

Histoire de la psychiatrie : Les débuts de la sismothérapie

(A. Bottéro)



Deux publications récentes retracent la naissance et les premières années d'utilisation de la sismothérapie. *George Berrios* (1) reprend en détail les concepts qui ont présidé à son invention, tandis que *Joël Braslow* (2) consacre un chapitre entier de sa chronique des traitements utilisés dans les hôpitaux psychiatriques californiens au cours de la première moitié de ce siècle aux premiers essais d'électrochocs. Ces travaux offrent l'occasion de suivre le raisonnement qui devait conduire les psychiatres à postuler l'effet thérapeutique des crises convulsives, et de pénétrer plus concrètement dans l'application de la technique, à une époque où ses indications diagnostiques restaient tâtonnantes. Comme pour toute innovation thérapeutique, on découvre ainsi un parcours sinueux, fait d'une succession d'essais, d'erreurs et de corrections, à partir de prémisses qui devaient s'avérer fausses par la suite, dans un contexte de dénuement thérapeutique qui n'est certainement pas étranger à la hardiesse des premiers expérimentateurs. La reproduction *in extenso* de la première "auto-observation" d'électrochoc par un psychiatre, celle de *Bersot* (3), complètera utilement ce dossier sur les débuts de la sismothérapie.

1. Les hypothèses de départ

Les traitements convulsivants se donnent pour objectif de traiter les affections mentales par l'induction de crises comitiales. Deux types d'agents épileptogènes seront utilisés à cette intention : des substances chimiques, injectées ou inhalées, et le courant électrique, délivré par des électrodes placées sur le scalp. L'idée se fait jour à la suite du constat répété d'une corrélation négative entre schizophrénie et épilepsie. L'inventeur de la méthode, le hongrois *von Meduna* (1896-1964), justifiera souvent sa démarche en faisant appel à cette notion, tenue pour acquise au début des années 30. Épilepsie et schizophrénie sont alors considérées comme des pathologies biologiquement antagonistes, mutuellement exclusives, dont les évolutions se contrarient l'une l'autre. Ce dogme s'appuie sur deux séries d'arguments. D'une part, les travaux épidémiologiques entrepris au cours des années 20 ont conclu que les patients tendent à n'avoir que l'une ou l'autre de ces deux affections, d'où l'hypothèse que chacune aurait des effets protecteurs vis-à-vis de l'autre (*Krapf*, 4). Par exemple, au terme d'une étude portant sur 6 000 schizophrènes, *Glaus* (5) rapporte une prévalence très faible de l'épilepsie (d'environ 0.1 %) ; encore prend-il le soin de préciser que pour les 8 patients présentant une schizophrénie associée à une épilepsie, celles-ci évoluent en alternance. D'autre part, les études anatomopathologiques font état d'une différence dans la morphologie des fibres nerveuses, plus ténues dans les cerveaux de schizophrènes que dans ceux des épileptiques (6). *Von Meduna* en déduit que l'induction de crises comitiales pourrait favoriser une hypertrophie des fibres nerveuses, avec autant de conséquences bénéfiques pour le trouble mental (7). D'autres données viendront secondairement renforcer son intuition, notamment : i) que la schizophrénie relèverait d'une pathologie des dérivés ectodermiques, tandis que l'épilepsie serait une pathologie mésodermique ii) que la glie est atrophique dans la schizophrénie, et hypertrophique dans l'épilepsie iii) que l'on observe des modifications opposées du métabolisme des carbohydrates au cours de la schizophrénie (réduction) et de l'épilepsie (augmentation) iv) et enfin, argument majeur, que la schizophrénie peut s'améliorer si le patient développe une épilepsie, et réciproquement.

