

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE

PARIS 1950

Indications respectives des méthodes de choc

par le Professeur Juan José LÓPEZ-IBOR



PARIS


HERMANN & C^{ie}, ÉDITEURS

6, Rue de la Sorbonne, 6

—
1950

Indications respectives des méthodes de choc

par le Professeur Juan José LÓPEZ-IBOR

ERTAINS ont défini les thérapeutiques de choc comme des thérapeutiques agressives. Il existe même une opinion extrémiste qui prétend les disqualifier moralement de façon absolue. BARUK dit : « qu'elles violent la personnalité morale du malade ». Dans d'autres secteurs, sans aller jusqu'à une condamnation morale aussi absolue, on avoue une certaine répugnance à les employer. BOSS dit que, depuis les temps les plus anciens, il existe deux méthodes thérapeutiques contre les psychoses : une par laquelle on s'efforce de fournir de l'énergie au malade, en lui donnant des stimulants positifs, l'autre dans laquelle on emploie des procédés qui menacent la vie du malade et le mènent jusqu'au seuil de la mort. Il ajoute que l'on trouve, dans les rêves des thérapeutes de ce second groupe, des impulsions agressives. L'exagération de cette prétention outrancière est évidente ; mais, quoiqu'il en soit, elle présente l'avantage de poser un problème dont nous allons nous occuper immédiatement : *celui qui consiste à déterminer les limites morales de ces traitements.*

Dire qu'il s'agit de thérapeutiques brutales comporte certainement l'emploi erroné d'un adjectif : car elles ne sont pas plus brutales qu'une opération chirurgicale. Dans les deux cas, le malade perd conscience et on effectue sur son corps des manœuvres qui échappent absolument à son contrôle. En face de cette comparaison, on invoque aussitôt une objection : le consentement. En effet, dans un grand nombre de cas chez les malades mentaux, on réalise le traitement sans leur consentement. Mais ceci ne dépend pas de la thérapeutique mais du malade lui-même qui ne se trouve pas en état de donner son consentement.

L'application d'un électro-choc suppose la même violence morale que l'on impose au malade lorsqu'on lui administre une injection calmante et une violence moindre que celle que comporte sa réclusion dans un établissement spécial. Et que l'on n'invoque pas l'excuse du danger. L'expérience déjà longue de ces dernières années a démontré que le danger de la thérapeutique de choc, convenablement appliquée, est minime. Les séquelles sont souvent comme les fractures, exceptionnelles, d'autres, comme les amnésies, passagères, et toutes dans la majorité des cas, moindres que les dangers mêmes de la maladie.

Nous devons donc repousser catégoriquement cette condamnation morale des thérapeutiques de choc ; mais, comme nous l'avons déjà dit, le genre de malade auquel on les applique, nous oblige précisément au maintien de certaines règles morales pour leur utilisation.

Il faut d'abord établir une distinction fondamentale. La thérapeutique par les chocs est une thérapeutique causale, et par conséquent, elle doit s'employer uniquement dans les processus morbides dans lesquels s'établissent des relations de cause à effet. La distinction que l'on fait en psychopathologie entre les relations causales et compréhensibles (DILTHEY, JASPERS) est bien connue. La première est la relation physique ou biologique qui relie un fait à ses séquelles. Dans le second cas, il s'agit d'une relation purement compréhensible, c'est-à-dire psychologique. Dans le premier cas, il y a des causes et des effets. Dans le second, il y a des motifs et des relations compréhensibles.

La thérapeutique par les chocs étant, par conséquent, une thérapeutique causale, elle trouvera son application, d'une façon générale, dans tous les troubles qui sont basés sur des relations de cause à effet, et par conséquent, principalement dans les cas de psychoses endogènes, les psychoses exogènes ayant déjà leur méthode spéciale de traitement. Nous examinerons plus loin leur application, dans certains cas de psychoses exogènes.

