



HAL
open science

La lobotomie frontale : histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées

Louis Marie Terrier, Marc Lévêque, Jean-Gaël Barbara, Aymeric Amelot

► To cite this version:

Louis Marie Terrier, Marc Lévêque, Jean-Gaël Barbara, Aymeric Amelot. La lobotomie frontale : histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées. 2018. halshs-03090589

HAL Id: halshs-03090589

<https://shs.hal.science/halshs-03090589>

Submitted on 11 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La lobotomie frontale : histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées¹

| PAR LOUIS-MARIE TERRIER, MARC LEVEQUE, JEAN-GAËL BARBARA, AYMERIC AMELOT

Mardi 12 novembre 1935, à l'Hôpital de Santa-Marta à Lisbonne, Egas Moniz s'apprête à entrer au bloc opératoire. Ce neurologue va réaliser pour la première fois, et dans le plus grand secret, l'une des techniques chirurgicales les plus décriées de toute l'histoire de la médecine : la lobotomie préfrontale réalisée sous sa responsabilité par son collègue neurochirurgien P. Almeda Lima.

Cette première chirurgie, qui dure tout au plus une vingtaine de minutes, est pratiquée sur une prostituée de 63 ans, souffrant de mélancolie et de délires paranoïaques. Même si le résultat n'est pas extraordinaire, cette intervention est qualifiée de succès par son opérateur : la patiente est devenue « plus docile » (1).

Un an plus tard, en 1936, Egas Moniz présente les résultats de ses 20 premiers patients lobotomisés, à la Société de Médecine de Paris (2), et le 5 mars 1936, à la société neurologique de Paris où l'accueil est glacial. Il publie ces résultats dans la revue *l'Encéphale* en juin 1936 (3) et dans un ouvrage chez l'éditeur Masson (4).

Cette année marquera le début de la lobotomie touchant des milliers d'individus à travers le monde, de la « campagnarde débile » à la sœur d'un président des États-Unis – Rosemary Kennedy –, ou à l'épouse d'un dirigeant argentin – Eva Perón. Et sans restriction d'âge, de l'enfant au vieillard. Egas Moniz se voit même récompensé du prix Nobel en 1949 pour « la découverte de la valeur thérapeutique » de la lobotomie, une chirurgie dite « révolutionnaire ».

La technique chirurgicale, qui consiste à sectionner les fibres blanches des lobes frontaux de manière définitive s'inspire d'une vision purement physiologique de la maladie mentale qui repose sur le concept des connexions neuronales de S. Ramón y Cajal, dont certaines, pour Moniz, peuvent être anormales (5). Cette technique, qui a certains antécédents en psychiatrie (6), fait suite aux travaux de recherche de deux neuroscientifiques américains John Farquhar Fulton (1899-1960) et Carlyle Jacobsen (1902-1974) dans les années

1930 sur la disparition des névroses expérimentales chez le chimpanzé après l'ablation des aires frontales (7). En 1934, Jacobsen rapporte le cas d'un chimpanzé dont le caractère se modifia profondément après lobotomie : « Il devint tout à fait impossible de lui suggérer même une névrose expérimentale. C'était comme si l'animal avait rejoint le culte du bonheur et avait placé toutes ses peines entre les mains de Dieu » (8).



Figure 1 - 1. Fulton et son chimpanzé lobotomisé. 2. Egas Moniz.

C'était justement le but d'Egas Moniz, libérer l'aliéné de ses névroses, le sortir de l'enfermement psychiatrique et lui permettre de se réinsérer dans la vie sociale. Moniz avait participé en 1935 au Congrès International de Neurologie qui se tenait à Londres et il avait été fasciné par les exposés concernant le lobe frontal. Il a souvent été rapporté que Moniz questionna Fulton au cours de son exposé pour demander si sa procédure pouvait être utilisée sur des patients (9). Penfield, comme d'autres médecins suivant son avis, était plutôt convaincu d'un rapport bénéfice-risque défavorable pour ce type de procédure, en raison de ses expériences en neurochirurgie. On ne sait donc pas exactement pour quelles raisons Moniz, qui n'avait pas de formation particulière pour la chirurgie des lobes frontaux, tenta finalement ce type de résection (10).

