

L'Évolution Psychiatrique
année 1955 - Fascicule 11
Aout - Juin

PHENOMENES D'INTOLERANCE ET MECANISMES ALLERGIQUES EN PATHOLOGIE MENTALE

par P. SIVADON

LORSQU'EN 1945 nous revinrent les rescapés des camps d'extermination, j'eus l'occasion de suivre, à titre prophylactique et pour tenter de faciliter leur réinsertion sociale, un certain nombre d'anciens déportés. Au cours des mois qui suivirent et sur une période d'environ trois années, les faits suivants s'imposèrent à mon observation. Après quelques semaines d'euphorie, la plupart d'entre eux présentèrent une lassitude intense s'accompagnant chez beaucoup de troubles du sommeil. Pour certains, c'était une appétence de sommeil toujours inassouvie : ils dormaient douze heures et restaient las tout le jour, s'endormant à nouveau au cours de la journée. Pour d'autres, c'était une insomnie nocturne avec souvent, au cours de la journée, des crises de sommeil rappelant la narcolepsie. Presque tous, après quelques mois, commencèrent à manifester des phénomènes d'intolérance alimentaire : ils accusèrent leur foie surmené par les écarts de régime qui avaient suivi leur retour. Puis apparurent des phénomènes d'intolérance sociale : ils ne pouvaient plus supporter l'entourage familial et professionnel qui étaient le leur avant leur arrestation. A peu près tous changèrent de profession. Plus de la moitié rompirent, au moins transitoirement, avec leur famille et leurs amis les plus chers. Beaucoup divorcèrent.

Cette intolérance sociale de plus en plus diffuse se traduisit chez le plus grand nombre par une instabilité foncière et par des manifestations caractérielles gênantes pour leur entourage.

Beaucoup, particulièrement dans la deuxième année qui suivit le retour, se mirent à absorber des boissons alcoolisées à des doses qu'en d'autres temps ils n'auraient pu supporter.

Puis, vers 1947 et 1948, certains se stabilisèrent, ils se mirent à rêver des scènes dramatiques qui, peu à peu, ressemblaient davantage à leurs propres aventures et tout rentra dans l'ordre. Ceux-là restèrent simplement sensibilisés à certaines situations et certains personnages (contraintes, attentes, policiers, etc...) sensibilisation qui persiste encore, après 10 ans, se manifestant par une véritable intolérance anaphylactique. Chez d'autres, vers la deuxième ou troisième année de leur retour, apparurent des manifestations névropathiques variées (céphalées, subanxiété, algies diverses) suivies, à l'occasion d'un choc émotionnel minime ou parfois d'une grippe banale, d'une névrose caractérisée.

Dans le même temps, je voyais affluer à ma consultation psychiatrique de la Sécurité Sociale un nombre de plus en plus grand de névrosés ayant subi des chocs émotionnels de guerre et dont les troubles aigus avaient débuté en 1946 et surtout en 1947 et 1948. Une anamnèse soigneuse me permettait de retrouver presque toujours le même schéma : intervalle libre allant de quelques mois à 2 ou 3 ans, puis apparition de troubles du sommeil et d'intolérances alimentaires et sociales, puis céphalées sus-orbitaires et occipitales, enfin début brutal de la névrose à l'occasion d'une émotion minime rappelant plus ou moins nettement les chocs émotionnels antérieurs (bruit d'avion, sirène d'alarme, sonnerie du téléphone, annonce d'un décès, d'une arrestation, etc...). La fréquence de ces troubles atteint son maximum en 1948-49 et depuis 1950, on constate une décroissance nette des névroses paraissant clairement liées aux émotions de guerre.