On doit par contre exclure, *en principe*, de la thérapeutique par les chocs, les réactions psychiques dans le sens strict, c'est-à-dire les névroses. On ne doit pas non plus appliquer les chocs dans les cas dits de constitution ou de développement anor-

maux et morbides de la personnalité (personnalité psychopathique, développement paranoïde, etc.).

Ce principe général peut susciter une objection qu'il convient d'écartier au préalable. Dans toute la thérapeutique par les chocs, on utilise aussi les effets purement psycho-réactifs qu'elle provoque. L'ambiance de la clinique ou de l'asile exerce en dehors d'une action spécifique, une sorte d'action psycho-thérapeutique additionnelle, puisqu'elle crée un climat de confiance autour de l'efficacité de l'action médicale et que, par ailleurs, elle oblige le médecin à s'occuper du malade. En outre, certains auteurs prétendent que l'action fondamentale exercée par la thérapeutique de choc consiste en l'établissement d'un contact avec le malade qui serait, autrement, difficile ou presque impossible. Lorsque l'on considère la thérapeutique des chocs comme une thérapeutique causale, on écarte, par cela même, tous les commentaires qui se basent sur son action effrayante. BONHŒFFER et d'autres ont voulu comparer les thérapeutiques actuelles aux thérapeutiques « par impression » du siècle dernier. Ce n'est pas la même chose ; les thérapeutiques actuelles sont d'abord biologiques et secondairement psychologiques, contrairement à ce qui caractérise celles-là. Nous prétendons précisément établir une opinion en face de ces affirmations. Cette thérapeutique exerce d'abord son action d'une façon causale ; on pourrait fonder sur elle, en de nombreux cas, une autre thérapeutique très secondaire, de caractère psychothérapique, mais elle aura et maintiendra toujours ce caractère secondaire. Par conséquent, nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui veulent utiliser l'électro-choc comme une arme psychothérapique, par exemple dans les cas de paralysie hystérique. Nous ne nions point qu'elle puisse éventuellement être utile mais, comme dit SCHNEIDER, *tout ce qui est utile n'est pas pour autant permis*. Les mêmes résultats, et peut-être même, des résultats encore meilleurs, pourront être obtenus avec d'autres thérapeutiques moins agressives et plus psychothérapiques, et, par conséquent, plus rationnelles dans ces cas.

Ces affirmations d'ordre général étant posées, nous devons maintenant examiner les indications des différentes formes de thérapeutiques de choc dans les différentes maladies.

SCHIZOPHRÉNIE.

Depuis les découvertes thérapeutiques fondamentales de SAKEL, V. MEDUNA et CERLETTI, on est arrivé à une schématisation des indications sur laquelle se fonde la majorité des travaux que l'on trouve dans la littérature spécialisée. Le schéma auquel se réfère la majorité des travaux, se résume dans les principes suivants :

1. — La thérapeutique convulsive (cardiazol, pentazol, azoman, électro-choc, etc.), doit s'utiliser dans les cas de psychose maniaco-dépressive. Dans la majorité des cas, il suffit de quelques chocs pour abrégé les phases.

2. — La thérapeutique convulsive doit s'utiliser dans certaines formes de schizophrénie, spécialement dans les stupeurs catatoniques.

3. — L'insuline est de la plus grande utilité comme thérapeutique de la schizophrénie. Elle doit être utilisée exclusivement dans certaines formes : on peut dire qu'en général, elle peut s'appliquer à tous les cas qui demandent un traitement, sauf aux stupeurs catatoniques.

4. — En tout cas, la thérapeutique par l'insuline tend à fixer les résultats obtenus par la thérapeutique convulsive.

Les principes que nous venons d'énoncer contiennent un véritable noyau : mais l'expérience de ces dernières années a permis précisément de fixer les indications de façon plus stricte et sélective. Nous nous efforcerons surtout de déterminer ce que l'expérience a permis d'acquérir en toute sécurité en séparant ce qui peut être douteux ou problématique en matière d'indication.

