ou tel acte, il lui arrivera de s'informer vingt fois de suite si elle s'est réellement acquittée de la chose, si elle n'est pas victime d'une illusion. Ainsi, pour citer quelques exemples, il lui arrivera d'éteindre le feu de sa cheminée, avant de sortir. Une fois dans la rue, au bout de dix à quinze minutes, elle aura l'esprit assiégé par cette préoccupation : Ai-je bien éteint le feu ? N'ai-je point laissé la porte de mon appartement ouverte ? Puis, dans l'impossibilité où elle est de se rassurer, elle remonte chez elle, constate que le feu est bien éteint, que la porte était réellement fermée, et elle repart. Une demi-heure ne s'est point écoulée que la même scène se reproduit. Mme H..., remontera ainsi plusieurs fois de suite chez elle, pour contrôler la réalité des mêmes faits, dont ni elle ni les personnes de son entourage ne peuvent la convaincre.

De même, il arrivera à Mme H..., d'entrer dans un magasin et de faire une emplette qu'elle paie tout aussitôt. A peine sortie, elle est prise de doute, elle rentre, s'informe si elle a réellement payé l'objet qu'elle vient d'acheter, veut le payer de nouveau malgré les dénégations et les refus des personnes auxquelles elle s'adresse.

Il est bien entendu qu'en dehors de ces accès de doute, Mme H..., a l'intelligence absolument normale. Tous les matins elle fait ses comptes avec une parfaite régularité ; seulement elle doute de leur exactitude, ce qui l'amène à les recommencer plusieurs fois dans la journée.

Cette manie du doute s'étend aux choses passées déjà depuis des mois et des années. Ainsi, après une cure faite à Luchon, certain mois d'août, Mme H..., a été prise de scrupules cinq mois après, au sujet du règlement de ses dépenses d'hôtel Cédant à ses scru-

pules, elle envoya à l'hôtelier le montant d'une note qu'elle avait déjà réglée, et qui lui fut retourné.

Il est, je pense, superflu de multiplier ces exemples. Ceux que je viens de citer prouvent surabondamment que nous avons affaire à cette forme de psychose qui a été décrite sous le nom de folie du doute. Ce diagnostic a été confirmé par le professeur Ball et par un autre spécialiste, M. Blanche.

Depuis cinq ans qu'il s'est manifesté pour la première fois, cet état mental a persisté malgré les traitements mis en œuvre. Mais il a été plus ou moins accentué à différentes époques, et voici ce que j'ai de curieux à vous apprendre à cet égard :

Dès les premiers temps où elle a présenté les symptômes de la folie du doute, Mme H... se plaignit d'avoir mal aux reins. Elle s'était aperçue, en outre, que ses jambes enflaient un peu par moments, le soir surtout. Je fis procéder à l'analyse des urines, après avoir fait recueillir la quantité de ce liquide rendue dans les vingt-quatre heures (1,800 grammes). L'urine renfermait 1 gr. 20 d'albumine par litre.

En présence de cet état de choses, je prescrivis, comme traitement, des applications de ventouses sur la région des lombes, le régime lacté, et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Au bout de neuf jours de ce traitement, les urines, un peu plus abondantes (deux litres dans les vingt-quatre heures) ne contenaient plus que 50 centigrammes d'albumine par litre. Or, à partir de là aussi et pendant trois semaines, les accès de doute devinrent de moins en moins fréquents. C'était à croire que l'état mental de Mme H... allait redevenir normal.

Puis les accès de doute allèrent de nouveau en augmentant. La quantité d'urine des vingt-quatre heures était tombée à 800 gr., la quantité d'albumine par litre était remontée à 1 gramme. Mme H... avait, de sa propre initiative, renoncé au régime lacté, pour se remettre au régime ordinaire.

Je prescrivis de nouveau l'alimentation exclusive par le lait additionné d'eau de Vichy, et l'usage interne du tannin en poudre, par cachet de 1 gramme, et en plus, des cautérisations ponctuées sur la région des lombes, à droite et à gauche. Sous l'influence de ce

traitement, la quantité d'albumine charriée par les urines descend très rapidement à 50 centigrammes par litre ; parallèlement à cette diminution de l'albuminurie, l'état mental s'améliore, jusqu'à retour à l'état normal.

