nue ? Et l'efficacité remarquable de l'hyposulfite de magnésium, antiallergique par excellence ? Et la proténothérapie (injections de lait, de nucléinate de soude, etc...) qui resta la médication désensibilisante type jusqu'à l'apparition des antihistaminiques de synthèse dont les remarquables effets dans les psychoses aiguës comme dans certaines névroses ont été maintes fois signalés.

Enfin l'électrochoc lui-même n'a-t-il pas été utilisé avec succès dans diverses affections allergiques (eczéma, asthme) ? Lorsqu'il guérit un trouble mental, il normalise le granulogramme de BENDA ce qui s'expliquerait mal si ce dernier était le témoin d'un foyer bacillaire latent.

Nous avons vu que, parmi les mécanismes spontanés de défense qu'utilisent les malades dans la période de sensibilisation, on rencontre surtout le sommeil et l'alcoolisation.

Le sommeil paraît avoir une fonction assimilatrice, sans doute par le truchement du rêve. Et nous avons vu, chez nos anciens déportés qui ont guéri, apparaître le rêve sous forme de cauchemars de plus en plus précis jusqu'à la guérison. Il semble bien que, grâce à l'inhibition corticale réalisée par le sommeil, la situation traumatique puisse être revécue, après un certain délai, sans réveiller trop activement les réactions d'intolérance. Et ainsi s'obtient une désensibilisation à cette situation, désormais intégrée dans l'histoire du sujet. Peut-être les cures de sommeil agissent-elles de même façon. Et les comas insuliniques eux-mêmes, si l'on en croit SAKEL, paraissent agir d'autant mieux qu'ils s'accompagnent d'abréactions dans la phase précédant le réveil.

Ne peut-on trouver là une analogie avec l'action des narcoanalyses ? Et même des carbonarcoses qui semblent favoriser la reprise des rêves ?

Toute psychothérapie ne tend-elle pas à la reviviscence dans un climat de sécurité des conflits affectifs inassimilés ? Nous avons noté que les chocs émotionnels pathogènes étaient liés à des situations vécues par le sujet comme dépassant ses possibilités de réaction. Ce sont des situations d'impasse, ou des situations de conflit, exclusives de toute parade, où le sujet ne peut trouver de secours ni en lui-même ni autour de lui. Ce n'est pas tant l'événement qui est traumatisant que le vécu dramatique de la situation. La psychothérapie réalise

une situation artificielle, qui permet la reviviscence de l'événement en sécurité, sous la protection du psychothérapeute ou avec le secours du groupe psychothérapique.

Cette notion de protection est celle précisément qui a été décrite par BILLARD sous le nom de phylaxie. Il s'agit essentiellement pour lui de la protection, par un produit déterminé, de la cellule cérébrale, contre l'agression toxique d'un autre produit (le sulfate de spartéine contre le venin de vipère, le chloroforme contre la toxine tétanique, etc...). Les anesthésiques, et particulièrement l'alcool, semblent agir comme phylactisants. Et l'on peut trouver là, peut-être, une explication au phénomène d'alcoolisation de défense observé au cours de la phase de sensibilisation. Ce besoin physiologique de phylaxie se traduit à ce moment, nous l'avons vu, soit par une augmentation du besoin de sommeil, soit par une appétence et une tolérance accrues pour l'alcool. Ce qui confirme la nécessité d'associer une psychothérapie aux mesures de sevrage. On peut même envisager une hypothèse pathogénique pour les accidents mentaux de l'alcoolisme. Le processus serait le suivant : sensibilisation émotionnelle ; protection par l'alcool (phase d'augmentation de la tolérance pendant 6 mois à 2 ans) ; sensibilisation progressive aux produits de désintégration (acétaldéhyde, acide pyruvique). Et l'on voit s'établir le cercle vicieux nécessitant l'augmentation de la dose d'alcool pour protéger la cellule cérébrale contre les produits de désintégration eux-mêmes en augmentation. Ce qui expliquerait la perte de tolérance à l'alcool caractéristique de la phase cruciale. Et aussi que la suspension brusque de la phylaxie alcoolique entraîne (après un temps de latence de un ou deux jours, comme dans les accidents allergiques) des accidents encéphaliques eux-mêmes stoppés par l'injection d'alcool ou par l'injection d'un toxique neurotrope (strychnine). Ainsi s'expliquerait également la suppression temporaire du besoin de boire après un accident paroxystique (tout accident allergique, comme d'ailleurs tout choc, désensibilise transitoirement).

A la lumière de ces faits, quelle conception d'ensemble peut-on proposer ?

De nombreux auteurs, au premier rang desquels il faut citer TINEL et SANTENOISE, BARUK, HYVERT, ont montré l'importance des facteurs allergiques dans la genèse des troubles mentaux. D'autres,

et particulièrement toute l'école psychanalytique, ont souligné l'importance des facteurs émotionnels.

Certes, les premiers ne se désintéressent pas des circonstances vitales et les seconds pensent avec FREUD que les mécanismes qu'ils décrivent sont essentiellement biologiques.