¹Ce texte est une version courte et adaptée de Louis-Marie Terrier, Marc Lévêque, Aymeric Amelot, *La lobotomie frontale, histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées de l'histoire de la médecine, Histoire des sciences médicales, LI, 2017, 397-416.*

Les résultats d'une telle chirurgie seront beaucoup plus nuancés que ceux des expériences de Fulton et Jacobsen, avec des conséquences parfois dramatiques, l'exemple le plus emblématique étant celui de Rosemary Kennedy, sœur du futur président américain. Rosemary fut lobotomisée à l'âge de 23 ans, à l'unique demande de son père Joe, pour des raisons qui demeureront floues et dans le plus grand secret. C'était pourtant une jeune fille décrite comme rayonnante : elle aimait le sport, les garçons et faire la fête. Mais moins brillante que le reste de la famille – elle aurait présenté un léger retard mental – elle ne collait pas à l'image que son père s'en était faite. Suite à la chirurgie, Rosemary sortit lourdement handicapée et termina sa vie en institution, totalement dépendante (1). Elle disparaîtra définitivement des photos de famille après la chirurgie.

Même si tous les cas ne sont pas aussi extrêmes, avec parfois la notion utilisée de « bons résultats » dans l'évaluation de la procédure, il n'en reste pas moins que des milliers de patients furent lobotomisés à travers le monde, avec de lourdes conséquences sur leur personnalité et sur le respect de la dignité humaine. Il faudra attendre l'introduction du premier neuroleptique en 1952 en France, puis en 1954 aux États-Unis, pour que cette pratique chirurgicale se réduise brutalement, avant de disparaître (11).

Contexte psychiatrique et sociétal lors de l'émergence de la lobotomie

En 1936, date de l'annonce des premiers résultats de la lobotomie chez l'homme, les neuroleptiques n'existent pas encore, et les psychiatres sont totalement dépourvus de thérapeutiques efficaces concernant aussi bien les psychoses que les pathologies de l'humeur. Le nombre de patients hospitalisés dans les institutions psychiatriques n'a jamais été aussi important. En 1939, le nombre d'internés atteint des sommets, et plus de 120 000 patients sont recensés dans les asiles français (12).

Les seuls traitements à disposition des médecins étaient représentés par les thérapies « de choc », comme la malaria-thérapie qui consistait à inoculer le parasite dans le sang du malade pour déclencher des pics fébriles, ou encore la cure de Sakel qui consistait à injecter de l'insuline afin de plonger le malade temporairement dans un coma hypoglycémique. Lorsque l'agitation était trop importante, le malade pouvait être contentonné par une camisole, ou maintenu plusieurs heures dans un bain chaud, où seule la tête dépassait de l'eau. Ces thérapeutiques visaient à calmer et atténuer les symptômes psychiatriques (13).

Les psychiatres français accueillent d'abord avec un certain scepticisme cette nouvelle chirurgie que représente la lobotomie, et préfèrent les techniques de choc, sans doute pour les mêmes raisons que Penfield, car les expériences de chirurgie des lobes frontaux n'ont pas été satisfaisantes. La Seconde Guerre mondiale éclate alors, et sous l'occupation, des dizaines de milliers de malades mentaux vont mourir de faim et d'épuisement dans les hôpitaux psychiatriques français. Cela retarde encore davantage la diffusion de la technique de Moniz et la lobotomie peine à émerger en

Europe. En France en particulier, il faudra attendre la période de l'après-guerre, pour voir la lobotomie se développer avec les neurochirurgiens Pierre Puëch à Sainte-Anne, puis Marcel David et Jean Talairach alors à l'hôpital Paul Brousse, surtout à partir de 1949, même si Pierre Puëch, Clovis Vincent et Marcel David avaient des contacts anciens avec les neurochirurgiens américains².

