

rapidement mortelles. Par contre, la laparotomie est absolument indiquée lorsque la certitude d'une extension considérable des lésions ou la déchéance avancée de l'état général ne la rendent pas inutile ou grave; elle est, en effet, la condition première des interventions précoces.

2° Après ouverture du ventre, l'opération curative, c'est-à-dire l'ablation du néoplasme, ne doit être tentée que si certaines conditions locales la rendent possible: la tumeur doit être *unique*; siéger en un point *facilement accessible* à l'opérateur, d'ordinaire sur le lobe gauche; enfin n'avoir *point contracté d'adhérences* avec les viscères voisins. La *pédiculation* est une circonstance favorable.

Lorsqu'elles présentent de pareils caractères, toutes les variétés de tumeurs du foie (cancer primitif, adénome, sarcome, angiome, gomme) sont justiciables de l'extirpation; mais pour les gommés, il faut faire précéder l'intervention d'un traitement antisyphilitique longuement poursuivi; après son échec seulement, la chirurgie est en droit d'intervenir.

L'ablation des tumeurs du foie comporte, au point de vue de la technique, plusieurs temps:

L'*incision* de la paroi, dont le tracé peut être simple ou complexe, doit mettre largement à nu la tumeur et permettre son *extériorisation*.

Après avoir extériorisé le néoplasme, on pratique son *ablation*: s'il est *pédiculisable*, une ligature, solide et soigneusement amarrée pour éviter sa chute, est placée sur le pédicule, et celui-ci est réduit dans le ventre toutes les fois que cette réduction semble possible et sans danger.

Si le néoplasme *n'est pas pédiculisable*, on a recours à la *résection cunéiforme*, après ligature continue du tissu hépatique au delà de la ligne d'incision, suivant des procédés trop longs à décrire, dont le meilleur paraît être celui de Terrier et Auvray. Après l'ablation, les deux surfaces cruentées sont adossées au moyen de sutures profondes progressivement serrées. Ainsi se trouvent évités l'hémorragie si redoutée autrefois et l'écoulement biliaire.

La surface suturée est tamponnée mollement avec de la gaze et le ventre refermé incomplètement.

A côté de ces opérations curatives, une intervention palliative, la cholécystostomie, doit être mentionnée; elle a été faite exceptionnellement pour remédier à des accidents de compression des voies biliaires.

Les *résultats immédiats* des opérations radicales sont relativement très satisfaisants (14 pour 100 de mortalité d'après Tédénat), ils le deviendront plus encore avec les perfectionnements actuels de la technique opératoire.

Les *résultats éloignés, définitifs* varient considérablement suivant la nature des tumeurs enlevées.

Pour les *benignes*, et dans la moitié des interventions c'est à elles qu'on a eu affaire, ils sont très favorables; aucune récurrence n'a été signalée.

Pour les *malignes*, au contraire, la récurrence à bref délai est fréquemment observée. Cependant quelques longues survies dûment constatées, justifient pleinement l'intervention. En la rendant aussi précoce que possible, on augmenterait sûrement leur nombre.

PIERRE WIART.

FOLIE A DEUX. — *Folie communiquée. Folie induite.* — Lasègue et Falret

ont décrit sous le nom de *folie à deux* les cas où deux individus vivant en communauté manifestent conjointement le même délire. Il s'agit toujours dans ces cas d'un délire de forme paranoïque, particulièrement de folie quérulante. L'un des malades, agent actif, impose ses idées de persécution à l'autre, agent passif, que son âge, son rang social, et surtout son niveau mental inférieur rendent apte à se laisser influencer.