Je considère comme superflu de poursuivre pas à pas l'histoire de la maladie de Mme H... Je me bornerai à résumer la suite de cette histoire dans ces quelques lignes : *à plusieurs reprises, dans le cours des quatre dernières années, j'ai pu vérifier le parallélisme entre la marche de l'albuminurie et la marche de l'état mental, celui-ci s'aggravant en même temps qu'augmentait l'albuminurie et que diminuait la sécrétion urinaire, et l'inversement.*

J'ajoute que plusieurs fois, par suite de l'indocilité de la malade et des écarts de régime qui s'ensuivaient, j'ai noté chez Mme H..., des symptômes que l'on pouvait considérer comme les signes d'une intoxication urémique à ses débuts : la quantité d'urine des vingt-quatre heures subissait une diminution très considérable, l'albuminurie augmentait proportionnellement ; la malade se plaignait d'une céphalalgie frontale très vive ; elle était prise d'une dyspnée dont ni l'examen des poumons ni celui du cœur ne pouvait rendre compte. Pendant ces phases d'urémie commençante, les accès de folie du doute étaient particulièrement fréquents ; ils se manifestaient à propos des actes les plus banals.

Pour ne rien omettre des détails curieux de cette observation, je dois ajouter qu'à plusieurs reprises, et aux époques où l'albuminurie atteignait sa plus grande intensité, Mme H... a présenté des contractions spasmodiques du diaphragme, et des secousses cloniques du tronc, secousses incessantes, qui portaient le tronc alternativement en avant et en arrière, et qui ne cessaient qu'au moment où la malade était prise de sommeil. Il m'a semblé que ces accidents étaient influencés dans une moindre mesure que l'état mental par les modifications de la sécrétion urinaire et de l'albuminurie.

En somme il s'agit ici d'une psychose à caractères bien tranchés, *spécifiques*, au début de laquelle existait déjà depuis un temps difficile à déterminer, une néphrite albumineuse. Albuminurie et folie du doute ont, pendant une durée d'observa-

tion de cinq ans, suivi une marche parallèle, passant toutes deux par les mêmes phases d'aggravation et d'amélioration. Or, quelle était ici la signification de l'albuminurie ? Jouait-elle par rapport au trouble mental le rôle de cause efficiente ?

- Est-ce parce qu'elle perdait une plus ou moins grande quantité d'albumine par la voie des reins que Mme X... était devenue sujette, avec une intensité plus ou moins grande, à ces accès de folie du doute ? Cette hypothèse ne vous satisfera sans doute pas plus que moi qui ne la trouve bonne qu'à être rejetée. Tout au plus pourrait-on voir dans les déperditions d'albumine, une cause d'épuisement qui influençait la psychose par voie indirecte. Or, déjà Bouchard (*Leçons sur les auto-intoxications* p. 110), a fait justice des idées exagérées qui ont cours sur l'importance de cette spoliation dans les cas de néphrite. L'albuminurie est, pour me servir d'une expression de Bouchard, ce symptôme exquis, le premier par lequel se traduit la souffrance du rein. Elle nous révèle non seulement que le filtre rénal laisse passer ce qu'il devrait retenir, mais encore qu'il va devenir plus ou moins imperméable aux produits toxiques qui le traversent à l'état *normal* pour quitter l'organisme. C'est donc le signe avant-coureur d'une intoxication qui se prépare, intoxication qui peut exister plus ou moins longtemps sous une forme latente ; qui, lorsqu'elle devient apparente, se traduit par des accidents variés, lesquels constituent les diverses formes de l'urémie. Le délire figure parmi ces accidents, délire qui dans la plupart des cas ne présente pas de caractères spécifiques, qui d'autres fois revêt des allures insolites, pouvant faire croire à un accès d'aliénation mentale. Dans les mêmes circonstances, on peut observer des troubles de l'état mental qui ressortissent à d'autres formes de psychoses : lypémanie, démence commune sans délire ; folie du doute, ainsi que le prouve mon observation.