En revanche, outre-atlantique, cette chirurgie frontale est rapidement reprise par deux médecins américains, le neurologue Walter Freeman et le neurochirurgien James Watts qui vont importer et développer la pratique aux États-Unis avant 1940. La technique sera simplifiée, réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locale après une série d'électrochocs... Freeman sillonnait les villes des États-Unis avec sa « lobotomobile » et proposait une lobotomie frontale pour quelques dizaines ou centaines de dollars.



Figure 2 - 1. W. Freeman réalisant une lobotomie par voie trans-orbitaire. **2.** W. Freeman dans sa lobotomobile. **3.** Lobotomie trans-orbitaire. D'après (21).

Les indications de la lobotomie

La lobotomie devait traiter initialement certaines pathologies psychiatriques comme les psychoses hallucinatoires, les dépressions sévères ou les troubles obsessionnels compulsifs, mais les indications se sont ensuite étendues pour traiter des douleurs cancéreuses ou des névralgies de toutes sortes, ainsi que certaines hémorragies digestives – ulcères gastro-duodénaux, rectocolite hémorragique – ou des pathologies plus floues, dont l'indication chirurgicale a pu être influencée

²En 1942, Puëch estimait que l'efficacité des lobotomies n'était pas prouvée. M. David, J. Talairach, « Quelques réflexions sur les lobotomies préfrontales », *Evol Psychiatr*, 4, 1949, 532–540; J. Talairach, H. Hécaen, M. David, « Lobotomie préfrontale limitée par électrocoagulation des fibres thalamo-frontales à leur émergence du bras antérieur de la capsule interne », *Rev Neurol*, 83, 1949, 59. Voir Marc Zanella et al., *History of psychosurgery at Sainte-Anne Hospital, Paris, France, « through translational interactions between psychiatrists and neurosurgeons »*, *Neurosurg Focus*, 43, 2017, E9.



par les familles (14). Aux États-Unis, les indications ont pu être également favorisées par la surpopulation dans les hôpitaux psychiatriques. C'est en tout cas ce que relate une étude historique publiée en 1999 sur les lobotomies réalisées de 1947 à 1954 en Californie, à l'hôpital de Stockton, où plus de 4 000 patients vivaient derrière les murs, pour seulement 11 médecins.

Différentes techniques étaient utilisées dans cet hôpital pour contenir les comportements les plus incontrôlables, d'abord l'électroconvulsivothérapie, l'hydrothérapie, ou la contrainte physique ou chimique (barbiturique), ensuite la lobotomie pour les patients les plus réfractaires. L'objectif de la lobotomie était alors de calmer les patients, mais également de permettre au personnel de se consacrer davantage à d'autres tâches, plutôt que de surveiller en continu le patient lui-même. Les effets secondaires fréquents de la lobotomie étaient l'apathie et l'indifférence de l'opéré. Les médecins de Stockton aux États-Unis transformaient ainsi les séquelles neurologiques de la chirurgie en mesure d'efficacité, l'objectif étant d'obtenir le calme au sein du département de psychiatrie (15).

C'était justement l'une des craintes du docteur Puëch dans son argumentaire contre la lobotomie en 1951 : « Ces traitements peuvent faciliter des abus très graves. Ils ouvrent la voie à se délivrer de malades gênants en faisant exécuter cette opération qui parfois même prend l'allure d'une sanction. Le risque est d'autant plus grave que des facteurs inconscients peuvent agir soit sur le médecin, soit même sur les infirmiers qui, par paresse, peuvent pousser à cette thérapeutique pour s'éviter le travail pénible de soigner des malades difficiles et pour s'en débarrasser par la chirurgie » (17).

En 1959, Catoire précisera les indications pour lesquelles la lobotomie lui semble indiquée, avec sa propre technique de lobotomie par Iridium radioactif (16) :

La lobotomie s'adresse à des maladies mentales qui ont résisté à toute thérapeutique de chocs, insuline, psychanalyse, ... et dont la gravité réside dans leur caractère trop pénible pour celui qui en est atteint ou par incompatibilité avec la vie sociale. Les meilleurs résultats se rencontrent dans les affections qui ont comme tonalité principale une tension nerveuse exagérée, de l'anxiété, une autocritique morbide, la crainte de l'avenir, un sentiment exagéré des responsabilités et un comportement se traduisant par une hypertension émotionnelle, de l'impulsivité, de l'agressivité. Les résultats seraient moins bons dans les délires systématisés ou les hallucinations avec peu de retentissement anxieux.