2. Les premiers essais

Après avoir testé l'effet convulsivant du camphre chez le cobaye, *von Meduna* se lance dans son premier essai chez l'homme. Le 23 janvier 1934, il injecte une solution camphrée à un patient hospitalisé depuis 4 ans, qui se trouve dans un état de stupeur catatonique grabataire. La crise de grand mal n'a lieu que 45 minutes plus tard... Mais *von Meduna* persévère, et après quelques séances supplémentaires, le patient guérit complètement de sa torpeur. C'est aussitôt l'enthousiasme. Dès la fin de 1934, *Von Meduna* a déjà traité 26 patients, en remplaçant le camphre par un composé de structure chimique proche, le pentylénététrazol (cardiazol, métrazol), qui a l'avantage d'être plus soluble et d'avoir un délai d'action plus rapide. Sur cette première série, il conclut à 66 % de

réponses positives au cardiazol, en cas de schizophrénie aiguë ou stuporeuse, tandis que les formes chroniques lui paraissent peu réagir.

La technique est rapidement codifiée : 0.4-0.5 mg de Cardiazol, dilué à 10 %, et injecté en iv, permet d'obtenir 2 secondes plus tard (en moyenne) une convulsion généralisée, qui dure de 30 à 80 secondes.

Durant les vingt années qui vont suivre, l'électroconvulsivothérapie, qui est mise au point en 1938 par les italiens *Cerletti et Bini* (8), ne détrônera pas les dérivés camphrés. Les deux techniques restent utilisées dans de nombreux centres et sont souvent combinées en fonction des résultats obtenus. Mais le passage à l'électricité sera décisif pour l'amélioration de la technique. Elle autorise un meilleur contrôle du déclenchement et de la durée des crises, et surtout elle en raccourcit le délai de survenue et en minimise l'appréhension, alors que la répétition des séances les rend insupportables aux patients, d'où de nombreux refus du traitement. Les effets des dérivés camphrés ont contre eux d'être par trop imprévisibles : tantôt l'injection n'est suivie d'aucune crise, tantôt la crise tarde terriblement à venir pour se déclencher après coup, au sortir de la salle de surveillance, tantôt encore dure-t-elle trop longtemps.

3. Indications - Effets indésirables

Tandis que l'antagonisme présumé entre schizophrénie et épilepsie perd tout crédit vers la fin des années 30, les praticiens qui se sont emparés de la convulsivothérapie vont rapidement définir ses meilleures indications.

Pour *Forel* (9), l'efficacité la plus constante s'observe non pas dans la schizophrénie, mais dans la manie, la mélancolie et la catatonie, avec un taux de réponse avoisinant 65 %. *Forel* considère par ailleurs qu'on obtient de meilleurs résultats si l'on consolide l'effet des séances par une psychothérapie. Mais il attire aussi l'attention sur un effet secondaire fréquent, l'amnésie rétrograde, qu'il attribue surtout aux sujets impressionnables, vindicatifs ou hypocondriaques..., ce qui donne un aperçu d'un certain type de relation avec les patients.

De leur côté *Hemphill et Walter* (10) confirment que les psychoses maniaco-dépressives et les mélancolies d'involution constituent les meilleures indications, tandis que *Malzberg* (11) préconise les convulsions pour le traitement des états dépressifs et propose de réserver les cures de Sakel aux schizophrénies.

Assez rapidement, les fractures se révèlent être la complication majeure de la technique. *Samuel* (12) rapporte 12 cas de fractures pour 420 cas consécutifs (soit 2.8 % des cas), avec 5 fractures des vertèbres, 3 de l'humérus, 5 du col du fémur et 1 de l'os iliaque. Ce risque, qui augmente avec l'âge, donne lieu à divers aménagements techniques à visée préventive, dont finalement la curarisation. Quant aux troubles de mémoire, dès 1947 *Braunmühl* (13) propose de les limiter en plaçant les électrodes sur un seul hémiscalpe.