Les cas *initiaux* de schizophrénie posent des problèmes très divers qui ne permettent pas de leur appliquer une schématisation thérapeutique. En premier lieu, il existe des manifestations légères de schizophrénie qui évoluent favorablement et ne réclament pas autre chose qu'une attentive et intelligente surveillance psychiatrique. Dans d'autres cas, il suffit d'une thérapeutique à acétylcholine sans internement, pour obtenir un excellent résultat. L'indication du traitement « ambu-

latoire » (c'est-à-dire sans internement) de la schizophrénie suscite des opinions très diverses. Certains psychiatres affirment que tout cas de schizophrénie doit comporter un internement immédiat, et être soumis à un traitement par l'insuline, mais ni l'une ni l'autre de ces indications ne sont admises par tous les autres. Personnellement, je ne crois pas que le diagnostic de la schizophrénie — dans le cadre très ample qu'elle comporte actuellement — doive impliquer forcément l'internement et l'insulino-thérapie. Dans les mêmes conditions où nous avons signalé l'existence d'évolutions légères et bénignes, sans aucun traitement ou avec un traitement « ambulatoire » d'acétylcoline, il existe un important pourcentage de cas qui peuvent être traités avec des électro-chocs en thérapeutique « ambulatoire ». Cette méthode comporte, pour le malade, l'avantage d'être maintenu dans un milieu social et familial, lorsque celui-ci lui est favorable. Pour les hôpitaux, elle offre l'avantage d'éviter les encombrements. Cependant, l'indication du traitement « ambulatoire » dépend de deux facteurs : d'une part, de la caractéristique du début des troubles et de la symptomatologie du cadre clinique ; d'autre part, des conditions du milieu familial du malade. Je crois que certaines des divergences d'opinions qui existent entre les psychiatres sur ce point sont provoquées par la réalité sociale du milieu dans lequel ils opèrent. Il se produit, sur ce point, la même chose qu'en de nombreux aspects de l'assistance. Par exemple, l'organisation de la vie sociale espagnole favorise l'existence d'une assistance familiale spontanée, très supérieure à celle qui peut exister dans d'autres pays.

C. SCHNEIDER soutient l'opinion selon laquelle il convient de commencer n'importe quel traitement de la schizophrénie en clinique par le moyen de la thérapeutique du travail. Lorsque le premier résultat recherché est obtenu, par cette thérapeutique, il convient de continuer par l'insulino-thérapie. Cette opinion est rarement partagée par d'autres cliniciens. La thérapeutique par le travail n'est pas nécessaire pour aider l'efficacité initiale des thérapeutiques de choc, mais elle est plutôt utile comme complément de celle-ci.

Dans la majorité des cas cependant, le traitement de la schizophrénie en clinique débute habituellement avec l'insuline. Cette règle comporte certaines exceptions.

En premier lieu, les cas de *catatonie d'évolution aiguë et fulminante* (catatonie aiguë mortelle de STAUDER, catatonie pernicieuse de BRAUNMULH). Il y a quelques années on considérait que la thérapeutique convulsive était contre-indiquée dans ces cas, comme dans les cas de « poussées fébriles » (SCHEID) de la schizophrénie (1) (C. SCHNEIDER et encore récemment MAX MULLER). L'expérience ultérieure a démontré que précisément la thérapeutique convulsive offre la seule possibilité de sauver ces malades. Un coma insulinique peut être très dangereux pour le malade au cours des premiers jours. Il vaut mieux commencer le traitement par une sorte d'*assaut convulsif* sous la forme d'un électro-choc quotidien pendant trois ou quatre jours consécutifs, ou sous la forme de deux ou trois électro-chocs, le premier et le second jour. Il est surprenant d'observer les résultats de cette thérapeutique qui parvient à sembler héroïque dans ces circonstances, compte tenu de l'état du malade (JAHN, EWALD, HADENBROCK, BRAUNMÜHL). Dans certains cas, on ne parvient pas à provoquer la convulsion ; l'injection de sérum physiologique pour combattre l'état de déshydratation de l'organisme, abaissant ainsi le seuil des convulsions, permet d'obtenir une attaque convulsive qui n'avait pu être provoquée auparavant. Cependant, il y a encore des cas qui, inévitablement, vont à une issue fatale, malgré cette thérapeutique et les traitements complémentaires.