Ce seul fait me paraissait valoir d'être signalé et en 1948, je demandai à un de mes collaborateurs (BERTRAND) de dépouiller une cinquantaine d'observations et de rédiger l'ébauche d'un travail où nous insistions sur le temps de latence qui sépare souvent un choc émotionnel des manifestations pathologiques qui en sont la conséquence. Ce travail n'a jamais été publié. Déjà, cependant, nous évoquons la possibilité de mécanismes allergiques. Mais avant que sa rédaction n'en fut terminée, mon attention avait été attirée par le fait que les sujets ayant des troubles de cet ordre présentaient souvent des antécédents du même type. On rencontre en effet dans leur passé

lointain ou proche soit des troubles de la série neuroarthritique, (entérocologie spasmodique, migraines, asthme, eczéma, urticaire, rhumatisme, etc...) soit une tuberculose, soit une maladie infectieuse, soit encore un traumatisme important (accident, intervention chirurgicale grave, etc...)

Par ailleurs, il me paraissait de plus en plus certain que ces mécanismes n'étaient pas l'apanage des névroses et j'en découvris de fort voisins dans des observations de psychoses très diverses, voire d'épilepsie. Sensibilisé à mon tour par ce sujet, j'ai eu tendance à voir partout des mécanismes allergiques et j'ai tenu à laisser passer un peu de temps pour accumuler des faits avant de tenter les quelques hypothèses que je vous présente ce soir (1).

Réduits à leur forme la plus schématique, les faits auxquels je me réfère peuvent être ainsi décrits.

Un sujet vit une situation qui dépasse ses capacités réactionnelles. Il présente par la suite une phase d'inhibition suivie de troubles du sommeil à prédominance hypersomnique, puis apparaissent des phénomènes d'intolérance d'abord localisés à l'émotion primitive, et qui diffusent ensuite sur tout l'environnement. La sensibilisation s'accroît progressivement, les émotions s'accompagnant de plus en plus souvent de céphalées. Puis, après un délai d'environ 2 à 3 ans, une émotion minime déclenche brutalement une manifestation pathologique intense.

Revenons sur les caractères de ces divers éléments.

LE CHOC ÉMOTIONNEL PRIMITIF.

Il s'agit toujours d'une situation à laquelle le sujet ne peut pas faire face, qui est sans issue, ou encore d'une grave situation conflictuelle. C'est par exemple, l'attente de l'arrestation par le résistant qui ne peut fuir qu'en mettant en danger la sécurité des siens. C'est une situation qui se présente comme un danger pour l'intégrité physique ou morale de la personnalité, auquel aucune parade ne peut être opposée.

En règle, cet événement est scotomisé dans la mémoire du sujet qui ne le révèle presque jamais spontanément. On ne le retrouve

(1) Conférence faite au Groupe de l'Évolution Psychiatrique le 23 Mars 1954.

souvent que par l'interrogatoire de l'entourage ou à l'occasion d'interrogatoires successifs du malade.

PHASE DE SENSIBILISATION.

Elle ne débute en général que lorsque la situation primitive est terminée. Chez les déportés, elle n'a commencé que quelques semaines après leur retour. Elle se manifeste d'abord par une sorte d'inhibition avec amnésie des situations traumatisantes et par une lassitude intense. Puis apparaissent les premiers signes de sensibilisation. Le sujet est d'abord sensibilisé à tout ce qui rappelle ses conditions de vie à l'époque du choc émotionnel : son logement, son travail, sa famille, d'où une irritabilité accrue, une instabilité de plus en plus marquée et des réactions caractérielles variées. La diffusion de la sensibilisation s'étend à tous les êtres et à toutes les choses, y compris les aliments. C'est habituellement à cette époque qu'entre en jeu l'un ou l'autre des mécanismes de défense : l'hyper-somnie ou l'alcoolisation. L'expérience montre que bien des sujets trouvent dans le sommeil abondant ou dans la boisson une aide importante pour franchir cette phase. Après quoi, souvent aux environs de la deuxième année, l'événement traumatisant tend à apparaître dans les rêves. Le sujet commence à accuser de discrets phénomènes d'angoisse et surtout des céphalées.