Les faits se présentent en général de la façon suivante. Une femme, par exemple, devient inquiète, troublée, croit qu'on s'occupe d'elle, de sa famille, de ses affaires, elle fait part de ses inquiétudes à sa fille, à son mari, à sa domestique; l'enfant, l'époux, quelquefois après une courte résistance, plus souvent dès l'abord, sans discussion, accepte ses dires, partage ses craintes; tous deux alors entrent en état d'attente expectante, se communiquent leurs impressions personnelles, les corroborent les unes par les autres, et peu à peu la série des symptômes de la paranoïa se développent. Les idées de persécution se systématisent, les hallucinations apparaissent et ont parfois une singulière apparence de simultanéité (ainsi dans les histoires de maisons hantées), quoique en réalité elles soient dictées par l'un à l'autre.

Rapidement les allures bizarres des malades, leurs réactions violentes quand ils ont choisi leurs persécuteurs, leurs réclamations portant la marque évidente du délire les font entrer en conflit avec l'entourage ou les autorités. Internés alors et tenus séparés, il est habituel de voir les idées délirantes s'atténuer, et parfois très vite, chez le passif resté capable de prendre conscience de la nature morbide de ses idées et de rendre compte de leur évolution. Chez l'actif au contraire la paranoïa continue à évoluer et les idées délirantes se stéréotypent. Il arrive aussi que (surtout dans les formes mystiques), le contagionné ne guérit pas ou très incomplètement.

Les combinaisons les plus singulières peuvent se rencontrer. Dans un cas, la malade active (la fille) fit partager ses idées de persécution à sa mère qu'elle reniait cependant comme sa véritable mère, invoquant une supposition d'enfant.

Variétés. — Dans la majorité des cas, la folie à deux reste limitée; quelquefois les contagionnés sont plus nombreux, *folie à trois, folie à cinq, folie communiquée multiple*. Dans ces derniers faits, il s'agit plus particulièrement de *délire mystique*. Nous avons connu la dernière survivante d'une famille bretonne qui avait égorgé sa plus jeune fille comme cause de la possession dont tous se disaient victimes. La folie communiquée mystique peut d'ailleurs prendre la *forme endémique et épidémique*, comme ce fut le cas des grandes épidémies mystiques du moyen âge et de celles qu'on voit naître encore dans des populations arriérées (épidémie de Morzine, du pays de Galles, de Hollande, du Brésil). La *folie des foules* n'est, dans un cadre élargi, que la forme sociale de la contagion mentale; certaines émeutes, certains épisodes de révolutions, certaines révolutions même, aussi bien religieuses que politiques, ne sont que de gigantesques spécimens de la folie communiquée.

Chez les paysans la folie communiquée prend souvent la forme de *délire de revendication* (V. FOLIE QUÉRULANTE).

Une variété fruste de folie communiquée se rencontre dans la pratique sous forme d'*hypocondrie à deux* qu'il n'est pas très rare d'observer dans de vieux ménages.

Les *suicides à deux* (passionnels ou non), les suicides collectifs sont souvent à considérer comme consécutifs à une mélancolie communiquée.

Diagnostic. — Le diagnostic est évident et ressort des faits mêmes que les malades exposent avec complaisance. Il est un point cependant à faire ressortir ; dans certains cas, rares d'ailleurs, sous l'apparence de la folie communiquée (*folie similaire* de Régis), il s'agit en réalité de véritables *psychoses familiales*, c'est-à-dire de psychoses apparaissant, sous la même forme, vers le même âge chez des individus de même lignée (comme cela a lieu pour les maladies nerveuses familiales, maladie de Friedreich, etc.). Dans cet ordre d'idées les psychoses variées survenant chez les jumeaux, *folie gémellaire*, offrent un intérêt particulier.

Pronostic. — Le pronostic est favorable pour le contagionné, grave en général pour le malade actif atteint de délire systématisé à marche chronique.

Traitement. — L'internement est indispensable, au moins pour l'individu actif, de façon à séparer de lui le contagionné ; grâce à l'isolement, celui-ci prend plus ou moins vite conscience de ses idées délirantes et la guérison survient assez rapidement.

M. TRÉNEL.

FOLIE CIRCULAIRE, A DOUBLE FORME, INTERMITTENTE. — V. FOLIES PÉRIODIQUES.