4. Les premières tentatives d'explication

Chaque pionnier de la convulsivothérapie se forgera sa propre théorie quant aux mécanismes d'action thérapeutique des crises. Les hypothèses ne se limitent pas à la biologie. Au terme de l'une des premières revues de la littérature sur la question, *Gordon* (14) ne dénombre pas moins de 27 explications faisant appel à un mécanisme purement psychologique. Les explications les plus citées vont de la "dissolution complète des fonctions cérébrales" (15), à la "théorie diencéphalique" de *Delay* (16), en passant par la "suspension temporaire des expériences pathologiques", qui, selon *von Baeyer* (17), permettrait de retarder le début de la maladie, ou par l'invocation d'un obscur "effet correcteur" sur un "processus" pathologique tout aussi vague (18).

5. Le développement des électrochocs en Californie (1940-1949)

L'insulinothérapie de Sakel (chocs hypoglycémiques avec perte de conscience sans crise comitiale) démarre aux U.S.A. en 1936. Elle se développe rapidement et au début des années 40, elle est pratiquée dans tous les états, ou presque. En 1942, une statistique officielle établit que 72 % des 305 institutions psychiatriques publiques et privées du pays sont équipées pour la pratiquer. En Californie, les premières cures de Sakel sont inaugurées à l'hôpital psychiatrique de Stockton, en 1940. Les résultats sont considérés comme très encourageants, mais le programme s'interrompt dès 1942. Les comas insuliniques sont en effet une technique "lourde", qui contraste avec la simplicité des électrochocs. Chaque séance dure de 3 à 4 heures, et requiert une équipe relativement nombreuse et bien entraînée, capable de rester plusieurs heures attentive au chevet du patient afin d'éviter les complications irréversibles des comas hypoglycémiques par trop profonds. De plus c'est la guerre, on manque de personnel et, accessoirement, d'insuline. C'est ainsi que l'électrochoc, plus facile à manier, demandant moins de temps et moins de soignants, va supplanter l'insulinothérapie à Stockton.

Le métrazol est introduit dès 1934 aux U.S.A., avec pour indication essentielle la schizophrénie. Mais dès la fin des années 30, la plupart des psychiatres américains qui recourent à la convulsivothérapie la réservent en priorité aux troubles dépressifs. En 1941, 42 % des institutions psychiatriques américaines sont équipées d'un sismothère. Le premier appareil est installé à Stockton en 1943, il a été spécialement mis au point par les ingénieurs du *California Institute of Technology*. Le premier essai a lieu au mois de juin 43. Six mois plus tard, 52 patients auront déjà bénéficié de la méthode. La progression est d'abord lente (on manque d'appareils) et en 1948, 600 patients à peine auront été traités. Mais à partir de cette date, 6 unités d'hospitalisation de Stockton sont équipées (2 de psychiatrie aiguë, 2 de psychiatrie chronique et 2 spécialisées dans les affections "médico-psychiatriques"), et la progression devient alors très nette, avec 2997 patients traités en 1949, soit 5 fois plus que l'année qui précède.

Dès 1940, les indications officielles aux U.S.A. sont la mélancolie involutive et les psychoses maniaco-dépressives, l'insulinothérapie et la malariathérapie étant respectivement réservées aux schizophrénies et aux syphilis nerveuses. Avec un tel arsenal, les psychiatres ont, pour la première fois, le sentiment de pouvoir faire face à toutes les grandes affections psychiatriques. Puis, suite à l'arrêt du programme d'insulinothérapie en 1942, toute pathologie, exception faite de la neuro-syphilis, devient une indication potentielle de la sismothérapie. Ainsi en 1947 à Stockton, les indications en sont toute dépression, en particulier les formes agitées, tout état d'excitation, les catatonies, les réactions paranoïdes, ainsi que les hétérophrénies dont l'évolution paraît récente. Bref, le gros de la pathologie psychiatrique s'y retrouve, hormis les cas organiques. Très rapidement -et les archives en témoignent à maintes reprises- on ne se souciera plus trop du diagnostic exact pour décider de l'indication d'une sismothérapie. Celle-ci devient avant tout comportementale, selon le principe que si "ça fait du bien (même les paralysies générales s'avèrent très bien tolérer les chocs), on continue, si ça s'aggrave, on arrête". Cette liberté dans les indications va de pair avec l'absence d'explication quant au mode d'action de la sismothérapie.