Il s'agit presque toujours de céphalées sus-orbitaires, bilatérales, irradiant parfois vers les tempes. On rencontre également une céphalée occipitale, plus nettement localisée et habituellement plus douloureuse. Quelques sujets accusent aussi une douleur superficielle au sommet du crâne, sur la ligne médiane, ayant soit le caractère d'une tension pulsatile, soit celui d'une algie localisée du cuir chevelu.

La céphalée sus-orbitaire s'accompagne parfois de phénomènes congestifs et exsudatifs au niveau des voies nasales : on diagnostique souvent une sinusite qui est opérée sans résultat.

Le souvenir de l'événement primitif, longuement refoulé, tend à affleurer au niveau de la conscience. Il suffit dès lors d'une émotion minimale rappelant directement ou symboliquement le traumatisme initial pour déchaîner l'orage.

Il s'écoule en fait entre l'émotion de rappel et le déchaînement une courte période de latence allant de quelques minutes à deux ou

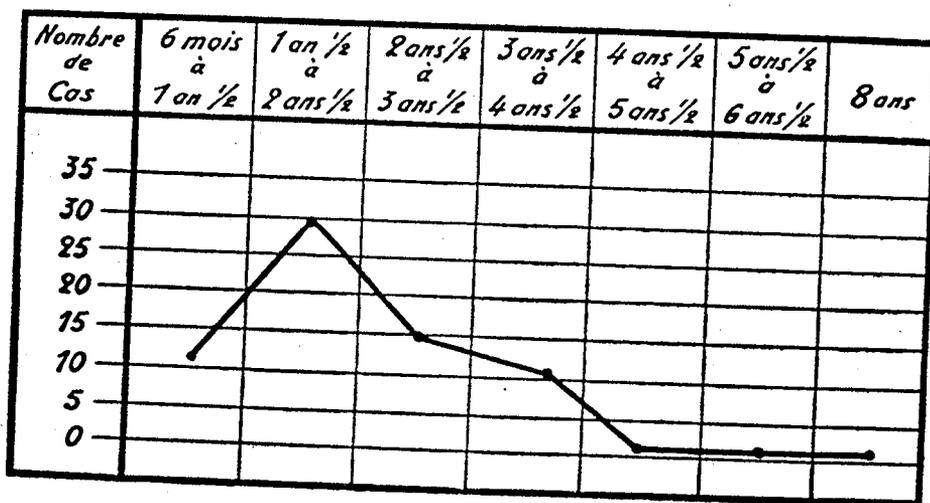
trois jours. Pendant cette période, le sujet est prostré, inhibé, muet. Le temps de latence, si court soit-il, et aussi la disproportion entre l'émotion de rappel et l'importance des troubles expliquent que ni le malade, ni son entourage ne rapportent l'éclosion de ces derniers à leur cause occasionnelle véritable. Seul un interrogatoire méthodique et orienté permet de rétablir la chronologie des faits.

DURÉE DE LA PHASE DE SENSIBILISATION.

Si l'on mesure l'intervalle qui sépare le choc émotionnel primitif de l'apparition des troubles aigus, intervalle marqué par la symptomatologie ci-dessus décrite, on trouve des délais variant de quelques mois (6 à 8 au minimum) à 8 ans. Mais si l'on construit une courbe de fréquence, on s'aperçoit que dans la moitié des cas, cet intervalle est de l'ordre de deux ans tandis que l'autre moitié présente des intervalles d'environ un an, trois et quatre ans.

Sur 70 observations où cet intervalle apparaît avec netteté, j'ai trouvé la répartition suivante :

6 mois	à 1 an 1/2	:	12 cas
1 an 1/2	à 2 ans 1/2	:	29 cas
2 ans 1/2	à 3 ans 1/2	:	15 cas
3 ans 1/2	à 4 ans 1/2	:	11 cas
4 ans 1/2	à 5 ans 1/2	:	1 cas
5 ans 1/2	à 6 ans 1/2	:	1 cas
8 ans		:	1 cas



LE CHOC DÉCLENCHANT.