Les psychonévroses obsessionnelles [...]. Le malade les enregistre encore mais sans souffrir. Il ne parle plus spontanément de ses obsessions et quand on l'interroge, il déclare qu'il est toujours aussi obsédé, mais son comportement montre bien qu'il n'en est plus affecté.

Les syndromes dépressifs [...]. Les états dépressifs vrais guérissent dans de très belles proportions (70-80 %) tandis que les délires paranoïdes sont une mauvaise indication opératoire.

La violence, l'agitation, l'impulsivité, anomalies psychiques, troubles du comportement du type antisocial grave, grosses excitations et agitations des débiles mentaux et imbéciles, pervers instinctifs, oligophrènes, même épileptiques [...] Les résultats seront d'autant meilleurs qu'il subsiste dans le psychisme de ces malades une charge affective, qui peut être déviée mais que l'intervention peut replacer sur des voies plus stables et plus normales. [...]

La douleur organique intolérable : carcinome, tabes, syndrome thalamique, causalgie, membre fantôme [...] Dans la plupart des cas, l'opération libère le malade qui souffre, comme l'obsédé vis-à-vis de ses obsessions. Il déclare que ces douleurs sont toujours présentes mais son comportement montre bien qu'il ne s'en affecte plus. Le malade sent sa douleur mais ne s'en plaint plus. Il s'alimente de nouveau normalement et dort sans stupéfiant. La schizophrénie : surtout les syndromes avec tension anxieuse, impulsivité, idées délirantes et hallucinatoires. [...] Deux mois après l'intervention, nous recommençons systématiquement chez tous les schizophrènes une cure de Sakel, ceci dans l'espoir de consolider davantage les résultats acquis et rechute. » (16)

Guy Lazorthes (1910-2014), de Toulouse, publia en 1967 son expérience de dix années de psychochirurgie, commencée en 1945. Aux pathologies décrites précédemment, il y ajoute « certaines formes graves et rebelles de maladies psychosomatiques (rectocolite hémorragique, asthme irréductible, anorexie mentale, ulcère gastroduodénal récidivant) » (17).

Les techniques opératoires

Quelle que soit la variante opératoire, l'objectif était le même : sectionner ou dilacérer de manière définitive la substance blanche frontale, et obtenir l'apaisement chez l'aliéné.

La lobotomie pouvait être totale, c'est-à-dire effectuée sur les deux lobes frontaux, ou partielle par section unilatérale, électrocoagulation, ou infiltration préfrontale de sérum physiologique ou de novocaïne.

La lobotomie « classique » se pratiquait en réalisant deux trous de trépan à l'aide d'une tréphine, de chaque côté de la suture coronale, et en utilisant un leucotome pour sectionner transversalement les faisceaux de fibres blanches³.

La lobotomie transorbitaire était une méthode similaire, mais l'approche se faisait par le toit de l'orbite, en soulevant la paupière et en introduisant un leucotome simplifié à l'extrême (similaire à un « pic à glace ») frappé par un petit marteau afin de pénétrer dans la boîte crânienne. Cette méthode fut pratiquée notamment par Freeman aux États-Unis qui lobotomisa à titre personnel près de 3 500 patients.

³Une tréphine est un trépan. Le leucotome est un instrument chirurgical consistant en une « petite sonde [introduite dans le cerveau] d'où, à un moment donné, on fait sortir [à l'intérieur du cerveau] une anse métallique [tranchante] qui, en tournant l'instrument, coupe un sphéroïde de substance blanche de 1 cm environ de diamètre ». Un sphéroïde est un volume sphérique aplani ayant, dans le cas décrit, le profil de la anse (2, p. 390).