A ce rythme, les "démences précoces", qui représentent alors le diagnostic principal, recevront le plus de chocs. Mais ce sont surtout les états d'agitation et les comportements difficiles à contrôler (qui exigent une surveillance constante, des mesures de sécurité... et beaucoup de personnel), pour lesquels l'indication ira presque de soi ; l'électroconvulsivothérapie permet en effet de limiter les mesures de contrainte et d'enfermement, le recours à la sonde gastrique, etc. Deux méthodes sont d'ailleurs codifiées à cette intention. La première, dite "intensive", est réservée aux grands états d'excitation, qui encourent un risque d'épuisement souvent fatal ; on répète les chocs à de courts intervalles, jusqu'à une séance toutes les 4 heures, afin de juguler au plus vite l'agitation. La seconde, dite "p.r.n." (pour *pro re nata* : "vu l'état des circonstances"), est dictée par les besoins de la clinique. Les électrochocs sont alors souvent associés à des séances d'hydrothérapie, dont la durée et la température sont soigneusement dosées. A noter que les indications de la sismothérapie sont également réparties entre les deux sexes, à la différence de la lobotomie qui, dans le même temps, voit son usage systématiquement préféré chez les femmes que chez les hommes.

6. La relation thérapeutique dans le contexte des électrochocs

Braslow y insiste longuement dans son ouvrage, il y avait un flou dans la frontière séparant les indications thérapeutiques des chocs, celles qui visaient à soulager le patient de ses symptômes les plus graves et les indications "disciplinaires", destinées à soumettre les conduites rebelles, si bien que le risque de détourner la technique à des fins punitives était permanent. Il n'est d'ailleurs pas facile, pour celui qui relit des observations vieilles de 50 ans, de déchiffrer avec certitude les intentions des prescripteurs, notamment lorsqu'ils étaient confrontés à des états d'agitation sévères. Jusqu'où aller dans l'interprétation en termes de symptômes maniaques des conduites agressives ou incontrôlables de leurs patients ? Dans le postulat d'une souffrance morale, à l'origine d'attitudes anarchiques, pour justifier un traitement aussi radical ? En présence de pareilles ambiguïtés, comment l'historien peut-il à coup sûr démêler où s'achève le soin et où commence le "maintien de l'ordre" ?

En outre, les contraintes pratiques de la sismothérapie compliquaient sérieusement le problème. Réalisés sans prémédication ni anesthésie générale, les chocs répétés s'accompagnaient souvent d'un état d'anxiété qui allait croissant, en rapport avec la terreur grandissante de la perte de conscience et des suites confusionnelles. Véritable névrose d'angoisse iatrogène, cet état extrêmement pénible pouvait donner lieu à des crises de panique, des accès d'agitation, des refus violents. Tous ces symptômes secondaires au traitement encourageaient bien entendu le risque d'être confondus avec ceux de la maladie, pour justifier un renforcement de la thérapeutique... Bref, toutes les conditions d'un acharnement médical se trouvaient réunies, y compris la violence requise pour administrer de force un traitement refusé avec toute l'énergie du désespoir. Nombreux furent les patients à faire

les frais de telles escalades thérapeutiques, subissant jusqu'à 40 ou 50 chocs consécutifs, et atteignant parfois des records supérieurs à 150 chocs.