Il s'agit d'un événement habituellement minime et qui ne devient pathogène que parce qu'il rappelle, directement ou symboliquement, la situation traumatisante primitive. Le sujet n'est intolérant à cette situation de rappel que dans la mesure où la situation primitive, longuement exclue de la personnalité, tend à s'y incorporer par voie de résonances affectives plus ou moins précises.

Telle malade, célibataire de 55 ans, apprend en 1945, que sa nièce, qu'elle a élevée et qui est sa seule affection, a été dévorée par les chiens dans un camp de déportation.

Deux ans plus tard, une crise d'angoisse est déclenchée par un hurlement de chien. Depuis lors, elle présente une névrose anxieuse. Elle a dû abandonner son pavillon de banlieue pour vivre dans le bruit de la ville qui lui est indifférent. De 1945 à 1947, elle avait, bien des fois, sans en souffrir, entendu des aboiements.

Bien souvent, le rappel est constitué par l'anniversaire de l'événement et l'on voit des sujets présenter, chaque année, à la même époque, quelque accident dépressif ou anxieux lié à un événement qui lui paraît cependant définitivement enfoncé dans le passé.

Parfois, le rappel est lié à une émotion surdéterminée. Tel ce breton de 50 ans, violemment impressionné par la mort dramatique de son frère il y a trois ans. Il a présenté récemment un accès confusional de quelques heures après avoir lu dans le journal le récit d'un naufrage. Mais lui-même, alors qu'il avait 7 ans, a été naufragé et a vécu, ne sachant pas nager, des heures d'angoisse pourtant depuis longtemps oubliées.

LE TERRAIN.

Chez la très grande majorité des malades présentant des phénomènes de cet ordre, on trouve, dans les antécédents, des manifestations de la diathèse neuroarthritique : entérocolite spasmodique, migraines, eczéma, asthme, œdème de QUINCKE, goutte, rhumatisme, etc... Certains cependant en sont indemnes, mais alors on note dans leur passé relativement récent soit une atteinte tuberculeuse, soit une maladie infectieuse allergisante, soit un traumatisme accidentel ou chirurgical.

Chez les premiers, on voit habituellement les manifestations organiques céder lorsqu'apparaissent les premières manifestations

mentales. Les migraines font place aux céphalées sus-orbitaires ou occipitales ci-dessus décrites. Parfois, on note une alternance de troubles rhumatismaux et de bouffées dépressives anxieuses. Parfois, des manifestations rhumatismales périodiques font place à des accidents mentaux ayant la même périodicité.

Chez les tuberculeux, c'est soit à la phase d'imprégnation, soit plus souvent après la cicatrisation des lésions que les chocs émotionnels prennent une importance déterminante pour l'éclosion future des troubles mentaux.

Les maladies infectieuses semblent ne jouer un rôle important que dans certaines conditions. Ou bien la maladie est survenue peu avant ou peu après un traumatisme affectif et dans ce cas la sensibilisation commence à s'établir à dater de l'événement traumatisant, les troubles mentaux apparaissant à l'occasion d'un rappel conditionnel deux ou trois ans plus tard. Ou bien l'infection survient longtemps après le traumatisme affectif et c'est deux ou trois ans après l'infection que surviennent les troubles mentaux. Lorsqu'il s'agit de grippe, l'éclosion des troubles mentaux a lieu quelques semaines après la défervescence.

Parfois, on ne peut mettre en évidence aucun choc émotionnel grave avant l'infection et le sujet se sensibilise spontanément aux conditions de sa vie quotidienne jusqu'à provoquer lui-même le choc émotionnel qui déclenchera le trouble mental.

Tel est le cas de Marcelle L., 32 ans.