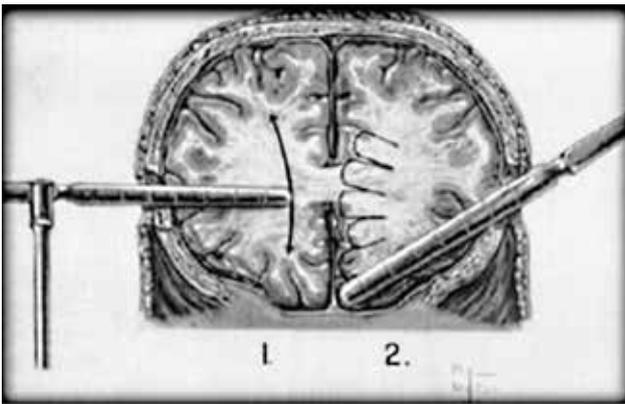


Figure 3 - . Lobotomie bifrontale.



Figure 4 - 1. Photos de Howard Dully durant sa lobotomie trans-orbitaire. 2. En post-opératoire, avec un hématome palpébral bilatéral. D'après le livre de Howard Dully, avec la participation du journaliste Charles Fleming, My Lobotomy : A Memoir, Crown, 2007.

Catoire va plus loin en proposant de déposer des granulations d'Iridium 194 radioactif au sein des lobes frontaux, afin d'obtenir une radionécrose progressive autour des granulations. « Aisée et non dangereuse, écrit-il, elle a le grand avantage de ne laisser aucune cicatrice [...] [De plus] contrairement aux leucotomies classiques, la leucotomie à isotope ne change jamais la personnalité » (16).

Au fur et à mesure, après la publication des premiers résultats, la technique va progressivement évoluer vers la lobotomie partielle, afin de protéger l'intégrité mentale. En 1950, le criminologue belge de Tournai, Étienne De Greeff (1898-1961), déclarait que « l'importance de la matière à sacrifier ne doit pas se mesurer à la violence des symptômes ; à moins qu'on ne soit décidé à réduire coûte que coûte le malade au silence, comme il semble hélas, qu'on l'ait déjà fait en grande série » (18).

René Verspreuwen, d'Anvers, déclarait en 1954 « que l'on commence donc toujours, par respect pour la personnalité humaine, et par prudence, par pratiquer une intervention unilatérale que l'on pourra ultérieurement, si nécessaire, compléter par l'autre côté. En revanche, lorsqu'un patient a été trop libéralement leucotomisé et peut passer le restant de ses jours sur une chaise percée avec la bouche et les sphincters béants, il est trop tard pour se repentir » (19).

Les suites opératoires

Les suites opératoires dépendaient beaucoup de la pathologie initiale et de l'agressivité de la lobotomie subie. Selon Simone Cosyns-Duret (1921-2015) de Bruxelles, durant la période post-opératoire, « le lobotomisé est avant tout, un

être indifférent, apathique et aboulique. Ses centres d'intérêt sensoriel et intellectuel sont limités au concret, ses facultés spéculatives sont réduites, son attention est instable et vagabonde. La diminution de sa spontanéité et de son initiative idéomotrice, jointe à une indulgence exagérée envers soi-même, créent en lui un état de dépendance narcissique vis-à-vis du monde extérieur rappelant curieusement le type infantile. En plus de cette diminution globale de ses capacités intellectuelles et de son affectivité, le malade leucotomisé peut, évidemment, garder des troubles mentaux préexistants à l'opération comme des idées délirantes, des hallucinations et des obsessions » (18).

Une patiente, qui subit une lobotomie, déclara : « Là où j'ai remarqué une différence, c'est au point de vue affection ou plus exactement, émotionnel. Il me semble être devenu incapable de ressentir une forte émotion : qu'il s'agisse du récit d'un accident tragique, d'une lecture touchante ou d'un film sentimental, plus rien ne m'émeut : je ne sens surtout plus monter en moi cette grosse émotion qui gonfle le cœur et monte à la gorge. Enfin, il paraît qu'il y a au cinéma les gens qui pleurent et ceux qui ne pleurent pas : je suis maintenant dans ceux qui ne pleurent pas » (18).

