

## LE CERVEAU DES SCHIZOPHRÈNES

## Une histoire de la lobotomie du point de vue des patients et des archives hospitalières

**Hervé GUILLEMAIN**

Professeur, Le Mans Université, TEMOS CNRS 9016

**Résumé**

L'histoire des neurosciences est logiquement écrite à partir de ce qui constitue le cœur de la discipline : un système nerveux et son organe central, le cerveau ; des approches scientifiques destinées à interpréter leur fonctionnement ; des techniques de représentations de ce système nerveux et des techniques d'action correctrice ; des individus et des institutions qui consacrent leurs moyens à la mise en œuvre de ces différents éléments. Plus rares sont les récits qui placent en leur cœur l'expérience des sujets qui sont soit des objets d'observation, soit des objets d'expérimentation, soit des objets de soin dans le cadre des approches neuroscientifiques. Or une approche historique fondée sur le décentrement des objets de l'histoire des sciences permet d'enrichir un tel récit. C'est la démarche que je propose dans cet article à partir de travaux menés dans le cadre d'une enquête historique de longue durée sur les patients diagnostiqués schizophrènes en France au XX<sup>e</sup> siècle<sup>1</sup>.

**Mots-clés** : cerveau, lobotomie, schizophrénie, patients, hôpital

**Abstract*****A history of the lobotomy from the patients' point of view and from the hospital archives***

*The history of the neurosciences is naturally written out of what constitutes the heart of the discipline : a nervous system and its central organ, the brain ; scientific approaches designed to interpret their functioning ; techniques for representing this nervous system and techniques for corrective action ; individuals and institutions that devote their resources to the implementation of these different elements. Fewer are the narratives focusing on the experience of subjects who are either objects of observation, objects of experimentation, or objects of care within the framework of neuroscientific approaches. Yet a historical approach based on the decentring of objects in the history of science provides an opportunity to enrich such a narrative. In this article, I propose to take this approach on the basis of work carried out as part of a long-term historical survey of patients diagnosed with schizophrenia in France in the 20<sup>th</sup> century<sup>1</sup>.*

**Keywords:** *brain, lobotomy, schizophrenia, patients, hospital.*

<sup>1</sup> Je renvoie au livre tiré de cette enquête : Guillemain H. *Schizophrènes au XX<sup>e</sup> siècle. Des effets secondaires de l'histoire*, Paris : Alma, 2018.

## Proposer une autre histoire de la schizophrénie

Mon terrain d'études n'est pas la schizophrénie. Celle-ci est l'objet depuis de nombreuses années d'études menées sur le plan de l'histoire de la clinique, de l'anthropologie de la santé mentale et de la philosophie des sciences<sup>2</sup>, mais aussi d'hypothèses variées et contradictoires<sup>3</sup> émanant notamment du champ neuropsychiatrique depuis l'invention de cette catégorie au début du XX<sup>e</sup> siècle. Malgré les études concluant à son universalité et à sa permanence historique depuis les temps reculés, la schizophrénie, dont nombre de chercheurs disent l'hétérogénéité et d'autres la dilution à venir dans différents spectres pathologiques, est contestée aujourd'hui à la fois pour sa faiblesse scientifique et pour la part de stigmatisation qu'elle comporte désormais en elle<sup>4</sup>. Comme en d'autres temps la manie ou la dégénérescence, ou de nos jours l'autisme et la bipolarité, la diffusion mondiale de l'étiquette schizophrénie a été portée par un environnement scientifique, social et institutionnel. Elle est vouée à mourir une fois cet environnement disloqué.

À partir de cette conception critique, mon approche vise deux objectifs. D'une part, il s'agit d'historiciser les recherches sur la démence précoce, catégorie établie dans les années 1890, proche ancêtre de la catégorie schizophrénie et qui se confond avec elle dans les archives psychiatriques, si ce n'est dans l'histoire de la clinique. L'avènement de cette catégorie relève, pour les acteurs de cette époque, d'un désir de faire science, en organicisant la psychose des pubères, mais il se situe aussi dans un contexte plus large de recherche de moyens de tri social des jeunes et d'interrogation sur l'émancipation des femmes. On doit également dire que son baptême revêt un caractère éminemment politique puisque l'adoption au tournant des deux siècles d'une nouvelle classification neuropsychiatrique influencée par la science germanique et imprégnée par l'idéologie pronostique suscite dès cette époque des controverses sur le risque d'enfermement des sujets dans des étiquettes tragiques.