Aucun antécédent névropathique jusqu'en 1950. Elle fait à cette époque des oreillons avec manifestations encéphalitiques. Une ponction lombaire ne révèle rien d'anormal. Aussitôt après, apparaissent des céphalées, des crises d'hypersomnie, une asthénie marquée. Puis elle se montre intolérante à l'égard de son mari et de fréquentes disputes conjugales surviennent. Puis l'intolérance diffuse sur le plan alimentaire : elle ne peut plus supporter les ragouts, les sauces et elle se fait traiter « pour le foie ». Survient une grossesse au cours de laquelle tous les troubles disparaissent pour reprendre aussitôt après l'accouchement. Elle s'est progressivement brouillée avec toutes ses amies. Son ménage fortement ébranlé par ses troubles caractériels se brise enfin et son mari l'abandonne. Aussitôt après, réapparaissent les céphalées, l'hypersomnie, l'asthénie et, deux ans et demi après l'atteinte ourlienne, à l'occasion d'un rappel de son drame conjugal, s'installe une névrose anxieuse avec son cortège habituel d'angoisse, de dépression et d'insomnie.

Les traumatismes crâniens graves et aussi certaines interventions chirurgicales, surtout celles portant sur le petit bassin, paraissent se comporter comme les maladies infectieuses.

Lucien M., 68 ans, a toujours été un ouvrier patient et paisible. En 1950, il subit une prostatectomie. Immobilisé au lit par une suppuration de la paroi, il s'émeut, en lisant Zola, de la misère de la condition ouvrière. Par la suite, il se plaint d'asthénie et de quelques céphalées. Deux ans après l'intervention, une remarque injustifiée d'un contremaître déclenche une crise d'agitation violente : il se précipite sur le contremaître et doit être maîtrisé.

Du même ordre est l'observation de D..., arménien, réfugié en France après avoir vu massacrer toute sa famille alors qu'il avait 20 ans. Aucun trouble pathologique jusqu'à l'âge de 56 ans où il subit une prostatectomie. Par la suite, il se montre plus sensible aux troubles caractériels de sa femme. Il y a quelques années, il est effrayé par la présence à la maison de son beau-frère, interné à Villejuif et qui vient de temps en temps en permission. Lorsqu'en 1952, sa femme exigea à nouveau qu'il reçoive son beau-frère, il fut pris d'une asthénie intense, de troubles du sommeil, d'irritabilité. Un matin, vers 5 heures il se leva. Sa femme, réveillée, lui demanda aussitôt d'écrire sans tarder au médecin-chef de Villejuif pour solliciter une permission pour son frère. Il fut pris d'une brusque crise de fureur, se saisit d'une hache et fracassa le crâne de sa femme, puis s'enfuit errer en ville pendant trois jours avant de reprendre ses esprits et de se constituer prisonnier.

Moins dramatique, mais tout aussi spectaculaire est la réaction de André E..., 37 ans. Vers l'âge de 25 ans, il présente, à la suite d'une injection antitétanique, une réaction anaphylactique extrêmement violente. Puis, il fait une série d'accès paludéens. Par la suite se développent des phénomènes d'intolérance qui se traduisent un jour par une bagarre avec un camarade d'atelier. Ce fut pour lui un choc émotionnel important. Depuis ce moment, il souffrait de maux de tête et de troubles du sommeil. Lorsque, quelques mois plus tard, l'affaire fut évoquée devant le Tribunal, il fut pris, en pleine audience, d'une crise d'agitation violente qui amena le Président à le faire incarcérer séance tenante. Il se rua sur les gardiens de prison, les frappa et dut « être mis à la raison » et camisolé. Pas plus que le précédent, il ne garde aucun souvenir précis de son acte.

Le terrain, on le voit, est essentiellement caractérisé par un état allergique, soit diathésique (neuroarthritisme), soit acquis à la suite de tuberculose, de maladies infectieuses (surtout la diphtérie, la typhoïde, la scarlatine, les oreillons, la colibacillose, la grippe), de traumatismes accidentels ou chirurgicaux (interventions sur le petit bassin en particulier) et des chocs émotionnels graves.