Malgré ces dérapages, l'impression qui domine est que les psychiatres maintenaient une relation plutôt empathique avec leurs malades, dans la majorité de leurs indications de sismothérapie. Dans la plupart des cas, celle-ci était d'ailleurs assortie d'une psychothérapie, qu'elle fût de soutien ou d'inspiration psychanalytique. Les psychiatres considéraient que les chocs amélioraient le rapport thérapeutique avec les patients, ce qui facilitait d'autant l'abord psychothérapique de leurs conflits. Au fur et à mesure des constats d'amélioration clinique, et c'était le plus souvent le cas, la confiance s'établissait, "l'insight" progressait et la psychothérapie avançait. Près du quart des patients (22 %) recevant des chocs se montraient volontaires et le détail de plus d'une observation atteste que ceux-ci n'empêchaient aucunement les psychiatres d'entendre les motifs profonds du tourment de leurs patients, ni de tenter d'y remédier par leurs conseils, la mobilisation des familles ou des ressources sociales.

7. En addendum, une auto-observation d'électrochoc

En 1942, à l'époque où les chocs suscitent un enthousiasme exceptionnel en France (*M. Lapipe et J. Rondepierre* viennent tout juste de mettre au point leur générateur, avec l'aide du physiologiste *Bargeton*), un psychiatre suisse, le Docteur *H. Bersot*, relate son expérience personnelle de l'électrochoc au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues de France qui se tient à Montpellier cette année là. Cette auto-observation, qui fut célèbre en son temps, a été oubliée depuis. Elle reste un document exceptionnel, qui apporte pour la première fois une description précise des transformations de l'humeur, de la conscience, de l'idéation et de la mémoire provoquées par les chocs. A ce titre, elle intéressera le praticien d'aujourd'hui qui, s'il recourt à la sismothérapie, n'a peut-être pas la curiosité entreprenante d'un *Bersot*, mais reste toujours un peu intrigué par l'efficacité d'un traitement aussi inconcevable.

L'auto-observation de *H. BERSOT* (3)

Les réactions provoquées par l'électrochoc ont été abondamment décrites mais toujours par l'opérateur qui les observait "du dehors", parfois par la victime elle-même, mais interviewée par l'opérateur. C'est pour apporter une contribution à l'observation du choc "du dedans" c'est-à-dire directement par le sujet, que nous nous sommes soumis à cette épreuve. Nous l'avons subie à deux reprises : avec un courant d'abord de 50 volts puis, un mois après, de 70 volts pendant 0.1 seconde.

Le premier choc de 50 volts n'entraîna qu'une absence simple :

a) décrit par l'opérateur : *Brusque spasme généralisé avec vive rougeur du visage, état congestif général, arrêt de la respiration durant 15 secondes puis pâleur. A la 20e seconde dit : "ça ne m'a rien fait du tout". Il s'assied brusquement sur le bord du lit en souriant, l'air un peu étourdi, puis il dit à la 70e seconde : "c'est comme quand on s'électrise ; vous parliez, puis je n'ai plus rien entendu, et c'était passé". Une minute après, il demande : "Est-ce que j'ai fait une forte secousse ? Est-ce que je me suis réveillé tout de suite ? J'ai la tête un peu lourde". Il se lève et va faire la visite des malades comme d'habitude*

b) décrit par le sujet : *"Je me couche, je sens qu'on m'applique les électrodes ; demande quelle est la résistance (4 800 ohms) et commande le choc. Trois minutes après, je me trouve assis au bord de mon lit, avec la tête lourde comme si j'avais reçu un coup de massue. Mais je me souviens de tout ce qui a précédé le choc et suis orienté. Je dois cependant faire un gros effort de mémoire pour savoir quel travail je suis en train de faire à mon bureau. Je me lève, la tête lourde, mais pas de sensation vertigineuse, ni de nausées. Je vais faire ma visite de malades, puis descends à mon bureau. En somme : choc léger, dit "abortif" avec brève perte de connaissance (quinze secondes), puis apparence de conscience pendant trois minutes, où je fais certaines remarques sensées sur l'absence de sensations pénibles, pose même quelques questions sans enregistrer du tout les réponses des assistants ; puis reprise véritable de conscience. Je me rappelle ce qui a précédé le choc. Celui-ci ne provoque aucune sensation désagréable, sinon une lourdeur de tête et un ralentissement de la mémoire qui se dissipent en trois ou quatre heures."*