Chacun s'accorde à penser que des chocs émotionnels ne suffisent pas pour provoquer une maladie mentale et la notion de terrain s'impose à l'esprit. Les nombreuses observations que j'ai dépouillées depuis que mon attention a été attirée sur les mécanismes d'apparence allergique me confirment dans la conviction que le terrain comporte avec une très grande fréquence une composante allergique.

Que cette allergie soit souvent d'origine tuberculeuse, c'est vraisemblable, mais les chiffres que nous propose HYVERT me semblent dus à ce qu'il prend pour tuberculose tout ce qui est simplement allergie. Aucun des signes qu'il donne — et que j'ai habituellement retrouvés — aucune des thérapeutiques qu'il emploie avec succès — et que j'utilise également — n'ont de spécificité.

Par contre, dans bien des observations, on ne trouve pas trace de tuberculose, mais on constate en revanche un état allergique d'une autre origine.

Et tout d'abord, la vieille diathèse neuroarthritique. C'est l'« allergic man ». Beaucoup de nos sujets en ont la symptomatologie personnelle. Chez les autres, la diathèse se retrouve avec netteté chez les parents. Et l'on sait qu'un seul ascendant allergique donne 50 % de chances d'être allergique, les deux ascendants donnant 75 % de chances.

Mais il y a surtout les allergies acquises à la suite de maladies infectieuses neurotropes : typhoïde, scarlatine, colibacillose, oreillons, diphtérie, etc... Et aussi les allergies consécutives à des traumatismes cérébraux ou à des interventions chirurgicales. On sait que des albumines homogènes modifiées, telles celles qui résultent d'une attrition cérébrale ou d'une section de tissus, sont capables de provoquer un état allergique. Il en va de même parfois d'un corps étranger inerte ou d'une suppuration prolongée à proximité du cerveau (otite chronique, sinusite, périostite du maxillaire, infections dentaires sur lesquelles insistent beaucoup les américains, etc...).

Or, j'ai noté, après bien d'autres, l'extrême fréquence d'antécédents de ce type dans le passé des psychopathes.

Par ailleurs, dans presque tous les cas, on constate l'influence déterminante d'éléments émotionnels. C'est une émotion de rappel qui déclenche presque toujours le trouble. C'est l'émotion qui est l'allergène. Toute la difficulté est de passer de la notion d'allergie physique à la notion d'allergie émotionnelle. Tout se passe en effet comme si l'émotion était investie par l'allergie physique et qu'ainsi soit constitué un état de sensibilisation à l'égard de l'allergène émotionnel. Ou encore, lorsque l'affection allergisante succède à l'émotion, comme si cette émotion participait désormais à l'état allergique.

Certes, il est bien difficile d'apporter la preuve biologique, à plus forte raison expérimentale, de cette hypothèse. Que l'émotion puisse se comporter comme une allergène, cela est de constatation banale. Etienne BERNARD a signalé des observations d'asthme provoqué par l'image d'une rose chez un sujet sensibilisé à l'odeur de rose, ou encore par le papier fleuri de la tapisserie chez un allergique au pollen. On connaît aussi la célèbre observation de la crise d'asthme provoquée par le rêve du bouquet de roses. Pour nous, cela n'ajoute rien à ce que nous savons de l'angoisse réveillée par la reviviscence, à l'état de veille ou de sommeil, d'une émotion traumatisante.

Encore qu'il ne faille pas confondre ces phénomènes véritablement allergiques, puisque correspondant à une réaction anormale, avec les simples phénomènes d'hyperergie. Dans ces cas, il s'agit de simple sensibilisation et on ne constate qu'une réaction exagérée, bien que normale, à une situation donnée. Hyperergie et allergie relèvent certes de mécanismes voisins, mais leurs manifestations diffèrent de nature exactement comme les troubles du caractère (sensibilisation) diffèrent des troubles mentaux (allergie).

On connaît d'autre part les concomitants biologiques de l'émotion et rien n'empêche d'imaginer que c'est par l'intermédiaire d'un excès d'histamine ou d'acétylcholine que l'émotion se comporte en allergène.

Parmi les diverses conceptions modernes de l'allergie, celle de DANIELOPOLU (de Bucarest) paraît ouvrir la voie à des hypothèses plausibles.

Pour lui, tout allergène provoque dans l'organisme des mécanismes de défenses se traduisant par la production d'anticorps. Les

anticorps ne peuvent se produire qu'en étroite union avec la choline contenue dans tous les tissus de l'organisme. A mesure que se développent les anticorps, la concentration en choline augmente dans les tissus. Dans ce complexe anticorps-choline, les anticorps assurent une immunité spécifique, tandis que l'hyperconcentration en choline produit une anaphylaxie non spécifique. Il suffit d'imaginer qu'un produit, spécifique d'une émotion, se combine avec ce facteur anaphylactique non spécifique pour lui conférer une spécificité.

En fait, tout se passe en clinique comme si un phénomène de cet ordre se produisait.