D'autre part, il s'agit aussi pour moi de montrer la visée heuristique d'un changement de point de vue de l'observateur. L'histoire des catégories diagnostiques peut en effet être réalisée du point de vue des patients : à travers leurs discours (en soulignant évidemment les limites d'une parole institutionnalisée et archivée, triée), leurs parcours (là aussi limitée compte tenu de la difficulté de mener une étude transinstitutionnelle à grande échelle), leurs réactions (en étudiant la manière dont les patients réagissent aux conséquences concrètes de cette classification qu'elles soient thérapeutiques ou institutionnelles). Par exemple, cette approche permet de mettre en évidence de quelle manière l'étiquette diagnostique participe d'une gestion administrative de la chronicité<sup>5</sup>. Elle permet également, pour citer un autre exemple, de ne pas se contenter de faire l'histoire de l'avènement glorieux des molécules neuroleptiques dans les années 1950, mais aussi de faire l'histoire de la

<sup>2</sup> Barrett R. *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le plessis Robinson : Les empêcheurs de penser en rond, 1998 ; Allen DF. *Critique de la raison psychiatrique. Éléments pour une histoire raisonnée de la schizophrénie*. Paris : Éditions In Press, 2015 (1<sup>ère</sup> éd. 1999) ; Berrios G. Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2003, 3, 2:111-140 ; Hacking I. *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Paris : La Découverte, 2008.

<sup>3</sup> Hare E. Schizophrenia as a recent disease. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153:521-31; Turner TH. Schizophrenia as a permanent problem. Some aspects of historical evidence in the recency (new disease) hypothesis. *History of psychiatry*, 1992, 3,12: 413-29; Warner R. Time trends in Schizophrenia: Changes in Obstetric Risk factors with Industrialization. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21, 3 ; 483-500; Fraguas D, Problems with retrospective studies of the presence of schizophrenia. *History of psychiatry*, 2009, 20, 77: 61-71.

<sup>4</sup> Roelandt JL, Classifier/déclassifier sans stigmatiser en santé mentale : la fin de la schizophrénie ? *L'information psychiatrique*, 2011, 87 :188.

<sup>5</sup> Guillemain H. Quand la schizophrénie était méridionale. Une étude statistique et cartographique des premiers patients schizophrènes à travers les archives historiques. *L'information psychiatrique*, 2019, 95, 10 : 843-49.

réception par les patients de ces nouvelles formes de traitements, en lien avec la déshospitalisation<sup>6</sup>. On ne peut comprendre l'avènement de la pratique si répandue des neuroleptiques retardés à la fin des années 1960 sans connaître les phénomènes d'évasion de la chimiothérapie<sup>7</sup>. Assurément, la schizophrénie des années 1970 diffère par de nombreux points de celle des années 1930. Ces constats produits à partir de ce changement de point de vue invitent à déréifier la catégorie clinique.

### **L'usage massif de la psychochirurgie pour les patients et les patientes diagnostiqués schizophrènes au début des années 1950**

Une des découvertes issues de cette enquête menée dans les dossiers patients des hôpitaux français porte sur l'utilisation massive de la psychochirurgie pour les patients diagnostiqués schizophrènes à la fin des années 1940. Patientes diagnostiquées schizophrènes devrait-on dire, car les sujets de l'expérimentation furent en écrasante majorité des jeunes femmes. Pour comprendre l'avènement de cette technique, il faut se replacer au début de la décennie précédente. Le choc électrique apparaissait comme une solution radicale pour prendre en charge sans hospitalisation durable les patients maniaco-dépressifs et mélancoliques. Cette nouvelle économie du soin psychiatrique individualisait un « reste », celui des schizophrènes, sur lesquels ces techniques fonctionnaient moins bien. Le groupe des patients schizophrènes qui représente alors un quart des hospitalisés en psychiatrie est en effet le principal point d'achoppement institutionnel de la psychiatrie de l'après-guerre. C'est pourquoi, comme le révèlent les dossiers patients des années 1950, il a été l'objet prioritaire de cet espoir neuropsychiatrique qu'a été la lobotomie.