La plupart des auteurs s'accordaient sur la nécessité d'une rééducation après lobotomie. Simone Cosyns-Duret déclare ainsi en 1954 que « la rééducation de la pensée abstraite et les difficultés d'adaptabilité sociale paraissent évidentes à la plupart des observateurs avertis. Ceci est d'ailleurs une remarque générale à opposer aux résultats un peu trop optimistes, nous semble-t-il [...] prétendant que la lobotomie n'entraîne pas de déficit intellectuel » (18).

L'analyse des résultats des lobotomies est rendue difficile, en raison du caractère parfois très subjectif des évaluations post-opératoires, du suivi à court terme dans certaines séries, et de critères de réussites très variables selon les auteurs. La neurologue Catherine Feuillet, qui collabora en électroencéphalographie au cours des années 1960 avec Henri Gastaut, publia en 1959 ses doutes concernant la véracité de tous les résultats publiés, sans pour autant condamner cette technique qu'elle considère donner « d'assez bons résultats », « dans des affections mentales très graves » (20).



Figure 5 - Gauche : « Avant la chirurgie, toujours en train de se battre [...] la femme la plus méchante ». Droite : « Huit jours après la lobotomie. Elle rit beaucoup ». D'après (21).



Elle ajoute :

« Il reste à examiner la qualité des résultats éloignés de la lobotomie préfrontale et la question des séquelles propres à l'intervention. C'est un chapitre passablement épineux, de tous le plus controversé et le plus confus, celui aussi – disons-le franchement, où le besoin de documents pleinement objectifs et probants se fait le plus vivement sentir. Certes, toute statistique importante de lobotomies ne manque pas de faire état d'excellents résultats sociaux et de belles réussites individuelles. On trouve des lobotomisés médecins, légistes, musiciens, etc. Freeman y ajoute, ce qui ne manque pas de piquant, la mention d'un psychiatre opéré et promu, par la suite chef de service dans un grand établissement spécialisé. Nous connaissons tous des lobotomisés mariés depuis l'intervention, bons époux et bons pères de famille. Mais il est certain que plus que ces énumérations d'exemples édifiants, on souhaiterait des études individuelles exhaustives. Rien ne vaut ici l'examen direct. Je pense par exemple à une jeune femme lobotomisée en avril 1952 et mariée ultérieurement, jeune femme que son mari trouve parfaite. C'est une pure schizophrène totalement apathique et passive — le mari qui s'occupe de tout à la maison – même de lever et d'habiller sa femme – est sans doute un philosophe peu exigeant en matière de perfection. »

Nous pouvons également citer l'histoire de ce prêtre belge, lobotomisé en 1943 à l'âge de 43 ans pour une anxiété malade avec tentative de suicide. Plutôt satisfait, il raconte dans un courrier adressé à son chirurgien, un an après la chirurgie, les modifications constatées : « Intelligence : tout en ayant conservé une parfaite lucidité, je ne peux mieux résumer mon impression qu'en disant que pour mon intelligence, je semble avoir vieilli d'une dizaine d'années. Je puis encore fournir du travail intellectuel, mais j'ai beaucoup perdu de ma facilité d'invention. Affectivité : dans ce domaine, je n'ai rien à noter si ce n'est une plus grande sensibilité du côté sexuel. Alors que pratiquement toute ma vie je n'ai eu presque aucune difficulté de ce côté, je dois beaucoup plus me surveiller de ce côté. La manière de dire la messe, d'entendre les confessions : dans le temps, cela représentait un effort de conscience et de tension très grand. J'en profite ici pour signaler que ce sentiment très vif et très aigu d'hyperconscience que j'avais autrefois et qui me faisait toujours dans la moindre conversation et le plus banal événement découvrir à l'arrière-plan toute une perspective cosmique, a pratiquement disparu. Je me rends compte que je suis beaucoup moins consciemment éveillé, mais j'en fais volontiers mon deuil. Voici, Docteur, en gros ce que je puis vous signaler objectivement dans mon cas. J'en profite pour vous remercier encore de tout cœur de votre dévouement à la fois si compréhensif et si fidèle » (18).

La population féminine surreprésentée ?