Dès que le facteur anaphylactique et le facteur émotionnel se sont combinés, on voit apparaître une sensibilisation progressive se traduisant d'abord par des manifestations hyperergiques, ou d'intolérance. L'émotion initiale n'est pas encore évoquée. Simplement, ce qui la rappelle par contiguité dans le temps ou dans l'espace, ou par tout autre mode symbolique, produit des phénomènes d'intolérance. Cette hypersensibilité favorise à son tour d'autres émotions intenses à l'occasion d'événements bénins qui se trouvent ainsi chargés de signification. Et par un jeu d'interactions et de liaisons émotionnelles, se crée un véritable réseau de situations sensibilisantes qui enserre le sujet et le condamne à une subanxiété permanente. C'est à ce moment qu'il se défend parfois par la boisson ou par le sommeil. Mais l'émotion primitive tend à resurgir elle-même. Et ceci exige une longue période d'incubation. Nous avons vu que cette période varie de quelques mois à quelques années, la plus grande fréquence s'établissant à deux ans environ. C'est alors seulement que l'événement traumatisant initial tend à apparaître dans les rêves, provoquant souvent l'insomnie. Puis un événement minime, un rappel inconscient (tel l'anniversaire) ou symbolique, éveille tout à coup une résonance émotionnelle intense et c'est le choc déclenchant : angoisse le plus souvent, parfois agitation, crise délirante, voire crise syncale ou même épileptique. Dans les cas simples et si le choc est violent, l'accident mental reste isolé, car tout choc désensibilise pour un temps. Il se reproduit quelques semaines ou quelques mois plus tard. Mais le plus habituellement, la période d'intolérance a favorisé des sensibilisations multiples et l'allergie émotionnelle se manifeste dès lors à propos du moindre événement. Est-ce à dire qu'elle a

perdu toute spécificité ? Plutôt qu'elle a acquis des spécificités multiples...

L'observation suivante montre l'intrication des phénomènes. Guy, 21 ans, syndrome schizophrénique. Père asthmatique. Mère urticarienne.

En août 1941 (10 ans), coqueluche grave qui lui est transmise par une petite cousine à laquelle il était très attaché. On traite cette coqueluche en « le bourrant de sulfamides ».

En mars 1942, la petite cousine est tuée, ainsi que l'oncle et la tante, dans un bombardement. Il en est très affecté. « Tous les malheurs datent de là » affirme la mère. Dès lors, lui qui était très bon élève, ne travaille plus que médiocrement.

En janvier 1943, décès brutal du père. Choc émotionnel intense.

En août 1943, apparition des premières angoisses avec idées de mort. Puis, primo-infection avec température : il reste alité pendant trois mois. A ce moment, les angoisses s'accroissent : sensation de mort imminente ; puis surviennent quelques crises de dépersonnalisation (sensation de dédoublement). Cependant, il reprend sa scolarité. Les troubles s'atténuent pour reparaitre brusquement en 1945 à l'occasion d'une opération de phimosis (deux ans après la mort du père). Vers la même époque, il fait un devoir de classe tout chargé d'émotion sur le thème « la mort d'un petit chien ». La circoncision a été faite en raison de sa masturbation. Un psychiatre lui reproche son vice et lui fait des narcoses. Il est persuadé qu'on en a profité pour le lobotomiser. Quelques échecs sexuels par la suite le persuadent que son impuissance est la punition de son sadisme et la suite de la lobotomie.

Cependant, il continue sa scolarité, mais est renvoyé à la fin de l'année 1946. Refusé à la première partie du baccalauréat en juillet 1949, il est reçu avec mention bien en octobre dans des circonstances qui mettent à l'épreuve son sentiment d'honnêteté. Il fait aussitôt après une furonculose qui est traitée à la pénicilline. La deuxième partie et la première année de faculté se passent bien. Mais en 1951, étant au volant, il renverse un cycliste et, sur les conseils de sa mère, il prend la fuite. Un an plus tard, il renverse à nouveau un cycliste. Cette fois, il s'arrête et est mis hors de cause, mais il fait aussitôt une phase de dépression anxieuse et délirante : il croit avoir tué le cycliste, on l'empoisonne (présente des troubles digestifs).

En 1950, sur les conseils du médecin de famille, on lui avait procuré une « éducatrice sexuelle ». En 1952, il a des relations sexuelles avec une jeune fille amie de la famille. Il devient de plus en plus délirant et se traite de sadique. La symptomatologie se précise. Mais les troubles évoluent par bouffées anxieuses, fugues, colères violentes. Il se plaint souvent de troubles digestifs (comme son père qui est mort d'ulcus perforé). Amélioration importante après traitement de désensibilisation, cure de sakel et psychothérapie.

A noter, peu avant l'apparition des troubles délirants, un coryza spasmodique et des céphalées à type sus-orbitaire et occipital.

On voit là l'intrication des facteurs allergisants et des facteurs émotionnels. Ces derniers se manifestent sur le plan pathologique un ou deux ans après l'émotion primitive. Le premier thème (mort) apparaît deux ans exac-

tement après la première affection allergisante (coqueluche + sulfamides) et quinze mois après la mort de la petite cousine. Il est renforcé onze mois après la mort du père et trois mois après l'accident tuberculeux.