Prenons l'exemple de l'hôpital du Mans, un site pionnier pour lequel j'ai pu avoir accès à une grande quantité d'archives. L'expérimentation psychochirurgicale qui y débute en 1948 ne peut se comprendre que si on la met en relation avec ce sentiment de puissance partagé par les psychiatres de l'époque qui assument un programme interventionniste de guérison des principaux troubles psychiatriques. Cet état d'esprit légitime de fait, à leurs yeux, toute pratique qui permettrait, d'une part, de traiter les malades résistants aux thérapies de choc et, d'autre part, d'avancer une solution pour les chroniques peu susceptibles d'améliorations. L'argumentation de Louis Anglade, médecin chef et directeur de l'hôpital psychiatrique du Mans, en faveur de la lobotomie, relève de ce schéma optimiste et de cette vision révolutionnaire de la psychiatrie :

Chaque année, nous ne laissons glisser à la chronicité que 8 % des malades qui ne sont ni séniles, ni des débilés profonds. Les progrès de la psychochirurgie peuvent d'ailleurs nous laisser espérer que beaucoup de ces malades pourront être récupérés. Pour cela, il va falloir créer à l'Hôpital Psychiatrique un centre de neurochirurgie où nous pourrons faire exécuter les lobotomies et les topéctomies. Ces interventions chirurgicales donnent dans certains cas que l'on considère jusqu'ici comme désespérés d'excellents résultats. Cela demandera d'ailleurs l'organisation de services de rééducation que nous allons nous efforcer de créer si l'administration veut bien nous en donner les moyens<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> *Ibid.* Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970). *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2020, 6 :72-98.

<sup>7</sup> Guillemain H. La fin de l'asile vue par ses patients. Une micro-histoire de l'introduction des neuroleptiques retardés dans les années 1970 et 1980. In Klein A, Guillemain H, Thifault MC. *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX<sup>e</sup> siècle*. Rennes, PUR, 2018 :97-110.

<sup>8</sup> Rapport médical du docteur Louis Anglade, 1948, Archives départementales Sarthe, 1399 W 1. Sur l'histoire de ce médecin et de cette institution, voir Guillemain H. *Chroniques de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe, XIX<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles*. Le Mans : La Reinette, 2010.

Ce type d'expériences et de sentiment sont assez largement partagés. À l'hôpital de Bailleul dans le nord de la France, le docteur Nachin, alors à la tête d'un service composé de patients chroniques sédimentés, presque tous lobotomisés, voyait dans l'utilisation de cette technique le fruit de l'action de « médecins impatients de désencombrer de vieux pavillons asilaires »<sup>9</sup>. On le sait, l'expérience a tourné court et les résultats furent en réalité mauvais. Mais alors pourquoi a-t-elle duré près d'une décennie et concerné autant de patients ?

En premier lieu, la pratique apparaissait comme un moyen révolutionnaire assez simple à réaliser. Les conditions de son invention sont connues, notamment ses prémisses durant la guerre sous l'impulsion de Pierre Puech et sa diffusion après la guerre par Marcel David et Jean Talairach<sup>10</sup>. La lobotomie standard (ou leucotomie préfrontale) consistait à faire un maximum de déconnexions cérébrales en sectionnant les faisceaux qui unissent le cortex préfrontal au reste du cerveau, un résultat qui pouvait être atteint par la méthode relativement simple à exécuter de Freeman et Watts, comme le rappelait en 1949 un des promoteurs français de la pratique<sup>11</sup>. Le nombre de spécialistes compétents dans la France de l'après-guerre est cependant faible. En 1948, quelques interventions neurochirurgicales sont effectuées à Sainte-Anne par le docteur Puech. Pourtant, la pratique est déjà au sommet de sa réputation internationale. 1949 est l'année du premier congrès international de psychochirurgie et celle de l'attribution du prix Nobel pour E. Moniz, le créateur de la technique<sup>12</sup>. La difficulté n'est donc pas technique mais plutôt institutionnelle au début de cette histoire : il n'est pas aisé de transférer les patients de province vers le service de neurochirurgie du centre psychiatrique Sainte-Anne. Ce sont donc finalement les neurochirurgiens qui vont se déplacer.