En vain objecterait-on que chez Mme X... les accès de folie du doute ont été observés à une époque où il n'existait pas à proprement parler d'accidents urémiques. Du moment qu'on

se trouve en présence d'une néphrite albumineuse, on est en droit d'admettre que les conditions de la dialyse rénale s'écartent de l'état physiologique, qu'il y a rétention des poisons excrémentitiels qui s'éliminent par les reins. Cette rétention ne se traduit par des symptômes appréciables qu'autant qu'elle dépasse une certaine limite. Ces symptômes sont très variables, non seulement en raison de la diversité des poisons qui leur donnent naissance, mais parce que d'un sujet à l'autre, leur action s'exerce avec une intensité variable sur les différents appareils et sur les différents organes, pour des raisons que nous soupçonnons plutôt que nous ne les connaissons. En présence d'un cas comme celui que je viens de relater, je ne puis donc que constater le rapport qui existait entre la néphrite et une psychose à caractères aussi tranchés que la folie du doute ; je ne puis que constater les rapports qui existaient entre les troubles de la sécrétion urinaire et l'évolution de la psychose, et qui conduisent forcément à rapprocher les désordres mentaux constatés chez ma malade, des accidents qu'on rattache à l'intoxication dite urémique. Dire pourquoi, dans ce cas, cette intoxication s'est traduite exclusivement par des accès de folie du doute, dire quel était, dans le développement de cette psychose, le rôle de la prédisposition psychopatique tant invoquée par les aliénistes et qui n'était rien moins qu'apparente chez ma malade, ce sont là des problèmes que je me contente de soumettre à votre appréciation.

Puisque j'en suis à parler de cette question de la folie brigitique et de la folie urémique, qui pour moi ne font qu'une, je veux rapidement vous faire connaître un autre cas qui s'est présenté dernièrement dans mon service, et qui rentre dans la catégorie des faits visés par mon premier mémoire et par la communication de M. Dieulafoy.

OBSERVATION II.

Néphrite atrophique latente. Accidents urémiques simulant la manie aiguë avec idées de persécution. Mort dans le coma.

Mme Th... Zélie, vingt-sept ans, sans profession, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 20, le 15 avril 1890.

Les renseignements recueillis sur les antécédents pathologiques de la malade et sur les débuts de sa maladie actuelle se réduisent à ceci :

La malade, d'une bonne santé apparente, exempte d'habitudes alcooliques, est accouchée, il y a dix-huit mois, d'un enfant qui, depuis sa naissance, n'a cessé d'être bien portant. La grossesse et l'accouchement ont suivi une marche absolument normale. Mme Th... n'a pas eu de fièvre, pas d'accidents convulsifs. Il nous a été impossible de savoir si les urines ont été analysées à cette époque. Dans les premiers jours du mois d'avril dernier, Mme Th. a éprouvé de légers malaises ; à plusieurs reprises elle s'est plainte de maux de tête. Son caractère, très doux, jusque-là, est devenu irritable, et cette irritabilité est allée jusqu'à la violence.

Le 10 avril au soir (ces renseignements m'ont été fournis par le mari), Mme Th... s'est couchée bien portante. Le mari, qui partageait le même lit, ne s'est aperçu de rien d'insolite pendant la nuit. Le lendemain, au réveil, il trouva sa femme dans l'état suivant : la face était pâle, la langue tuméfiée et proéminente ; la partie de cet organe qui faisait saillie hors de la bouche, était noirâtre, comme gangrenée, l'haleine était très fétide. La respiration n'était pas sensiblement gênée. Il n'y avait pas d'agitation musculaire, pas de délire, pas de fièvre. Mme Th... paraissait comprendre tout ce qu'on lui disait à ce moment-là, mais elle était dans l'impossibilité de répondre, à cause de la tuméfaction de la langue qui gênait l'articulation des sons.

Le médecin de la famille, mandé auprès de la malade, porta le diagnostic d'*hystéro-épilepsie*. Il exprima l'avis que Mme Th... avait dû se mordre la langue pendant une attaque. Il se prononça pour le transport de la malade à l'hôpital. Le même jour Mme Th.

fut conduite à l'hôpital Lariboisière, et placée d'abord dans un service de chirurgie en raison de l'état de sa langue. On se borna à lui faire, *loco dolenti*, des lavages antiseptiques à l'eau boricuée. Au bout de quarante-huit heures, l'état de la langue s'étant considérablement amélioré, la malade fut placée dans mon service le 15 avril au soir.