Il reprend deux ans après la mort du père à l'occasion d'une émotion de rappel (circoncision). La circoncision, elle-même pratiquée en raison de la masturbation qui est stigmatisée par un psychiatre, est vécue comme une punition. L'action thérapeutique du psychiatre sera vécue de même façon (impression d'avoir été lobotomisé et rendu impuissant).

Trois ans plus tard, en 1943, un conflit moral (bachot obtenu dans des conditions douteuses) provoque une poussée de furonculose qui est abondamment traitée par la très allergisante pénicilline. En 1951, nouveau conflit moral (délit de fuite). Un an plus tard, à l'occasion d'une émotion de rappel (tamponne un cycliste), déclenchement des troubles délirants sur un nouveau thème issu des deux premiers. L'empoisonnement est une punition mais aussi l'explication des troubles digestifs qu'il présente (vomissements et douleurs gastriques) ceux-là mêmes que présentait son père avant de mourir.

Un autre conflit moral évolue simultanément: initiation sexuelle en 1950; déclenchement des troubles anxieux et délirants en 1952 à l'occasion de rapports sexuels avec une jeune fille. Un nouveau thème apparaît: il est sadique; mais ce thème s'allie aux thèmes antérieurs: on l'empoisonne, le père de la jeune fille va le tuer. Aux bouffées anxieuses et délirantes s'entremêlent désormais des crises de dépersonnalisation, voire d'agitation catatonique. Une psychothérapie, cependant, précédée de médications désensibilisantes, amène une sédation des troubles.

Et ce cas nous amène à nous demander quel est le processus d'installation de la schizophrénie.

A la faveur de la sensibilisation allergique de l'organisme, des émotions, en nombre de plus en plus grand, deviennent allergènes. Il arrive un moment où le cerveau est soumis à des chocs pratiquement ininterrompus. Et l'on sait depuis bientôt un siècle que la répétition et l'interférence d'excitations produit sur l'écorce cérébrale des phénomènes d'épuisement et d'inhibition. Cette inhibition est-elle liée à un mécanisme toxique comme le pensent BARUK, BUSCAÏNO et quelques autres? Ce toxique est-il un produit d'autolyse, s'agit-il d'une inhibition de l'acétylcholine dans le tissu nerveux comme le pensent FAZIO et SACCHI? Quel est le rôle du foie, principal éliminateur de l'histamine en excès, dans ces perturbations métaboliques? C'est aux physiopathologistes de nous éclairer sur ces points.

Il faut noter encore que de telles réactions pathologiques requièrent un système nerveux jeune ou immature. Et dans la grande majorité de nos observations de schizophrènes, cette notion d'immaturité, sur laquelle j'ai insisté par ailleurs, est frappante. Les

schizophrénies tardives requièrent habituellement des chocs émotionnels plus intenses et une allergisation plus profonde. Ainsi que l'avait déjà noté de CLÉRAMBAULT, la loi de l'âge régit les manifestations syndromiques quels que soient les facteurs étiologiques en cause.

Je voudrais, pour terminer, montrer comment cette hypothèse s'accorde avec la plupart de nos constatations cliniques.

J'ai déjà signalé la fréquence des affections allergisantes (et en tout premier lieu de la tuberculose) dans les années qui précèdent l'éclosion des troubles.

Chacun s'accorde à reconnaître une phase prodromique à la plupart des manifestations mentales. Mais les symptômes sont diversement appréciés. L'asthénie est constante, et HYVERT la considère comme une preuve d'imprégnation bacillaire. Mais toute allergisation s'accompagne d'asthénie, souvent de fébricule. Les troubles caractériels sont essentiellement des phénomènes d'intolérance (hyperergie). Ils font cortège à d'autres intolérances, à l'égard des aliments, et aussi du métier, du cadre de vie (appartement, etc...).

Les céphalées sus-orbitaires et les réactions exsudatives pituitaires font penser à des phénomènes congestifs du cerveau antérieur. Les malades, parfois aussi les chirurgiens, pensent plus volontiers à une sinusite et le nombre des névrosés ayant subi une trépanation des sinus dans les années précédant l'éclosion des troubles est assez frappant.

On sait qu'une attrition cérébrale peut allergiser le cerveau. Le trauma tissulaire s'accompagnant habituellement de chocs émotionnels, on peut mieux comprendre la signification de cet étrange syndrome subjectif des traumatisés du crâne et son apparition parfois tardive.

On comprend plus difficilement l'action analogue des interventions sur le petit bassin. Cependant, c'est un fait clinique qu'elles sont parfois suivies de troubles mentaux aigus après un intervalle plus ou moins long, ce qui évoque un mécanisme allergique. Il semble que le cerveau puisse se sensibiliser à divers produits hormonaux et particulièrement à la folliculine. C'est un fait qu'une émotion grave au moment des règles peut-être suivie, après un délai de plusieurs mois et souvent d'une année, de manifestations anxieuses menstruelles qui souvent sont déclenchées par des émotions rappelant le choc émo-

tionnel primitif. De récents travaux sur l'allergie à la folliculine confirment cette hypothèse.