### La lobotomie à l'échelle des patients d'un hôpital de province

Au Mans toujours, à partir de juillet 1949, les docteurs Marcel David (Salpêtrière) et Jean Talairach (Sainte-Anne), sont chargés, avec leur personnel, de procéder sur place à ces lobotomies. Et le déplacement devient annuel. Il est prévu chaque année six à dix séances comportant chacune quatre à six interventions, soit entre 25 et 60 malades traités annuellement. Sur six années (1949-1954), ce sont plus de 80 femmes qui sont opérées à partir d'une appréciation symptomatique – anxiété, agitation, agressivité – conduisant à une généralisation des indications<sup>13</sup>. Cette pratique est alors pensée comme aussi banale que celle des thérapies de choc devenues courantes la décennie précédente. « En dehors des états démentiels, qui ne sont pas justiciables de la lobotomie, tout malade chez qui les traitements insuliniques, de chocs, de psychothérapie, sont demeurés vains, peut bénéficier d'une lobotomie » explique le médecin directeur de cet hôpital, peu connu pour ses innovations thérapeutiques<sup>14</sup>.

Les résultats de ces lobotomies, considérés comme positifs à long terme par la direction, poussent Anglade et son équipe d'internes (dont l'un J. Fessard soutient une thèse sur le sujet) à rendre publique très rapidement cette expérimentation : localement d'abord, dès 1949, par le biais d'une

<sup>9</sup> Nachin C. Naissance et mort d'un essai thérapeutique en psychiatrie : à propos de quelques lobotomisées ayant sédimenté dans un service de malades mentales de longue évolution. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de la langue française, 1960 : 441.

<sup>10</sup> Caire M. *Soigner les fous. Histoire des traitements médicaux en psychiatrie*. Paris : Nouveau monde Éditions, 2019.

<sup>11</sup> Puech P. Psychochirurgie. Indications et résultats. *La Presse médicale*, 2 février 1949.

<sup>12</sup> La technique de la leucotomie de Moniz visait à détruire en partie la région préfrontale du cerveau en coupant les connexions du cortex préfrontal au reste du cerveau. Cette technique fut standardisée par Freeman et Watts qui défendaient la pratique de la section totale des lobes préfrontaux afin de réduire les symptômes psychotiques, puis simplifiée par l'adoption de la technique de la leucotomie transorbitaire, permise par l'introduction d'une pointe métallique sous la paupière supérieure.

<sup>13</sup> Délibérations de la Commission de surveillance, 5 juillet 1949, Arch. dép. Sarthe, 1399 W 1.

<sup>14</sup> Rapport médical, 1949, Arch. dép. Sarthe, 1399 W 7.

communication à la Société de médecine du Mans ; à l'échelle nationale ensuite, en 1955, dans la revue professionnelle, les *Annales Médico-psychologiques*. L'expérience fera aussi l'objet d'une présentation au congrès de neurochirurgie de Genève en 1953. Dans le détail des archives, les résultats sont moins enthousiasmants. Les traitements de choc ne produisent aucun résultat chez Lucienne et Gabrielle, arrivées entre 1947 et 1952. Elles sont opérées l'une en 1950, l'autre en 1953<sup>15</sup>. Après son opération, Lucienne n'en a pas terminé avec son long chemin thérapeutique : elle bénéficie d'un traitement au Largactil et d'une psychothérapie, mais elle subit à nouveau des cures de Sakel. Après son opération, Gabrielle est euphorique, mais six mois plus tard, elle apparaît apathique : ses capacités intellectuelles sont fortement ralenties. Elle devient une pensionnaire régulière de l'établissement jusqu'au milieu des années 1960. L'enthousiasme médical des années 1949-1954, qui correspond nettement au moment international de la lobotomie, contraste avec le ton des rapports médicaux postérieurs, beaucoup moins optimistes et plutôt sibyllins. Le rythme du recours aux lobotomies se réduit brutalement de moitié en 1955, probablement sous l'effet de l'arrivée des neuroleptiques mais aussi en raison des critiques que les travaux d'Anglade et de ses élèves s'attirèrent de la part des autres psychiatres. L'emploi de la lobotomie reste cependant à un niveau non négligeable (6 à 7 interventions par an) jusqu'en 1967, date sur lesquels témoins et archives concordent pour signaler la fin de l'expérimentation psychochirurgicale à l'hôpital psychiatrique du Mans.