Un mois plus tard le second choc, de 70 volts cette fois, déclenche une convulsion :

a) décrit par l'opérateur : *forte secousse généralisée, puis brèves phases tonique et clonique suivies d'une forte pâleur. Le sujet s'agite, s'assied sur le bord du lit : "Mais qu'est-ce que vous... qu'est ce qu'il y a eu ?". On lui dit qu'il a subi un choc : "Comment, moi un choc, ce n'est pas possible". Il met son col, noue sa cravate et dit : "Je ne me souviens de rien du tout". Il refuse de se recoucher. "Ce n'est pas nécessaire, je suis très bien, j'ai seulement un peu de nausée et la tête lourde". Il se laisse étendre, le pouls est faible et lent (56), la pâleur extrême, le visage verdâtre. L'agitation reprend, il s'assied à tout moment : "Mais qu'est-ce qu'il y a eu. Quoi ? Je me suis fait faire un choc ? Pas possible... mais c'est famélique... Quelle heure est-il ?" Puis se lève, se regarde dans la glace : "Je vais tout à fait bien, oui, je suis pâle, mais ce n'est rien". Il descend au rez de chaussée, et dit à l'infirmier : "Je suis comme un carrousel, tout tourne, je vois tout tourner". Devant la porte de son bureau, il sort sa clef mais ne parvient pas à l'utiliser. "Je ne vois plus rien du tout, je suis aveugle. Je flanche, soutenez-moi". Il s'affaisse, on le couche. Il refuse avec obstination une injection de coramine : "Non, non, je n'en ai pas besoin", accepte des gouttes puis recommence : "Quelle heure est-il ? Qu'est-ce que vous avez fait ? J'ai eu une crise ? Mais ce n'est pas possible...". Il veut à nouveau se lever, remarque que ses clefs ne sont pas dans sa poche habituelle, contrôle, à plusieurs reprises, son noeud de cravate, s'étonne encore : "Qu'est-ce que j'ai eu ? Je n'ai pas eu de choc puisque ma cravate est faite...". Il nous reconnaît nous-mêmes par nos noms, fait de visibles efforts de mémoire, récite les noms de ses quatre enfants. Il nous ordonne de le laisser se lever : "C'est moi qui commande...". Il finit par se tranquilliser, se plaint d'une sensation de froid et de nausées. Il dort paisiblement pendant une heure, puis se lève, sort de la chambre. Il est 9h45 (le choc avait eu lieu à 8 heures). Il demande : "Qu'est-ce qui se passe ?". Il n'est pas orienté dans le temps : "Je ne pourrais pas dire si nous sommes lundi ou jeudi... je ne me rappelle de rien, je ne pourrais pas dire ce que j'ai fait les jours précédents, je me rappelle le nom de mes enfants, c'est la première pensée qui m'est revenue...". Il descend à son bureau, où il signe son courrier ; il répond au téléphone à une compagnie d'assurances qui demandait des renseignements, fait venir le dossier du malade en question. A 11 heures, soit trois heures après le choc, il demande qu'on lui fasse une tasse de café et cinq minutes après, alors qu'on la lui apporte, il demande du thé. Il reçoit ensuite la soeur d'un malade et s'entretient longuement avec elle. Il vaque normalement à ses occupations habituelles.*