En voici un exemple. Colette 23 ans, fille unique, immaturée (infantile jusqu'à 16 ans). A 16 ans, étant en pension où elle vit dans une atmosphère de terreur du fait d'une maîtresse qui la tyrannise, elle a ses premières règles qui l'impressionnent et elle se fait une fracture de la rotule qui nécessite une intervention sous rachianesthésie. Ces deux événements la bouleversent. Depuis lors, elle manifeste une nervosité anormale, elle dort exagérément. Puis elle devient susceptible et présente quelques insomnies. Elle en vient à ne plus rien pouvoir supporter et donne un jour une correction magistrale à une de ses amies, pour un motif futile. Elle passe quelques mois dans une Maison de Santé où on lui fait sans succès des narcoanalyses.

Deux ans et demi environ après l'intervention, elle présente des accidents caractérisés par : éternuements répétés, écoulement nasal abondant, céphalées, puis apparition d'un délire mystique qui nécessite son hospitalisation. Elle subit des électrochocs, une cure de sommeil, une cure de Sakel. Elle guérit apparemment. Mais depuis lors, elle présente chaque mois, dix jours avant les règles, des céphalées, des douleurs lombaires, puis des éternuements et un coryza et aussitôt après un épisode délirant de type schizophrénique. Le tout dure une quinzaine de jours. Entre temps, elle est parfaitement normale.

Le mécanisme allergique de cette schizophrénie « à éclipse » est ici patent. Le choc émotionnel primitif était complexe : survenue des règles et intervention chirurgicale dans une atmosphère d'insécurité morale. On retrouve la période de latence de deux ans et demi, caractérisée par les réactions hyperergiques, et le déclenchement des troubles non sous l'influence d'une émotion de rappel, mais sous celle de la poussée folliculinique périodique.

*
**

Les conclusions que nous aimerions tirer de cet exposé sont les suivantes :

On retrouve avec une très grande fréquence dans le processus d'installation de la plupart des névroses et d'un nombre important de psychoses un schéma dont la netteté est fort variable, mais qu'une enquête soigneuse permet habituellement de préciser. Ce schéma est le suivant : un événement est vécu par le sujet comme un danger grave pour sa personnalité. Le choc émotionnel est en apparence bien supporté. Dans les mois qui suivent apparaissent progressivement des troubles mineurs consistant essentiellement en intolérances diverses (caractérielles, sensorielles, digestives) en même temps qu'on note des céphalées, une asthénie intense, des troubles du sommeil (souvent de l'hypersomnie) et parfois une alcoolisation de défense. Après un délai variant de 6 mois à plusieurs années, mais très souvent de

l'ordre de deux ans, un nouveau choc émotionnel, minimise cette fois, déclenche les troubles pathologiques.

Le terrain comporte très habituellement une immaturité nerveuse, et l'on rencontre dans les antécédents avec une fréquence qui exclut le hasard soit une atteinte tuberculeuse, soit des accidents allergiques (asthme, eczéma, urticaire, etc...) soit une attrition cérébrale ou une suppuration crânienne, soit une maladie infectieuse neurotrophe. Ces accidents précèdent ou suivent de peu le choc émotionnel primitif.

Le schéma évoque l'allergie : événement hétérogène, inassimilable par la personnalité, période de sensibilisation avec réactions d'intolérance (hyperergie) et exacerbation des mécanismes de défense (sommeil), enfin déclenchement des troubles pathologiques sous l'influence d'un rappel de l'événement primitif.

Le terrain est celui de l'allergie nerveuse, qu'il s'agisse du neuroarthritisme héréditaire ou d'une fragilisation acquise.

Il est donc vraisemblable que le mécanisme en cause est de nature allergique.

Bien sûr, il n'est pas question de réduire les troubles mentaux à une sorte d'urticaire cérébral. L'allergie est un processus biologique très général dont seuls ou presque les aspects humoraux et tissulaires ont été jusqu'à ce jour étudiés. Les mécanismes que nous invoquons se situent, non plus au niveau d'organes apparents, mais au niveau des zones nerveuses les plus élevées dans la hiérarchie fonctionnelle. Sans qu'on puisse prétendre assigner une localisation à cette allergie mentale, on doit reconnaître qu'elle semble s'accompagner de phénomènes congestifs du cerveau antérieur dont témoigneraient les céphalées sus-orbitaires et l'hypersecretion de la muqueuse pituitaire.

Cette hypothèse a le mérite de souligner l'importance de la période précritique et de la symptomatologie d'alarme qui la caractérise (céphalées, asthénie, troubles du sommeil, le tout consécutif à un choc émotionnel sur terrain allergique). Elle invite à la vigilance à cette période où une thérapeutique préventive a des chances d'être utile.

Au point de vue médico-légal, le rôle de l'émotion pathogène semble devoir être retenu, particulièrement en ce qui concerne les événements de guerre, même et surtout si ses effets ne se font sentir qu'après plusieurs années.