Dans la plupart des cas, on note également une fragilité de la structure personnelle avec immaturation affective.

LA FORME CLINIQUE DES ACCIDENTS MENTAUX.

Elle est très diverse et l'on observe pratiquement toutes les formes cliniques. La plus fréquente est la névrose d'angoisse. Mais

on observe aussi des crises d'automatisme (fugue), des crises d'agitation confusionnelle, des crises d'épilepsie.

Ainsi, Madame L..., 52 ans, a subi en 1940, au cours de l'exode, de violents bombardements et elle a présenté à l'époque un bref épisode confusionnel.

Le 25 septembre 1945, elle reçoit la visite d'un couple qui avait partagé ses émotions pendant l'exode. On évoque des souvenirs dramatiques. Dans la nuit, elle fait pour la première fois, une crise d'épilepsie. Pendant 3 ans, depuis lors, une crise isolée s'est reproduite chaque année, fin Septembre. L'électroencéphalogramme montre un tracé perturbé de type comitial. Cependant, le rappel émotionnel a été nécessaire pour provoquer la crise.

Il en va de même pour certains accès maniaques ou mélancoliques.

Mademoiselle B..., a présenté quelques années après de graves conflits d'intérêt avec sa mère une crise d'agitation maniaque. Depuis lors, la crise se reproduit après un temps de latence d'un ou deux jours, chaque fois qu'une discussion ou qu'une lettre d'affaire lui rappelle la situation primitive.

Une première question se pose. Ces mécanismes sont-ils si fréquents ? Et s'ils le sont, comment n'ont-ils pas été observés plus souvent ?

En réalité, tous ces faits sont connus. Tous les psychogénistes connaissent le rôle pathogène des chocs émotionnels, mais ils n'invoquent pas un mécanisme allergique. Bien de auteurs, et particulièrement MARCHAND et COURTOIS, ont noté la fréquence des maladies infectieuses dans les antécédents des troubles mentaux, mais ils invoquent habituellement un processus lésionnel post-encéphalitique.

De très nombreux auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence de la tuberculose torpide dans les maladies mentales et spécialement la démence précoce (CLAUDE, BARUK, HYVERT, etc...) et la neurasthénie (AUBIN). Certains d'entre eux (BARUK en particulier) ont émis l'hypothèse d'un mécanisme allergique, mais sans invoquer de facteurs émotionnels. TINEL et SANTENOISE ont, il y a trente ans déjà, montré la parenté entre la crise d'anxiété, la manie, etc... et le choc hémoclasique. Mademoiselle PASCAL a décrit les psychocolloïdoclasies. Récemment, HAMON, PARAIRE et leurs collaborateurs ont montré que l'anxiété s'accompagnait, comme les chocs affectifs, d'une augmentation importante de l'histaminémie.

Quant à la symptomatologie clinique, elle a été dès longtemps finement analysée.

Cependant, l'opportunité m'ayant été donnée de pouvoir observer en série ces véritables névroses expérimentales qu'ont représenté les névroses de guerre, et de les observer à l'état naissant, j'ai pu préciser un schéma évolutif (choc émotionnel initial — phase d'élaboration des intolérances — choc déclenchant) et noter certains aspects de symptomatologie qui échappent souvent à un interrogatoire rétrospectif. Il est à peu près constant en effet, lorsqu'on essaie de reconstituer la symptomatologie prénévrotique par l'anamnèse, de se heurter à des résistances qui se traduisent par de l'oubli ou des dénégations.

Le choc émotionnel initial est souvent nié par le malade et n'est connu que par l'entourage.