Les différentes études historiques montrent une prédominance féminine parmi les lobotomisés souvent sans équi-

voque, sans qu'il n'y ait d'explication médicale dans cette surreprésentation. Dans l'étude historique suédoise d'Ogren et al., 63 % des lobotomisés étaient des femmes. Dans une autre étude historique de Terrier, Levêque et Amelot, s'intéressant aux lobotomisés en France, Suisse et Belgique, la proportion atteignait 84 % de femmes.

On retrouve cette même proportion parmi les cas lobotomisés dans un hôpital américain, 85 % des lobotomisés étaient des femmes contre 15 % d'hommes. Or dans ce même centre américain, lorsqu'il s'agissait d'un traitement par électroconvulsivothérapie, le rapport homme/femme était équivalent (15).

S'agissait-il d'un désir plus grand de vouloir contrôler davantage les femmes que les hommes ? L'hypothèse est difficile à prouver selon J Braslow, auteur de l'étude historique américaine. Néanmoins les médecins au sein de cet hôpital américain voyaient souvent l'incapacité d'une femme de se conformer au rôle social attendu, comme la preuve de leur maladie psychiatrique, comme peut en témoigner la retranscription de cet échange :

« Médecin : Pourquoi n'avez-vous pas cherché à mieux vous occuper de vos enfants ?

Patiente : je travaillais pour une compagnie de téléphonie.

Médecin : Était-ce nécessaire pour vous de travailler ?

N'aurait-il pas été meilleur de rester à la maison et de vous occuper de vos enfants ?

Patiente : il aurait peut-être été préférable.

Médecin : pourquoi ne pas l'avoir fait ?

Patiente : J'ai l'intention de faire mieux.

Médecin : c'est un comportement étrange. D'abord vous ne restez pas avec les enfants, mais allez travailler. Maintenant vous n'êtes pas avec eux, mais vous voulez rester avec eux.

Patiente : (pas de réponse) »

Même si l'on ne connaît pas quels étaient les troubles psychiatriques dont souffrait la patiente, ce comportement décrit comme « étrange » – le fait de ne pas s'occuper de ses enfants – aurait joué une part importante, selon Braslow, dans le fait de classer la patiente comme relevant de la psychiatrie. La satisfaction du mari était d'ailleurs souvent un signe de bon résultat postopératoire, ainsi que l'habileté de la patiente à cuisiner, nettoyer et tenir une maison. Dans sa condition sociale de l'époque, la femme était considérée comme mineure tout au long de sa vie, et elle passait de la tutelle de ses parents à celle de son mari. Pour Braslow, les facteurs institutionnels et sociaux ont ainsi fortement affecté la pratique médicale dans le cadre de la lobotomie. Ces facteurs ont déterminé quel genre de comportement pouvait être considéré comme pathologique, et la façon par laquelle le succès thérapeutique même était évalué.

Déclin de la lobotomie

En 1950, le 48^e congrès des Médecins Aliénistes de France prit pour thème « Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie ». Le bilan des lobotomies pratiquées dans le



monde est fait à cette occasion, et il est précisé que plus de 10 000 lobotomies ont déjà été pratiquées. Ce chiffre est certainement sous évalué ; en 1951, une étude américaine estime à 18 000 le nombre de patients déjà lobotomisés uniquement sur le sol américain (15).

C'est également l'année 1950 qui marque un tournant dans l'évolution de la psychochirurgie, car avec le temps, les rechutes se font plus nombreuses, les publications se font plus rares et les critiques plus fréquentes.

Le 8 avril 1951, Henri Baruk (1897-1999), de Paris, psychiatre à la maison de Charenton dénonce dans un argumentaire à charge, la terrible erreur de la lobotomie.

1°) Ces opérations n'ont pas un effet curatif, mais elles visent simplement à atténuer certains symptômes gênants, soit pour le malade, soit pour l'entourage, notamment l'anxiété ou l'agitation.

2°) ... les résultats sont incertains [...]