Les cas d'*excitation psycho-motrice* sont très voisins de ces dernières formes. Il est également convenable de commencer par la thérapeutique convulsive, qui, en peu de jours, peut réduire ou faire disparaître l'agitation du malade. Il faut beaucoup plus de temps à l'insuline pour obtenir le même résultat. En *tout* cas, on peut commencer par la première dose et, simultanément employer la thérapeutique convulsive.

En dehors de ces cas, et de celui de *stupeur catatonique* simple, la majorité des auteurs préfère l'insulinothérapie dans le reste du cadre clinique schizophrénique.

Bon nombre de psychiatres, peut-être même la majorité, se rangent à l'opinion qui attribue un grand succès au *traitement*

(1) Au début de l'ère insulinique, on considérait comme une contre-indication l'apparition d'une légère fièvre pendant le traitement.

précoce de la schizophrénie, fait sur lequel les premiers travaux de SAKEL et de V. MEDUNA avaient déjà attiré l'attention. La nécessité du traitement précoce oblige à accepter le *traitement « ambulatoire »* ou à modifier l'opinion médicale concernant l'entrée des malades dans les cliniques. Si le traitement doit être forcément établi, il va de soi qu'il doit comporter l'internement, sans attendre que se révèlent les indications sociales provenant du danger que comporte l'état du malade pour lui-même ou pour son entourage. C'est ainsi que les indications médicales d'internement dans les établissements de psychiatrie ont été élargies.

Le traitement pendant la première année de la maladie obtient des résultats dont l'importance va, selon les divers auteurs, jusqu'à 87 %, ce chiffre comprenant les guérisons et les rémissions sociales. Au cours de la deuxième année, le chiffre des rémissions thérapeutiques s'abaisse considérablement, atteignant à peine le quart de celui qui a été obtenu pendant la première année ; et dans les années suivantes, la courbe se rapproche de celle des rémissions spontanées de la maladie. LANDHAL et DANZIGER ont effectué un calcul mathématique compliqué, démontrant que le succès du traitement est proportionnel à la précocité de celui-ci et au nombre de traitements appliqués (chiffre idéal : 30 électro-chocs et 50 comas insuliniques).

Grâce à la thérapeutique par les chocs, on obtient un nombre de rémissions sociales double de celui qu'enregistre l'évolution spontanée de la maladie ; les améliorations sont dans la proportion de 3 à 2 (MAX MULLER). Cette proportion suppose que la thérapeutique est faite dans la première année de la maladie, Trois ans après, 30 % ont rechuté (selon la statistique de KRAEPELIN, 54 % auraient rechuté s'ils avaient été abandonnés à l'évolution spontanée de la maladie ; toujours selon KRAEPELIN, la proportion des rechutes au bout de 5 ans est de 78 %). Sur les statistiques des hôpitaux de New-York (ROSS), la rémission du groupe de malades traités précocement par l'insuline, comparée avec celle du groupe qui n'a pas été traité est de 3 contre 1 (ceci est peut-être dû au chiffre peu élevé des rémissions spontanées). On trouve dans la bibliographie des chiffres très voisins (voir BRAUNMÜHL, KALINOWSKI, LOPEZ IBOR et

VELA DEL CAMPO, ALLEN et ENGLE, COLUCCI, GEAGHEACON, KARHIER, LARKIN, PASTOR, HOLZMANN, MARTIN, etc.).

Cependant, cette efficacité thérapeutique n'est pas *unaniment* admise.