Entre-temps, la pratique aura parfois servi de palliatif face à des patients violents et agités comme l'illustre l'histoire de Jean W. retracée à travers les archives de son dossier patient<sup>16</sup>. Patient très agité et assez violent admis en 1955, celui-ci refuse toute prise de médicaments, bromure ou neuroleptique. Placé en cellule individuelle, il met l'institution sens dessus dessous et se moque du personnel. En février 1956 il est soumis à la psychochirurgie. Dans un premier temps, le résultat paraît bon pour une opération qui paraît bien tardive dans l'histoire de la lobotomie telle qu'elle est habituellement racontée, c'est-à-dire souvent close en 1954. Jean est calme et tranquille, bien orienté, souriant, il passe son temps à fumer et à lire n'importe quoi allongé sur son lit. Il ne refuse pas une occupation. Mais l'amélioration est de courte durée. Il rit sans arrêt et sans motif. Son langage est décousu. Quelques semaines seulement après son opération, il se remet à insulter les infirmiers, déclare qu'il n'a jamais vu aussi bête qu'eux, est toujours aussi arrogant vis-à-vis des autres malades. Muté, isolé, mis aux bains, il est finalement transféré dans une institution spéciale pour malades difficiles en 1958.

## Les raisons d'une continuité de la pratique

La dimension répressive telle qu'elle apparaît dans cet exemple a été bien décryptée par d'autres études historiques, de même que l'homogénéité sociologique des sujets qui sont soumis à cette technique chirurgicale : majoritairement des femmes démentes précoces et schizophrènes<sup>17</sup>. La technique s'est aussi diffusée parce qu'elle n'est pas considérée comme complexe à réaliser on l'a vu. Mais la pratique n'a aussi pu dépasser le stade expérimental et acquérir le statut de levier de transformation institutionnelle qu'en recueillant un consensus parmi les professionnels de la psychiatrie. De fait la pratique s'est étendue rapidement dans une douzaine de sites au début des années 1950 (Paris, Lyon, Marseille, Montpellier, Strasbourg, Tours, Nancy, Nice, Clermont, Besançon). Au

<sup>15</sup> Anglade L *et al.* Une expérience de cinq années de lobotomies à l'hôpital psychiatrique de la Sarthe. Échecs et réadaptations sociales. *Annales médico-psychologiques*, 1955, 1 : 420-9.

<sup>16</sup> Dossier Jean W., admission 1955, Arch. EPSM Sarthe, n° 014702.

<sup>17</sup> Pressman JD, *Last Resort, Psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002 ; Perreault I. Esprits troublés et corps déviants : les fonctions de la psychochirurgie à Saint-Jean de Dieu (1948-1956). In Frigon S dir. *Corps suspect, corps déviant*. Montréal : les éditions du remue-ménage, 2012 : 205-27 ; Zalashik R, Nadav Davidovitch N. Last resort? Lobotomy operations in Israel. *History of psychiatry*, 2006, 17,1: 91-106.

congrès des psychiatres et neurologues de France qui se tient en 1950, les acteurs concernés parlent déjà de la réalisation d'un millier d'opérations de ce type. À l'image des thérapies de choc qui précédèrent la psychochirurgie, les indications de la lobotomie ont été rapidement étendues – aux enfants arriérés notamment – et une action préventive – et non plus seulement palliative – a été défendue par certains médecins<sup>18</sup>. Pour revenir sur notre exemple précis, si la moitié des dossiers des opérés de l'hôpital du Mans portent sur des admissions datant des années 1936 à 1941, majoritairement des femmes diagnostiquées schizophrènes, les tenants locaux de la psychochirurgie militent pour une intervention de plus en plus rapide, si possible moins de deux ans après l'admission. Ce développement prend, en effet, place dans une refonte complète de la prise en charge psychiatrique du département. La technique de la psychochirurgie n'est pas seulement un dernier recours, mais plutôt un nouveau levier de transformation des services pour chroniques.