FOLIE DU DOUTE. — On désigne sous le terme, d'ailleurs impropre, de folie du doute (Falret père) une variété d'*obsession* (v. c. m.) surtout caractérisée par des interrogations incessantes et un besoin anxieux de vérifications répétées.

Beaucoup d'auteurs réunissent dans leurs descriptions la folie du doute et la folie du toucher (aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs. (J. Falret), ou considèrent cette dernière comme une des périodes de la folie du doute (folie du doute avec délire du toucher. Legrand du Saulle) : il s'agit en réalité de deux variétés d'obsession qui ne sont pas forcément liées l'une à l'autre, mais qui, dérivant des mêmes causes, coexistent fréquemment chez les mêmes sujets (V. FOLIE DU TOUCHER).

« Le fond véritable de cette maladie mentale consiste surtout dans une disposition générale de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées ou les mêmes actes, à éprouver le besoin continuel de répéter les mêmes mots ou d'accomplir les mêmes actions, sans jamais réussir à se satisfaire ou à se convaincre, même par l'évidence. Ces malades sont dans un état d'hésitation intérieure perpétuelle, et ils ne peuvent parvenir à arrêter ce travail incessant de leur pensée s'exerçant continuellement sur elle-même, sans jamais arriver à un résultat définitif. » (J. Falret.) D'après la nature des idées obsédantes, on peut, avec Ball, distinguer 5 grandes variétés de douteurs : les *métaphysiciens*, qui s'interrogent sans cesse sur Dieu, sur l'univers ou la création du monde ; les *réalistes*, qui s'attachent à des questions plus ou moins triviales ou aux détails les plus infimes des objets usuels ; les *scrupuleux*, qui s'adressent perpétuellement des reproches à tout propos et sont fatigants à force de précision dans leurs discours, craignant toujours de n'avoir pas dit l'exacte vérité ; les *timorés*, qui ont toujours peur de se compromettre, prennent à chaque instant des pré-

cautions exagérées et vivent dans une inquiétude perpétuelle ; les *compteurs*, qui, partout où ils sont, se préoccupent du nombre des objets.

Les formes que peut revêtir le doute anxieux sont innombrables. Ne pouvant chasser de leur esprit ces interrogations qui s'imposent impérieusement à eux, les malades éprouvent bientôt le besoin d'une affirmation étrangère pour arriver à une certitude au moins momentanée et calmer leur anxiété et leur angoisse. Il est à remarquer que généralement ces malades attachent plus d'importance à l'assurance avec laquelle est faite cette affirmation qu'à la valeur même de cette affirmation et qu'il suffit souvent d'un peu d'hésitation dans la réponse pour leur donner une nouvelle crise d'anxiété.

Évolution. Pronostic. Traitement. — (V. OBSESSION.) BRÉCY.

FOLIE DU TOUCHER. — On désigne sous ce terme, d'ailleurs impropre, la crainte anxieuse du contact des objets extérieurs, qui n'est elle-même qu'une forme d'une crainte plus générale, la crainte des objets, dont le point de départ peut être non seulement le contact, mais aussi la vue, le son, l'odeur ou même le goût de certains objets (Régis). C'est une des phobies les plus fréquentes (V. OBSESSION).

Elle peut porter sur les objets les plus variés ; quelquefois même le simple souvenir suffit à provoquer une crise d'anxiété. Entre les paroxysmes, la crainte persiste parfois sous forme de pensée plus ou moins obsédante. La peur de la malpropreté, des microbes ou de la contagion est souvent invoquée par ces malades, aussi un de leurs moyens de défense habituels consiste-t-il dans des lavages répétés des mains ou même du corps qu'ils prolongent souvent pendant des heures, sans pouvoir se convaincre qu'ils sont enfin arrivés à se débarrasser de la souillure qui cause toutes leurs craintes. On retrouve donc le doute anxieux à la base de cette obsession, comme d'ailleurs de la plupart des obsessions. Aussi comprend-on que plusieurs auteurs aient réuni dans leurs descriptions la folie du toucher à la FOLIE DU DOUTE (v. c. m.).