Beaucoup d'auteurs croient que la thérapeutique peut seulement guérir les poussées schizophréniques qui, par elles-mêmes, sont de bon pronostic (NIELSEN, LIBERSTON, ROBERT, LEMKE, LANGFELD, etc.) BLEULER affirme que la persistance de la guérison après la thérapeutique par chocs est réduite, puisque 3 ou 4 ans après, les 2/3 aux 3/4 environ des malades que l'on considérait comme guéris souffrent de rechutes. Dans les rechutes, la majorité des cas consiste en une nouvelle poussée aiguë qui souvent se guérit à nouveau, quelques cas évoluent vers une forme chronique. Dans les 3 ans 1/2 à 4 ans 1/2 après, la moitié des cas guéris ont une nouvelle poussée aiguë qui cède ou que a tendance à céder. D'après la statistique de BLEULER le 1/5 des malades traités, même réintégrés au sein de leur famille, montre des symptômes de schizophrénie chronique. Pour BLEULER il n'existe pas de différence appréciable entre les guérisons spontanées et celles qui ont été obtenues par traitement. Les guérisons s'obtiennent surtout dans les cas aigus et très rarement dans les cas chroniques. Lorsque dans un cas chronique on obtient un bon résultat immédiatement après le traitement, l'observation ultérieure démontre que celui-ci est très passager. Les poussées de la schizophrénie phasique réapparaissent indépendamment du traitement et *ont, d'elles-mêmes, une tendance spontanée à la rémission*. Dans cette tendance à la rémission, certains facteurs exercent une influence, notamment la personnalité pré-psychotique, le milieu familial, la constitution physique, etc. (ENKE et KANTHAK signalent l'influence favorable du type pycnique et l'influence défavorable du leptosome).

Il n'y a par conséquent pas de concordance entre le point de vue soutenu par BLEULER et le point de vue de ceux qui estiment que la thérapeutique par les chocs donne un haut pourcentage de guérisons ou de rémissions dans la schizophrénie. Sous une forme peut-être plus nuancée, on retrouve cette pensée dans de nombreux travaux qui expriment tous l'opinion selon laquelle la persistance de la rémission thé-

rapéutique est minime (MAUZ, REZNIKOFF, ZETTERHOLM, ORNUI, etc.). *L'influence de cette opinion est évidemment décisive dans les indications thérapeutiques* : si l'efficacité est minime, les indications se trouveraient limitées à certains cas puisque l'action serait plutôt socialisante et tranquillisante que guérissante. La vie de l'établissement s'améliorerait et il est possible que certains malades pourraient être libérés de tourments subjectifs en réduisant la durée d'une poussée, mais à peine davantage.

Par conséquent, au fond, la valeur des résultats de la thérapeutique se heurte à deux opinions distinctes et plus radicalement distinctes qu'il n'apparaît à première vue. D'une part, la précocité du traitement augmente les probabilités du succès, et d'autre part, la précocité du traitement n'influe pas par elle-même sur la forme clinique. Les formes cliniques d'évolution phasique tendant par elles-mêmes à la rémission sont celles qui garantissent le succès.

Les nombreuses publications concernant la thérapeutique de la schizophrénie oublient trop fréquemment ce problème, essentiel à mon avis, de la solution duquel dépend, non seulement la possibilité d'établir des indications claires et précises de la thérapeutique, mais aussi d'autres questions de conception et de pathogénie de la maladie.

Il est un fait certain et presque unanimement admis, et de façon plus large que ne l'admet BLEULER, c'est qu'il existe des formes phasiques dans lesquelles la thérapeutique obtient des succès dans la première poussée et dans les suivantes. Si dans certains cas on n'obtient pas le même résultat dans les poussées ultérieures (3^{me}, 4^{me} ou 5^{me}), ce serait parce que ces cas possèdent, outre leur évolution phasique, une tendance à la démence. Après chaque poussée, le malade est plus affecté dans sa personnalité que dans la précédente. La conclusion générale pourrait être qu'il existe une forme nucléaire ou fondamentale de la démence précoce ou schizophrénie, ainsi que d'autres états « schizophréniforme », comme dit LANGFELT, ou deux maladies, la schizophrénie et l'onéïrophrénie, comme le soutient V. MEDUNA. Mais, à mon avis, la situation clinique serait mieux exprimée en distinguant dans la schizophrénie, comme l'a fait HOCH dans la paralysie générale, des symptômes *axiaux* et d'autres, *acces-*