Etat actuel, 16 avril 1890. Femme brune, de taille moyenne, embonpoint ordinaire. La figure est pâle, légèrement bouffie au niveau des paupières et au-dessous du menton ; à part cela, on ne découvre d'œdème dans aucune autre région du corps, notamment pas autour des malléoles.

La malade est dans un état demi-comateux dont on parvient à la tirer par des excitations cutanées. Mais il est impossible d'obtenir d'elle des réponses précises aux questions qu'on lui adresse. Elle prononce des paroles incohérentes, qui n'ont aucun rapport avec ces questions : On croit comprendre qu'elle se figure qu'on veut attenter à ses jours, qu'on veut l'empoisonner ; Elle se voit aux prises avec des gens qui viennent pour la faire souffrir, pour lui casser les jambes, etc. Et cependant, tandis qu'on l'examine, ces hallucinations de la vue et de l'ouïe ne déterminent pas, chez elle, d'agitation notable.

L'haleine est toujours fétide ; la langue blanche est encore dépouillée de son épithélium.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne donne que des résultats négatifs. Aux membres on ne constate ni paralysie, ni contracture ; pas de troubles de la sensibilité.

Il est impossible de pratiquer l'examen méthodique des yeux.

La malade ne retient ni ses urines ni ses matières fécales. Par le cathétérisme, on retire environ un demi-verre d'une urine fortement albumineuse.

Marche de la maladie. En fait de traitement, j'ai prescrit le régime lacté, une application de ventouses scarifiées sur la région des lombes, de chaque côté, et à l'intérieur une potion contenant 1 gramme de bromure de potassium.

17 avril. Pouls 32 ; température axillaire, de 37°4. La malade est en proie à un délire qui présente tous les caractères de la manie

aiguë, son regard est plein de feu. Elle pousse des cris déchirants. A tout moment elle veut se lever, pour poursuivre des êtres imaginaires. Elle gesticule avec les bras et les jambes, et cela d'une façon incessante. Elle essaie de repousser les personnes qui s'approchent de son lit, out en vociférant. Ses paroles et ses cris traduisent la crainte qu'elle éprouve d'être assassinée, torturée, etc. Cette scène, à laquelle j'assistais au moment de ma visite, dura environ dix minutes. Puis la malade se calme un peu, ses yeux deviennent moins brillants, les traits de son visage expriment une certaine résignation. Puis elle se met de nouveau à pousser des cris furieux, et à s'agiter plus que jamais.

Les choses ont continué de la sorte pendant toute la journée du 27 avril. Vers six heures, au moment où l'interne faisait sa visite du soir, la malade était dans un état de calme relatif. La température axillaire se maintenait à 37°4. Application de quatre saignées derrière chaque oreille, continuation du bromure de potassium.

18 avril. La nuit a été extrêmement agitée. Il a fallu recourir à l'emploi de la camisole de force pour maintenir la malade dans son lit. La température axillaire marque maintenant 39°2. Le pouls bat 120. L'examen des organes thoraciques et abdominaux continue de donner des résultats négatifs. L'agitation de la veille a fait place à un état de torpeur, d'engourdissement, dont on parvient cependant à la tirer au moyen d'excitations cutanées. Voire que par instants elle répond d'une façon sensée aux questions qu'on lui adresse. Mais, par intervalles, le délire renaît, moins bruyant que la veille. Les accès délirants sont aussi de plus courte durée. Ils sont toujours caractérisés par des hallucinations de l'ouïe et de la vue : la malade croit entendre parler autour d'elle ; elle croit comprendre qu'on l'accuse, qu'on veut la faire souffrir, la tuer ; les bourreaux sont là, elle les entend, elle les voit, elle en manifeste une vive terreur, etc. Puis l'accès cesse, la malade se met à causer de choses sensées, et elle retombe dans sa somnolence.

Les urines retirées par le cathétérisme contiennent toujours une grande quantité d'albumine.

Le soir, la température axillaire est retombée à 37°4. — Prescription : lavement purgatif. Frictions excitantes sur tout le corps. Lait, café.

Le 19 et 20 *avril*, l'état de la malade est le même que la veille. La température axillaire oscille entre 37°4 et 37°6. L'agitation est plus grande la nuit que le jour.