L'hypersomnie de défense, bien que notée par les anciens auteurs, est pratiquement ignorée de la plupart des cliniciens. A vrai dire, elle n'est pas constante et s'observe surtout chez les sujets de type athlétique. PAVLOV avait fait une observation analogue sur ses chiens en expérimentation. Les crises de somnolence sont parfois prises pour des accès narcoleptiques. De même, l'alcoolisation de défense, qui semble répondre à un besoin phylactique, est souvent dissimulée. Elle rappelle celle des animaux de MASSERMAN en situation névrotique.

Enfin, la durée relativement constante de la phase prénévrotique évoque irrésistiblement l'idée d'un processus biologique identique.

Peut-on pour autant parler d'allergie ?

Les faits auxquels nous nous référons se traduisent cliniquement par des intolérances à certaines situations : il est donc légitime de faire appel à la notion de sensibilisation. D'autre part, ces intolérances se traduisent par des réactions anormales. Cette « capacité de réaction altérée » correspond exactement à la définition que Von PIRQUET donne de l'allergie.

Le schéma évolutif sur lequel nous nous appuyons est exactement calqué sur celui des processus allergiques.

Les symptômes précritiques, qui s'inscrivent entre le choc primitif et le choc déclenchant sont tous connus comme appartenant à la série allergique. Les intolérances alimentaires sont les plus banales à cet égard. Les intolérances sociales s'apparentent aux troubles du caractère décrits surtout chez les enfants allergiques

(instabilité, hyperkinésie, attitudes d'opposition, etc....) Alb. ROWE et G. RANDOLPH en ont apporté récemment de nombreux exemples cliniques. La céphalée observée chez nos malades a les caractères de la céphalée allergique décrite par EYERMANN et qui se distingue nettement de la migraine allergique classique : début localisé, habituellement sus-orbitaire, puis irradiation, avec souvent hypersecrétion nasale. L'asthénie intense, parfois accompagnée de lombalgie, de rachialgie, est également bien souvent signalée chez les allergiques.

Il manque, dira-t-on, la preuve biologique objective. Mais quelle preuve ? On ne peut invoquer le plus souvent que l'hypothèse d'une allergie tissulaire, d'une allergie d'organe selon la conception de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT. En pareil cas, il n'existe pas de test utilisable. Dans quelques cas cependant, cette allergie tissulaire paraît s'accompagner d'allergie humorale. Et en effet, TINEL et SANTENOISE ont montré que certains épisodes mentaux aigus s'accompagnaient de modifications de la formule sanguine rappelant le choc hémoclasique.

Peut-être d'ailleurs ce test existe-t-il et n'est-il tout simplement que le granulogramme de BENDA. L'étude très poussée qui en a été faite chez les malades mentaux, particulièrement par HYVERT, s'est traduite jusqu'ici par ce curieux paralogisme : le granulogramme est pathologique chez la majorité des tuberculeux et chez la majorité des psychopathes ; donc la majorité des psychopathes sont tuberculeux.

En fait, les remarquables travaux de HYVERT nous apprennent que le granulogramme pathologique est le témoin d'un processus commun à la tuberculose et aux maladies mentales. Est-il maladie plus allergisante que la tuberculose ?

Les arguments thérapeutiques plaident dans le même sens. Si la chrysothérapie, la sulfothérapie, la tuberculinothérapie et l'ingestion de P.A.S. ont une action favorable sur les maladies mentales, ne serait-ce pas qu'il s'agit de médications désensibilisantes non spécifiques ? Si le P.A.S. est un antibiotique, il est avant tout un dérivé salicylé et, à ce titre, un antiallergique. DAUSSY et ses élèves ont justement, dans les maladies mentales, comme JACQUELIN dans l'asthme tuberculeux, utilisé les vieilles médications dérivatrices (séton, cautère, etc...) Est-il besoin de rappeler la valeur des vieux traitements trop oubliés : l'abcès de fixation, l'autohémothérapie, la pyréthothérapie, etc... dont l'action désensibilisatrice est bien con-