soires ou périphériques. Nous pourrions également parler de symptômes *substantifs* ou *adjectifs*. Dans l'évolution de la paralysie générale, le symptôme axial est le déficit intellectuel que nous appelons démence paralytique, par contre, dans la schizophrénie le symptôme axial serait cette altération de la personnalité globale que, dans ces formes les plus accentuées, nous appelons démence ou détérioration schizophrénique. Il n'y aurait pas, par conséquent, deux maladies : schizophrénie et états schizophréniformes mais bien une maladie ou un syndrome, avec des symptômes axiaux et périphériques.

Des tentatives bien précoces et répétées ont été faites pour établir une distinction dans l'étude de la schizophrénie entre les symptômes primaires et secondaires (symptômes physiogènes et psychogènes de BLEULER, symptômes primaires et secondaires de MAYER-GROSS, symptômes de premier et de second ordre de KURT SCHNEIDER). On a voulu établir cette distinction en se basant sur plusieurs opinions. E. BLEULER voulait s'appuyer sur un schéma pathogénique, tandis que K. SCHNEIDER établissait une distinction se basant exclusivement sur la valeur que possède le symptôme pour définir le cadre clinique. Les symptômes de premier ordre permettent d'assurer l'existence d'une schizophrénie, même lorsqu'ils se présentent de façon isolée. La thérapeutique acquiert, ou pour mieux dire, doit acquérir, sur ce point, une valeur définie. L'action thérapeutique est, en même temps qu'un avantage pour le malade, un véritable acte de connaissance. Dans l'étude de la schizophrénie, où nos connaissances essentielles sont insuffisantes, il est nécessaire d'utiliser toutes les voies de pénétration possibles, et, à défaut d'authentiques progrès dans la pathogénie, la thérapeutique peut être une « *via regia* » de connaissance.

Le but immédiat de l'investigation clinique et thérapeutique de cette maladie doit donc être de démembrer les symptômes axiaux et périphériques. La distinction pourra grossièrement se faire selon leur plus ou moins grande résistance à l'agression thérapeutique. Au fond, on doit se heurter à un fait fondamental : certains symptômes persistent et dépendent, en dernier ressort, de l'essence même de la maladie. Les autres seront plus apparents, mais, en dernière analyse, seront des symptômes adjectifs. *La thérapeutique par les chocs*

laisse par conséquent intact le noyau axial de la schizophrénie.

Mais ceci ne signifie pas qu'il faille nier absolument la valeur du traitement précoce : en premier lieu l'investigation clinique et psycho-pathologique ne nous permet pas encore d'assurer avec certitude ce qu'il peut y avoir d'axial et de secondaire dans un cadre aigu. On sait, d'après l'expérience générale, que les cas dits de démence simple, d'évolution insidieuse lente et progressive, comportent un mauvais pronostic, ainsi que la majorité des véritables cas d'hébéphrénie. Et c'est parce que, dans tous ces cas, le processus corrosif de la personnalité se présente sous une forme presque pure. Certaines formes aiguës de « catastrophes schizophréniques » comportent également un mauvais pronostic, parce que, dans ces cas, la corrosion de la personnalité se réalise de façon aiguë et brutale. Egale-ment, dans d'autres cas de catatonie subaiguë et de formes paranoïaques subaiguës, le pronostic n'est généralement pas bon, mais en échange, le traitement précoce donne une amélioration. Nous voudrions attirer l'attention sur ceci : l'évolution vers la détérioration schizophrénique se réalise d'une façon assez compliquée ; elle est essentiellement déterminée par le processus biologique qui lui sert de fond et qui continue imper- turbablement son œuvre destructrice, mais comme ce proces- sus se produit sur un être humain, sur une personne, et que par conséquent il trouble morbidement ses deux versants soma- tique et psychique, il engendre ainsi une série de symptômes liés au processus, les uns biologiquement, les autres psycholo- giquement. Chaque série suit, dans son développement, ses règles propres (écart organico-dynamique de EY). Il s'agit de symptômes pathogènes de second ordre et de symptômes patho-plastiques, selon l'expression de BIRNBAUM. Sur tous ces symptômes, le traitement exerce une influence décisive, il réalise donc une réduction jusqu'à sa moindre expression de la destruction biologique. Sur cette base réduite, les symptômes adjectifs apparaissent à peine. *Par conséquent, dans ces cas, il n'est pas indifférent que le traitement soit ou non précocement appliqué.* Plus tôt il est commencé, et mieux il agit. EDERLE a démontré qu'en faisant des catamnèses tardives de schizo- phrénies, la différence entre les cas traités et non traités, en ce qui concerne la rémission, atteint encore 13,5 %.