21 *avril*. Vers les huit heures du matin, la malade tombe dans le coma; elle succombe ce même jour, à quatre heures de l'après-midi.

AUTOPSIE (vingt-quatre heures après la mort). Les lobes inférieurs des poumons sont légèrement œdémateux, mais ne présentent pas d'autres altérations macroscopiques.

Le cœur est normal. L'aorte est souple, sans aucune trace d'athérome.

Pas de liquide épanché dans le péritoine. Le foie et la rate ne présentent rien de particulier à noter.

Reins. Les deux reins sont profondément altérés; celui de droite ne pèse que 30 grammes, celui de gauche 70 grammes. Leur volume est diminué dans la même proportion que leur poids. Leur membrane d'enveloppe est épaissie, de teinte grasseuse, en certains points très adhérente au tissu sous-jacent. Après enlèvement de cette membrane, le parenchyme apparaît parsemé d'une série de granulations rougeâtres, sur un fond d'un jaune grasseux; leurs dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une lentille. Le parenchyme résiste à la coupe, principalement dans le rein droit. L'atrophie paraît intéresser surtout la substance corticale, qui renferme un certain nombre de kystes à contenu séreux ou purulent.

L'*examen histologique* a révélé les lésions d'une néphrite interstitielle chronique.

Après durcissement à la gomme, puis à l'alcool, et coloration par le micro-carminate d'ammoniaque, on voit, sur les coupes, les vaisseaux artériels dilatés; leur lumière est obstruée plus ou moins complètement et sur une étendue considérable par des globules rouges. Épaississement des tuniques artérielles, surtout de la tunique externe; la lame élastique interne est festonnée, plissée et

très réfringente. Hypertrophie des parois des veines dont la lumière est plus grande qu'à l'état normal et obstruée par des globules rouges.

La plus grande partie des glomérules sont atrophiés ; les uns ont leur capsule de Bowmann normale ; en d'autres, il y a hypertrophie considérable des parois par néoformation de tissu fibreux. Transformation fibreuse du plus grand nombre des anses vasculaires des glomérules.

Aux environs des glomérules, quelques tubes contournés sont dilatés, mais sains ; d'autres sont étouffés par des amas considérables de cellules conjonctives jeunes. Les tubes urinifères les plus éloignés des glomérules ont leur paroi très épaissie, et dans quelques-uns, égale à leur lumière. D'autres tubes sont dilatés, leur lumière est supérieure à l'épaisseur de la paroi ; elle est libre dans le plus grand nombre des tubes ; pourtant, dans quelques-uns, on voit des masses arrondies et claires, représentant la coupe de cylindres.

La face interne des tubes est tapissée par de petites cellules cubiques, à noyau très apparent.

Pas de trace de dégénérescence graisseuse.

Sur toute l'étendue de la préparation, il y a une hypertrophie considérable du tissu conjonctif, qui renferme des cellules petites et arrondies.

Cavité cranienne. Les méninges sont fortement congestionnées, surtout au niveau des scissures de Sylvius et du sillon de Rolando ; là les vaisseaux sont gorgés de sang. Dans la région frontale, on découvre une légère extravasation pie-mérienne.

Il existe de l'œdème cérébral à un degré assez prononcé. D'ailleurs, au moment d'inciser la dure-mère, on a donné issue à environ 50 grammes de sérosité.

Le poids de l'encéphale est de 1,400 grammes. Sur les coupes du cerveau, pratiquées suivant la méthode classique, il n'y a rien de particulier à noter.

Tel est le nouveau fait que je viens d'observer. Il est bien singulier, je l'avoue, de voir, qu'au début, l'on a songé à de l'hystéro-épilepsie ; un semblable diagnostic ne supportait pas

l'examen. Qu'aurait-on dit, plus tard, lorsque de véritables accès à forme de manie aiguë ont éclaté? L'on aurait, sans aucun doute, conclu à l'aliénation mentale, et l'on se serait singulièrement trompé.

J'ai cru nécessaire d'attirer de nouveau l'attention de la Société médicale des hôpitaux, sur cette question des psychoses dans leur rapport avec l'albuminurie, persuadé de sa très grande importance au point de vue médico-légal, et au point de vue thérapeutique.

Biblioteka Główna WUM

Br.17121



000027047



www.dlibra.wum.edu.pl