La pratique de l'électrochoc avait été populaire, considérée comme miraculeuse et parfois réclamée par les familles. Qu'en fut-il pour la lobotomie ? Les formulaires de demandes d'autorisation d'opérer que l'on retrouve parfois dans les dossiers sont le plus souvent de simples formalités administratives, évoquant à peine la nature de l'acte. Les réflexions sur les droits des patients, consécutives à la Seconde Guerre mondiale, n'ont pas gagné la neuropsychiatrie. D'ailleurs, les textes de référence qui portent sur la condition juridique des malades mentaux dans les hôpitaux français ne parlent pas de la question du consentement à l'opération<sup>19</sup>. L'autorisation était demandée seulement aux représentants de l'interné, ce dernier étant considéré comme incapable de prendre une décision valable. C'est particulièrement vrai pour les schizophrènes dont l'opposition aux thérapeutiques était ramenée à une « manifestation de leur négativisme général » comme l'exprimait Puech, le promoteur de la psychochirurgie<sup>20</sup>. Pourtant, la question se posait avec acuité pour ces interventions chirurgicales lourdes<sup>21</sup>. Autant qu'on puisse en juger par les traces qui subsistent dans les archives, ces opérations ont été bien souvent autorisées par les familles et pour certaines d'entre elles expressément demandées. Dans le cas de Morgane C., l'isolement familial du sujet est contourné in extremis par l'accord d'une grand-mère éloignée de la région :

Je vous précise que Morgane, mariée sans enfants, devenue veuve, a également perdu ses parents et grands-parents, à l'exclusion de moi – même, seule grand-mère maternelle. En ma qualité de seule responsable directe, je vous donne mon accord, sans réserve, en vue de faire subir dès que possible à ma petite fille une lobotomie, seule susceptible d'améliorer son état<sup>22</sup>.

Que savait exactement cette grand-mère de la véritable nature de cet acte chirurgical ? La rhétorique médicale utilisée ne trompe pas, il s'agit d'une reprise des mots du formulaire de demande d'autorisation. Mais il n'est pas impossible que certaines familles aient partagé l'enthousiasme des psychiatres et des chirurgiens promoteurs de la psychochirurgie dans les années 1950. La vulgarisation de ces méthodes par la presse, dont certains médecins demandent d'ailleurs la censure, a d'évidence suscité une demande pour un acte présenté, soit comme une simple incision orbitaire, soit comme une intervention d'urgence<sup>23</sup>.

<sup>18</sup> Feuillet C. Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie. Comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Besançon-Neuchâtel, 1950 : 445, 511.

<sup>19</sup> Raynier J, Beaudouin H. *L'assistance psychiatrique française. vol. II. La condition administrative et juridique des malades mentaux*, 1950, 3<sup>e</sup> éd.

<sup>20</sup> Puech P, Guilly P, Lairy Bounes GC. *Introduction la psychochirurgie*. Paris : Masson, 1950 : 142.

<sup>21</sup> Abély X. Le consentement des malades internés à l'intervention psycho-chirurgicale. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de la langue française, 1950 : 586.

<sup>22</sup> Lettre du 9 janvier 1952, dossier M C, LM, registre d'admission 1951, vol. 55, feuillet 157, AEPSMS, n° 02-265.

<sup>23</sup> Feuillet C. Le traitement..., *op. cit.* : 516.

On l'a oublié donc, la lobotomie a été l'objet d'un large consensus en 1950 et elle a été pratiquée massivement et consciemment, en dépit de ses effets secondaires connus et critiqués par quelques médecins, dès l'origine de cette pratique. C'est ce que montre le recours aux archives des dossiers patients. Certes, sa pratique a été pensée comme une expérimentation de courte durée qui devait laisser place à un usage plus sélectif<sup>24</sup> et l'avènement des neuroleptiques en 1952 puis leur diffusion massive dans la deuxième moitié de la décennie ont suscité des critiques sur l'emploi continu de cette technique. Mais elle a encore ses défenseurs bien après la transformation chimiothérapique du soin psychiatrique. À la clinique de Strasbourg, par exemple, on estime en 1953 que son rejet serait « une prise de position antimédicale » en contradiction avec les succès obtenus<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Puech P, Guilly P, Lairy Bounes GC. *Introduction...*, *op.cit.* : 152.

<sup>25</sup> Dany A *et al.* Résultats cliniques de la psychochirurgie. Statistiques personnelles. *Revue neurologique*, 1953, 88 : 553.