b) décrit par le sujet, deux heures après le choc. *"Il paraît qu'on m'a fait un électrochoc. Je ne me souviens de rien, j'étais étonné de me trouver dans ce lit... je ne me souviens pas même de ce que j'ai fait hier et je ne sais quel jour nous sommes. C'est une amnésie rétrograde et antérograde. J'ai d'abord pensé que je m'étais évanoui en faisant la visite des malades. Je n'ai pas pensé au choc électrique ; j'avais froid aux épaules, une sensation de frisson, de malaise et surtout le sentiment d'avoir dormi profondément. Ce qui me frappe le plus, c'est de n'avoir aucun souvenir des ordres donnés, ni de l'heure, ni de la journée, ni même des jours précédents et d'avoir beaucoup de peine à m'orienter. Je me souviens du nom de mes enfants, et de mes employés, pas de ceux de mes malades. Je me souviens qu'il y a la guerre avec l'Allemagne. Il me semble que tout ce que j'ai fait est lointain que c'est un passé plus que passé, que les événements sont infiniment éloignés. Cette désorientation dans le temps m'est pénible, elle m'empêche de me souvenir, parce que de fixer les jours, rappelle les souvenirs. Mon souvenir le plus proche c'est d'être sorti en promenade en famille dimanche (soit cinq jours avant le choc, qui eut lieu un vendredi) etc. Peu à peu au cours de la journée, les souvenirs réapparaissent au fur et à mesure de l'activité journalière qui continue celle des jours précédents : souvenir des noms des malades, des thérapeutiques appliquées les jours précédents, des travaux et des recherches en cours, des visites reçues, etc. Au bout de huit heures, les souvenirs commencent à surgir jusque peu avant le choc mais ceux de mes faits et gestes depuis lors jusque vers la fin de la journée ne sont jamais revenus. C'est ainsi qu'une demi-heure après avoir répondu au téléphone, j'arrive à mon bureau où on me dit que j'ai parlé au téléphone. Je m'en étonne fortement : "Ce n'est pas possible... Qu'est ce que j'ai bien pu répondre ? C'est curieux, on peut donc faire des choses qu'on oublie entièrement..."*

Dans l'après-midi, je me souviens vaguement de quelques-uns de mes faits et gestes de la fin de la matinée. Je ressens encore un peu de lourdeur de tête et des nausées. J'éprouve une certaine euphorie : contentement d'avoir surmonté mes appréhensions, d'avoir réalisé une expérience scientifique "du dedans" et surtout détachement de la réalité. Les soucis journaliers paraissent plus lointains, moins aigus, comme estompés. Le passé paraît plus distant, comme séparé de moi par un large fossé, moins immédiatement personnel, d'où sentiment de détachement de l'ambiance, d'indépendance, de légèreté ; j'ai moins d'hésitations à me mettre à l'ouvrage ; j'ai l'impression que je pourrai faire davantage de travail avec plus de facilité. L'avenir paraît moins sombre, moins lourd. Mon amour-propre est flatté par les mines alarmées que j'ai constatées pendant la journée autour de moi. Moi-même je n'ai pas le sentiment d'avoir couru un danger quelconque.

Cette vague euphorie a subsisté deux jours suivants ; trois jours après elle était fortement atténuée. L'amnésie complète subsistait encore pour ce qui s'était passé les dix-quinze minutes avant le choc et durant les trois-quatre heures qui le suivirent.

Au cours des trois semaines suivantes, la fixation des idées et impressions reste un peu plus difficile, les efforts de mémoire plus pénibles. A l'euphorie des premiers jours succède, à cause des difficultés, de la dépression, par moment même, de la tristesse. Ce n'est qu'au bout d'un mois que je me retrouvai moi-même avec mon agilité mentale normale, ma mémoire et toutes mes facultés de travail.