Évolution. Pronostic. Traitement. — (V. OBSESSION.) BRÉCY.

FOLIE CHEZ L'ENFANT. — L'enfant n'est pas à l'abri de l'aliénation mentale qui est chez lui, plus encore que chez l'adulte, le signe d'une lourde tare mentale. Il arrive que l'enfant devienne aliéné avant ses parents. L'hérédité est à la base de la folie infantile ; les causes déterminantes en sont aussi obscures que chez l'adulte, les causes occasionnelles aussi banales : épuisement physique de toute nature, maladies infectieuses, auto-intoxications, troubles des fonctions sexuelles, onanisme, surmenage intellectuel, impressions psychiques d'ordre émotionnel, toutes ces causes peuvent être invoquées dans les circonstances les plus variées.

En présence d'un enfant qui a du délire, surtout quand ce délire est apyrétique, le médecin doit songer à la possibilité d'une véspanie. Néanmoins les psychoses proprement dites sont assez rares et l'enfant aliéné est le plus souvent atteint d'*idiotie*, d'*imbécillité*, de *débilité*, de *folie morale* (v. c. m.), affections congénitales.

Nous ne ferons qu'indiquer les *délires toxiques* souvent d'origine médicamenteuse, comme l'*atropinisme*, le plus fréquent chez l'enfant en raison de

l'emploi habituel des compositions belladonnées. Le *délire alcoolique* avec ses cauchemars, la zoopie, les rêves professionnels (l'enfant alcoolique rêve de ses jeux), etc., peut se rencontrer dans les mêmes circonstances, mais est plus souvent dû à l'abus précoce des spiritueux. Les *terreurs nocturnes* ont sans nul doute comme cause fréquente un alcoolisme léger chez des prédisposés. On doit se rappeler aussi qu'il existe un alcoolisme du *nourrisson* soit par intoxication directe, soit par alcoolisme de la nourrice. Comme toxiques produisant des délires chez l'enfant il faut citer l'*iodoforme* (délire onirique, confusion) et le *salicylate de soude* (excitation simple).

Les psychoses proprement dites les plus fréquentes sont : la manie, la mélancolie, les folies périodiques, la confusion mentale, le délire épileptique, la démence précoce, la paralysie générale.

La *manie* n'offre pas de caractères spéciaux, c'est le tableau de l'excitation maniaque avec besoin de mouvement, loquacité, incohérence des propos et des actes, lesquels ne diffèrent de l'accès maniaque de l'adulte que par leur puérité même.

La *mélancolie* n'affecte que la forme dépressive simple, mais s'accompagne d'idées et de tentatives de suicide; le suicide s'y montre même d'une fréquence extrême et y est pratiqué avec une grande décision. Les enfants mélancoliques manifestent généralement un *tædium vitæ* qu'on s'attend peu à rencontrer à leur âge. La mélancolie infantile prend souvent une *forme neurasthénique et hypocondriaque*.

Il est à supposer que manie et mélancolie ne sont que les premiers accès de *folies périodiques*. Celles-ci se manifestent d'ailleurs d'une façon irréfutable à un âge très jeune, et nous avons observé des cas typiques de folie circulaire dans l'enfance. Il faudra donc réserver à ce point de vue le pronostic dans tout accès délirant de l'enfant.

Il convient de citer à part les troubles mentaux qui surviennent à l'instauration des règles, *psychoses menstruelles*. Ce sont des accès transitoires surtout de forme maniaque ou mélancolique, quelquefois hallucinatoire. L'accès reste unique (psychose menstruelle primordiale) ou se répète à plusieurs reprises pour s'atténuer et disparaître. Le pronostic est bénin quoiqu'il faille songer à un début de folie périodique simple ou menstruelle.