Sur le plan thérapeutique on conçoit que toute technique visant à l'assimilation d'événements ou de modes de vie traumatisants (psychothérapie, sociothérapie) et toute médication permettant la protection, la désensibilisation (ou la déconnection) nerveuse sont susceptibles de rendre de précieux services.

Sans doute s'agit-il là d'une physiopathologie encore bien superficielle. Je n'ai voulu, me basant sur une longue observation de faits nombreux et convergents, que vous soumettre une hypothèse. Car, si l'on en croit Charles DARWIN, « sans hypothèse, il ne saurait y avoir d'observation féconde ».

DISCUSSION

Dr. COURCHET. — Je suis reconnaissant à M. SIVADON d'avoir attiré notre attention sur la valeur de notions cliniques telles que celles du phénomène préparant, du temps de latence, du phénomène déclenchant, de l'hypersomnie symptôme de défense. Elles me paraissent fondamentales et appelées à être divulguées, et leur divulgation rencontrera de la résistance dans la stricte mesure où les esprits se partagent entre un intellectualisme ou un mécanisme à outrance. Une patiente de ma pratique a présenté un tableau clinique que l'étude d'ensemble de M. SIVADON explique complètement. Mère de trois grands enfants, sa quatrième grossesse différa des autres en ce qu'elle fut tardive (50 ans), supportée avec agacement, voire vague sentiment de culpabilité. L'accouchement à terme se compliqua de circulaire du cordon, responsable d'une hémorragie cérébro-méningée probable de l'enfant. Comitial, caractériel grave, arriéré mental, l'enfant mit durant sept ans à lourde épreuve l'équilibre affectif de sa mère ; qui pourtant ne présenta aucun trouble nerveux : période de latence, la maladie se déclencha le lendemain d'un incident particulièrement suggestif : seul dans l'auto avec sa mère, l'enfant tenta brusquement de l'étrangler. Cette maladie se caractérisa par des attaques narcoleptiques à début brusque, survenant le plus souvent en automobile, certaines attaques duraient jusqu'à 24 heures sans rémission. Fait particulier, non seulement les circonstances préparantes mais le traumatisme déclenchant furent scotomisés. Cette maladie guérit rapidement par psychothérapie.

Il semble, dans les observations que cite M. SIVADON, que ce soient surtout les sujets du type « athlétique » qui fussent atteints d'accès hypersomniques. L'auteur nous rappelle qu'ils essaient de l'alcool, et avance que l'alcool aurait une fonction biologique de « phylaxie », de protection de la cellule nerveuse. Je signalerai qu'étudiant une série de sujets psychomoteurs atteints de crises d'inhibition motrice, j'ai constaté la quasi constance de la soif hydrique paroxystique. Tout se passait comme si l'activité régressive orale que traduit ce symptôme de soif était contemporaine ou corollaire de l'inhibition de motricité. Il me semble possible que la soif éthylique des malades hypersomniques de M. SIVADON obéisse à un pareil déterminisme. Ne signale-t-il pas d'ailleurs, à une autre tribune scientifique, que certains de ses sujets ne toléraient pas l'alcool ?

Dr. DESHAIES. — Le Dr. SIVADON nous a fait un exposé très agréable et non dépourvu d'une élégante désinvolture. Il a pris soin de nous avertir

lui-même qu'il formulait des hypothèses, au sujet desquelles il ne pourrait fournir de démonstration. Cette position borne beaucoup les critiques que l'on serait tenté d'exprimer.

Quelques remarques très générales semblent néanmoins permises.

Tout d'abord les phénomènes d'allergie s'avèrent très généraux et très banaux.

Ensuite, au point de vue biologique, la notion d'allergie n'est pas tellement précise. Les auteurs les plus autorisés, comme l'a noté SIVADON, divergent dans leurs interprétations. M. SIVADON ne nous a-t-il pas, par exemple, tantôt parlé d'allergie, tantôt d'anaphylaxie, sans que l'on sache bien s'il en distinguait les phénomènes ou s'ils les confondait ? A cette notion ne répond donc pas une explication de valeur méthodologique et scientifique assurée

Nous pouvons craindre que l'emploi de la notion d'allergie en psychiatrie se réduise à une transposition des termes psychologiques et psychopathologiques en termes biologiques, ce dont nous avons eu déjà de nombreux et fâcheux exemples. Il n'en reste pas moins que chacun a le droit de formuler des hypothèses, et l'on ne peut que remercier M. SIVADON de s'y être employé aussi bien.

Dr. MARTY. — Je tiens d'abord à féliciter notre Collègue, le Dr. SIVADON, de la richesse de l'exposé qu'il vient de faire, de l'abondance du matériel qu'il a apporté, et aussi de l'intérêt de la perspective dans laquelle il s'est placé en rapprochant les uns des autres, des phénomènes classiquement très distincts.

Si j'ai bien compris sa pensée, le Dr. SIVADON se demande quelle est la valeur du parallélisme qu'il vient de souligner entre certains mouvements d'ordre pathologique mental, d'une part, et des mouvements d'ordre allergique, d'autre part ; il se demande même si les mécanismes de « l'allergie organique » ne constituent pas une espèce de dénominateur commun de phénomènes situés en des plans très divers.