3°) Même dans les cas où une amélioration passagère paraît avoir été obtenue dans des troubles comme l'anxiété, cette amélioration n'est souvent obtenue qu'au prix d'un fléchissement de la personnalité et plus spécialement de la personnalité morale, telle cette malade que nous avons observée, que l'on qualifiait de trop bonne mère par le souci excessif qu'elle avait de la santé de ses enfants, et qui après l'opération, était devenue tellement indifférente qu'elle était incapable de remplir ses devoirs familiaux et qu'elle dut être internée ! [...]

4°) En outre, ces traitements peuvent faciliter des abus très graves. Ils ouvrent la voie à se délivrer de malades gênants en faisant exécuter cette opération qui parfois même prend l'allure d'une sanction. [...]

5°) La mesure ainsi prise est d'autant plus grave que l'on transforme un trouble fonctionnel plus souvent guérissable qu'on ne le croit en une lésion organique définitive, dont les conséquences tardives sont encore plus redoutables et dont les plus fréquentes sont l'épilepsie, la déchéance morale et la démence. [...]

6°) Les bases scientifiques de cette thérapeutique ne sont pas solides. Les expériences faites sur les animaux sont insuffisantes et plutôt alarmantes. » (16)

Baruk relate également son expérience négative de lobotomies sur les lobes frontaux des singes dans son laboratoire de neurochirurgie expérimentale de la Maison Nationale de Charenton. Tous les animaux, après des suites opératoires excellentes et où ils apparaissaient peu modifiés, sont devenus de plus en plus impulsifs et sont tous morts trois ou quatre ans après d'épilepsie. Le médecin Jacques Ley, du Centre neuropsychiatrique Jean Titeca en Belgique, ardent opposant à la psychochirurgie, publia en 1954 La tentation psychochirurgicale (18), où il dénonce l'atteinte grave à la dignité humaine :

« Plus aucun médecin, à l'heure actuelle, ne conteste que la psychochirurgie constitue une atteinte grave à la personne humaine. Elle lèse directement le cerveau d'une manière indélébile, et c'est ce qui lui confère un caractère d'exceptionnelle gravité. Sans doute, les conséquences de ces altérations peuvent-elles être en grande partie compensées par la rééducation, mais il n'en est pas moins vrai que le lobotomisé reste un frontal, un très petit frontal parfois, mais un frontal quand même [...] » (18)



LOBOTOMIE & CINÉMA

| PAR STÉPHANE GAILLARD
ET JEAN-GAËL BARBARA

One Flew Over the Cuckoo's Nest

La France de « monsieur tout le monde » découvrit la lobotomie avec le cinéma des années 70. Le film de Miloš Forman « Vol au-dessus d'un nid de coucou », distribué en France à partir du 1^{er} mars 1976, raconte l'histoire d'un condamné américain de droit commun (Jack Nicholson) ayant choisi un traitement psychiatrique plutôt qu'un enfermement carcéral. Son comportement étant considéré comme excentrique, violent et incompatible avec l'institution, il est très rapidement traité comme dangereux et contraint de subir une lobotomie. Il est ramené du bloc opératoire dans un état végétatif, au grand désappointement des autres pensionnaires qui avaient connu avec lui une grande bouffée d'oxygène.

Dans les files des spectateurs, à l'entrée des cinémas, plusieurs associations faisaient signer, en ce mois de mars 1976, des pétitions visant à s'opposer à la lobotomie*.

Les cinéphiles se souviendront peut-être de la lobotomie comme l'un des thèmes centraux du film de 1959, « Soudain l'été dernier » de Joseph L. Mankiewicz. Une riche veuve, Violet Venable (Katharine Hepburn), souhaite, en échange d'un don important à un hôpital, faire pratiquer une lobotomie à sa nièce, Catherine Holly (Elizabeth Taylor), parce qu'elle tient des propos incohérents et choquants sur la mort du fils de Mrs Holly. L'histoire est tirée de la pièce du même nom, « Suddenly, Last Summer », de Tennessee Williams (1958) qui s'inspire en partie de la lobotomie pratiquée sur sa sœur Rose, atteinte de schizophrénie, qui la laissa handicapée et qui fit rompre T. Williams avec sa famille. //

*S.G. souvenir personnel.

stephane.gaillard16@wanadoo.fr

jean-gael.barbara@upmc.fr