En résumé, ce second choc provoqua des réactions beaucoup plus fortes que le premier ; il fut suivi d'une phase d'agitation inquiète manifestée par des interrogations répétées, un besoin de reprendre sans délai l'activité normale, puis fléchissement cardiaque, sensation de froid, pâleur, vertiges, nausées, discours et ordres donnés d'apparence si sensée que le personnel obéit, puis sommeil prolongé. Au réveil désorientation, amnésie. L'orientation, puis la mémoire apparaissent peu à peu au cours de la journée, d'abord pour les jours, puis les heures qui précédèrent le choc. L'amnésie reste définitive pour tout ce qui se passa dès le choc et durant les trois à quatre heures suivantes. Pendant cette période : conscience apparente, sorte "d'état second", c'est-à-dire faits et gestes raisonnables en apparence, mais oubliés au fur et à mesure. Impossibilité, puis difficultés décroissantes de fixer ce qui se passe. Durant la fin de la journée, puis les jours suivants, euphorie légère, le passé paraît plus lointain, le présent plus facile, l'avenir plus chargé de belles possibilités. Puis lente dépression, sensation de fatigue mentale, efforts de mémoire plus lourds, manque d'entrain. Ce n'est qu'au bout de près d'un mois que je me retrouve vraiment moi-même.

En conclusion, le choc électrique vu du dedans est beaucoup moins anodin que vu du dehors. Les troubles de la mémoire et de la conscience qu'il provoque sont graves. Ils ne disparaissent que lentement. Pendant les heures qui suivent, l'activité du sujet est automatique, n'a que l'apparence de la conscience. Elle ne se fixe pas dans son souvenir. Enfin on comprend que le choc agisse favorablement sur les déprimés par l'euphorie légère et la sensation d'éloignement du passé qu'il provoque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Berrios G. The scientific origins of electroconvulsive therapy : a conceptual history. *History of Psychiatry* 1998 ; viii : 105-19.
2. Braslow J. *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half Twentieth Century*. Berkeley : University of California Press 1997.
3. Bersot H. Auto-observation de l'électrochoc. *C. R. du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues de France et des Pays de Langue Française, Montpellier, 1942*. Paris : Masson
4. Krapf E. Epilepsie und Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1928 ; lxxxiii : 547-86.
5. Glaus A. Über Kombinationen von Schizophrenie und Epilepsie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1931 ; cxxxv : 450-500.
6. Nyirö J, Jablonsky A. Einige Daten zur Prognose der Epilepsie, mit besonderer Rücksicht auf die Konstitution. *Psychiatrische Neurologische Wochenschrift* 1929 ; xxxi : 547-9.
7. Meduna L.J. von Über experimentelle Campherepilepsie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1934 ; cii : 333-9.
8. Cerletti U., Bini L., Un nuevo metodo die shockterapie "L'elettro-shock". *Bollettino della Accademia Medica di Roma* 1938 ; lxiv : 136-8.
9. Forel O.L. L'électrochoc en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques* 1941 ; xcix : 32-40.
10. Hemphill R.E, Walter W.G. The treatment of mental disorders by electrically induced convulsions. *Journal of Mental Science* 1941 ; lxxxvii : 256-75.
11. Malzberg B. The outcome of electric shock therapy in the New York civil state hospitals. *Psychiatric Quaterly*, 1943 ; xvii : 154-63.
12. Samuel E. Some complications arising during electrical convulsive therapy. *Journal of Mental Science* 1943 ; lxxxix : 81-4.
13. Braunnühl A. von *Insulinshock und Heilkrampf in der Psychiatrie*. Stuttgart : Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H. 1947.
14. Gordon H.L. Fifty shock therapy theories. *Military Surgeon* 1948 ; ciii : 397-401.
15. Delmas-Marsalet P. *L'électrochoc thérapeutique et la dissolution-reconstruction*. Paris : J.B. Baillière 1943.
16. Delay J. *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*. Paris : Masson 1950.
17. Baeyer W.R. von *Die moderne psychiatrische Schockbehandlung*. Stuttgart : Georg Thieme 1951.
18. Weitbrecht H.J. *Studie zur psychopathologie krampfbehandeltere Psychosen*. Stuttgart : Georg Thieme 1949.