Le voisinage, chez un individu donné, de réactions du type allergique et d'états psychopathiques peut se présenter sous diverses formes parmi lesquelles la succession de ces manifestations dans le temps suggère particulièrement l'existence d'une espèce d'unité d'action. Je pense à un jeune malade tuberculeux pulmonaire, et récemment asthmatique, qui présenta il y a quelques jours, deux crises asthmatiques importantes. La première fois, la thérapeutique médicamenteuse immédiatement appliquée fit disparaître rapidement la crise mais, pendant son décours, un état confuso-onirique s'installa progressivement, qui dura plusieurs heures. La seconde fois, tout se passa de la même façon, à cette différence près que le phtisiologue, averti, entreprit d'obtenir un contact affectif avec le patient pendant la venue de

l'état confusionnel. Et l'état confusionnel se transforma très rapidement en une conversation, en un échange parfaitement adapté avec le médecin.

Je ne crois pas, cependant, que le matériel devant lequel nous sommes ce soir, nous permette d'interpréter les manifestations psychopathiques dont il est question comme l'expression suivie, dans la vie de relation, de variations humorales de type allergique sous jacentes.

Ce qui, à mon sens, se dégage de commun entre les manifestations psychopathologiques et les manifestations du type allergique telles qu'elles nous ont été présentées, c'est la notion de prise de distance de l'objet, que nous pouvons imaginer grossièrement sous la forme de prise de distance vis-à-vis de la mère. Les mécanismes allergiques ne sont d'ailleurs pas les seuls mécanismes somatiques du genre.

La distance de la mère s'exprime déjà chez le fœtus, à travers la barrière placentaire, et sous formes de modifications humorales qualitatives et quantitatives. On peut se demander si un certain nombre de réactions allergiques ne trouvent pas là tout au moins une partie de leurs origines. Ultérieurement les fonctions respiratoires de la peau semblent les voies les plus importantes des mouvements de distance au moment de la naissance ; puis vient le mode digestif, enfin les manifestations motrices et névrotiques s'installent, lesquelles, comme les précédentes, constituent un système de relation avec la mère, leurs modifications qualitatives établissant un dosage ou, si l'on veut, une prise de distance déterminée. Ultérieurement encore, la possibilité de prise d'une distance effective, géographique — notion que les auteurs laissent souvent dans l'ombre — complète ce tableau. Il est évident que, dans cet ensemble, je ne tiens compte que d'un certain nombre de facteurs fonctionnels et que, de plus, tous ces facteurs sont étroitement imbriqués entre eux, et de ce fait, nécessitent un long travail pour être dégagés dans la présentation d'observations cliniques.

Dans les situations conflictuelles les plus diverses, l'individu réagit souvent par une prise de distance particulière vis-à-vis de l'objet, de la mère, avon-nous convenu plus haut, même si la mère ne semble pas directement en cause. Cette prise de distance peut se faire sur plusieurs plans plus ou moins régressifs qui sont quelquefois « utilisés » successivement selon des modalités qui ne peuvent être discutées que devant une observation clinique déterminée. Les mécanismes allergiques se situent sur un des plans les plus régressifs, les plus archaïques. Nous avons récemment montré avec M. FAIN, à propos de la tuberculose pulmonaire, le jeu de quelques-unes de ces variations, de ces changements d'étage, de ces combinaisons. L'utilisation successive de différents niveaux — du type allergique d'une part, du type psychopathologique d'autre part en ce qui nous intéresse ce soir, n'implique pas ainsi un lien direct de causalité entre ces niveaux.

Quant au fait que nous a présenté le Dr. SIVADON, de la ressemblance quelquefois frappante entre les modalités de certaines réactions psychopathologiques et les modalités de certaines réactions du type allergique, je crois qu'il tient surtout à un phénomène souvent observé dans la perspective évolutive, phénomène de répétition selon lequel un mouvement donné reproduit dans une certaine mesure, l'allure des mouvements évolutivement antérieurs.

Dr. TUSQUES. — Je crains qu'on ne s'engage dans une très grande équivoque. Je crains qu'on ne confonde la série des techniques biologiques et la série des techniques psychologiques ; or elles sont radicalement différentes. Quand on parle d'allergie émotionnelle on évoque un fait *significatif* ; mais ce qu'on appelle allergie est un phénomène qui n'est pas significatif du tout. J'ai pensé, sachant le titre de cette conférence, que le Dr. SIVADON allait nous parler des phénomènes de sensibilisation, ou de l'allergie cérébrale. Mais pas du tout. Il nous avertit qu'en matière d'allergie il n'y connaît pas grand'chose, que personne d'ailleurs n'a l'air de savoir ce que c'est ; et puis il introduit les émotions et les traite comme allergènes. Il y a là une grave ambiguïté, qui consiste à traduire en langage médical, en termes de laboratoire, ce qui est du domaine propre des sciences morales. Ce passage d'une terminologie à l'autre s'accepte dans le langage courant, à titre métaphorique, mais dans une discussion scientifique, il brouille littéralement les cartes. Dès lors on parle d'anaphylaxie, de stress, de je ne sais encore quel terme nouveau de la série biologique, et on en arrive à ne plus donner aucun sens à ces mots.