La *démence précoce* est de par son essence même la maladie mentale propre sinon à l'enfance du moins à la prime jeunesse : elle peut débiter d'une façon très précoce (à 12 ans dans un de nos cas); elle revêt la forme dementielle simple; il faut s'en méfier chez tout écolier que l'on voit perdre d'une façon rapide et inattendue sa capacité de travail et manifester une fatigue hors de proportion avec les efforts fournis. Elle peut rester tout à fait fruste et ne se caractériser que par une simple apathie, un changement de caractère, une indifférence affective inaccoutumée chez l'enfant.

Il ne semblerait pas qu'il dût surgir de *délires systématisés* chez l'enfant; ils supposent un développement mental plus complet. Cependant certaines formes paraissent remonter à l'enfance, comme la paranoïa originaire de Sander (V. DÉLIRE SYSTÉMATISÉ ORIGINAIRE). En tout cas, certains enfants manifestent un caractère paranoïque d'une façon précoce, et sont désagréables, réclameurs, hargneux.

L'*hypocondrie*, qui est loin d'être rare chez l'enfant, quoique pouvant prendre jusqu'à un certain point une forme systématisée, reste plutôt simple ou se marque de tendances mélancoliques. L'hypocondrie de l'adulte remonte souvent à l'enfance.

Les *délires mystiques* sont fréquents, surtout chez les jeunes filles (communiantes), sous l'influence des pratiques religieuses, et la coïncidence de l'évolution pubérale y mêle un élément génital et érotique. Il naît ainsi des délires mystiques plus ou moins systématisés qui prennent parfois une marche chronique mais qui, plus souvent, ont une évolution subaiguë et une curabilité spontanée.

En dehors des délires toxiques, les enfants présentent des délires hallucinatoires sous forme de véritables *délires polymorphes* analogues à ceux de l'adulte.

La *confusion mentale* offre les mêmes caractères et les mêmes formes que chez l'adulte.

La *paralysie générale* est encore controversée, cependant l'accord est à peu près général sur sa réalité chez l'enfant (on cite un cas à 12 ans). Elle affecte la forme dementielle (V. PARALYSIE GÉNÉRALE).

Les *délires épileptiques* sont identiques à ceux de l'adulte. La démence épileptique est souvent très précoce.

L'*hystérie infantile* peut s'accompagner de troubles délirants affectant la forme maniaque. Les hystériques infantiles sont particulièrement fertiles en confabulations, en inventions délirantes ou mensongères, et la *mythomanie* (v. c. m.) (Dupré) y est fréquente.

En dehors de l'hystérie, l'enfant a d'ailleurs tendance à l'exagération, au mensonge; c'est ce qui rend si dangereux le témoignage des enfants en justice (affaires de viol), sans compter leur facile suggestibilité qui leur fait répéter des insinuations volontaires ou non.

Les enfants sont sujets aux diverses *obsessions* et *impulsions*. Les pyromanes sont le plus souvent des enfants; la cleptomanie, l'impulsion homicide, la sexualité précoce, parfois avec perversions, les scrupules morbides sont d'une fréquence relative dans l'enfance.

Rappelons que les enfants sont les facteurs tout désignés de la contagion mentale. Les cas de *folie à deux* (v. c. m.) ont presque toujours trait à la contagion de l'enfant par sa mère.

Dans le même ordre d'idées, certaines grandes *épidémies mentales* ont frappé presque exclusivement les enfants (la croisade des enfants).

Diagnostic. — Le diagnostic des psychoses de l'enfant serait relativement facile, si en raison de leur rareté le médecin n'était exposé à n'y point penser en présence d'un délire chez un petit malade. Il est vrai de dire que le délire de l'enfant est presque toujours symptomatique; mais en l'absence de signes d'une maladie aiguë fébrile chez l'enfant qui délire, surtout si ce délire prend la forme hallucinatoire, on doit penser tout d'abord à une intoxication.

Celle-ci éliminée, la forme même du délire permettra de diagnostiquer manie, mélancolie, folie périodique, confusion mentale, etc.; cette dernière est souvent à marche fébrile.

Ne pas oublier que la *méningite tuberculeuse* peut, comme chez l'adulte,