Dr. FOUQUET. — M. SIVADON a fait allusion au rôle des émotions dans la pathogénie de certains cas d'alcoolisme. On peut évoquer à ce propos les travaux originaux d'Oscar DIETHELM qui, dans le cadre de ses recherches sur l'Alcoolisme, a montré, en dehors des facteurs sociaux et culturels, les faits suivants: chez des individus alcooliques, en période d'abstinence, certains types d'émotion (surtout l'état de « ressentiment ») font apparaître dans le sang une substance spéciale dont les effets cholinergiques sont mesurables sur l'intestin du lapin. Cette modification humorale n'est pas spéciale aux alcooliques mais chez eux le rôle phylactique de l'ingestion d'alcool se manifeste par la disparition rapide et aisée de cette substance.

En ce qui concerne l'existence même de la maladie alcoolique qui atteint certains sujets à l'exclusion des autres, la théorie allergique représente la tentative d'explication biologique la plus ancienne. A la suite d'une observation de TOULOUSE (1896) et après les tentatives thérapeutiques de SAPELIER et DROMARD (1904), à diverses reprises — et je ne sais si ces intermittences sont significatives ! — de nombreux auteurs étrangers ont repris le problème. Récemment ROBINSON et VOETGLIN en 1952 (rappelant les travaux français de LOISELEUR 1948 sur l'hypothétique production d'anticorps dans l'orga-

nisme sous l'influence de l'alcool) rapportent le caractère négatif de leurs recherches expérimentales sur l'animal et chez l'homme.

Dr. LAGACHE. — Monsieur SIVADON éprouve une difficulté à concevoir que l'émotion puisse entrer dans l'organisme à la façon d'un anticorps. On peut décrire plus facilement les faits qu'il rapporte en considérant que l'émotion met le sujet en relation avec un objet, bon ou mauvais, que le sujet accepte ou refuse. Les relations d'objets phantasmatiques, projection ou introjection, jouent un grand rôle dans les processus inconscients, en particulier au début de la vie où, suivant certaines conceptions psychanalytiques, ces relations d'objets phantasmatiques sont immanentes à des expériences corporelles, à un stade où la perception du monde extérieur et l'action sur le monde extérieur sont très précaires. L'observation psychanalytique et la médecine psychosomatique des tous jeunes enfants peuvent ainsi jeter une lumière sur la formation de fragilités organo-végétatives et d'hyperémotivités que l'on considère en général comme constitutionnelles. Chez l'adulte on peut observer la coïncidence de la fragilité organo-végétative avec un syndrome « persécutif » constitué par la projection et l'introjection sans fin de mauvais objets. La fragilité organo-végétative se montre ordinairement plus rebelle. Cependant la psychothérapie peut l'amender parallèlement aux relations persécutrices. Certains auteurs, dans leur description de la cure psychanalytique, ont mis l'accent sur l'incorporation de bons objets ou de doses fractionnées de réalité. L'hypothèse de relations d'objets phantasmatiques immanents aux expériences corporelles peut ainsi permettre d'attaquer de façon nouvelle le problème des relations du biologique et du psychologique.

Dr. SIVADON. — Je remercie Mr. COURCHET de la confirmation qu'il apporte à mes constatations cliniques. Je le répète, les faits auxquels je me suis référé ont déjà été signalés par divers auteurs. Mais il est notable qu'ils échappent souvent à l'observation de ceux qui ne les recherchent pas attentivement. Et je pense comme Mr. COURCHET que s'ils passent si souvent inaperçus, c'est qu'ils sont sans signification pour beaucoup en raison d'attitudes doctrinales soit intellectualistes, soit mécanicistes. Mon effort a consisté à tenter de les valoriser en leur donnant une signification biologique générale.

Cette démarche, Mr. DESHAIES a fort bien compris qu'elle n'était encore qu'un tâtonnement. Je n'ai pas prétendu davantage. Je me suis sans doute exprimé avec maladresse puisque Mr. TUSQUES, par contre, semble n'avoir pas compris le sens de ma tentative. L'équivoque dont il parle me paraît consister surtout à confondre les techniques, qui sont spécialisées, avec les mécanismes biologiques, qui sont généraux, et à penser que l'allergie est du domaine du laboratoire tandis que l'émotion est du domaine des sciences morales. C'est à sortir de cette équivoque, en essayant d'établir des analogies, voire une

continuité, entre des phénomènes en apparence disparates, que je me suis attaché.

C'est pourquoi je suis particulièrement reconnaissant à Mr. LAGACHE et à Mr. MARTY de m'avoir apporté une aide constructive en posant le problème dans une perspective évolutive et en rapprochant mes hypothèses des notions de relations d'objets et de distance à la mère.

Sur le point plus particulier de l'alcoolisme, je crois avec Mr. COURCHET que le mécanisme phylactique n'exclut pas la régression orale et je remercie vivement Mr. FOUQUET des précieuses références qu'il nous signale.