Pour résumer toutes ces considérations, nous pouvons établir avec une certitude relative, quelques faits :

1. — Il existe des formes phasiques de schizophrénie (schizophrénie en poussées) dans lesquelles la thérapeutique est efficace dans tous les cas pour abrégier la durée des poussées et pour rendre le malade plus maniable.

2. — Dans les formes axiales de la maladie, la thérapeutique n'est pas totalement inefficace, bien qu'elle soit beaucoup moins efficace que dans les cas précédents. Il y a des cas d'évolution délétères qui conduisent à la démence dans lesquels la thérapeutique est absolument inefficace.

La schizophrénie se présente en clinique avec des cadres si divergents que, comme nous le disions plus haut, on s'est efforcé d'établir un rapport entre le cadre clinique et la thérapeutique à employer. Nous avons déjà noté le schéma généralement établi, mais nous devons maintenant tenter un examen plus précis de ce schéma.

L'opinion la plus généralement admise actuellement est la suivante :

Le traitement par l'insuline est indiqué dans les cas de schizophrénie agitée, paranoïa, et catatonie agitée. Il est à peine efficace dans les formes de catatonie stupéfiante, qui comportent des incrustations maniaco-dépressives, dans les schizophrénies tardives, et dans celles que nous pourrions appeler fermées (négativistes et rigides).

Au contraire, la convulso-thérapie est efficace dans les formes catatoniques (stupeur, mutisme et négativisme), et dans les formes qui comportent des éléments maniaco-dépressifs. Mais, par contre, elle est inopérante dans les formes paranoïaques. Toutes ces méthodes ont donc une *indication commune* : *les agitations catatoniques et par ailleurs, les indications différenciées indiquées.*

A mon avis, il ne faut considérer ce schéma que comme une grossière simplification. Non seulement l'agitation catatonique réagit aux deux méthodes, mais l'agitation hébéphrénique réagit aussi. Les indications de la méthode combinée sont constituées par les excitations motrices dans lesquelles il est nécessaire d'accoupler les deux actions calmantes. Schématiquement,

on dit que lorsqu'une forme schizophrénique commence comme une catatonie, elle se traite avec des électro-chocs, mais que si elle se transforme en paranoïa, on doit employer l'insuline ou la méthode combinée. Ce qui est certain, c'est que dans la pratique la méthode combinée s'emploie sans tenir compte de ces discriminations, qui, dans la majorité des cas, ne sont pas exactes. Cette méthode combinée donne des résultats *légèrement* meilleurs que les méthodes isolées. Les poussées qui comportent un bon pronostic ne justifient pas l'emploi de la méthode combinée à moins que ce ne soit parce qu'elles doivent être traitées par électro-chocs et qu'il existe une résistance du malade à se soumettre à cette thérapeutique ; dans ce cas, il s'y soumet après pré-coma insulinique léger (ou injection de pentothal). Dans les cas qui ne sont pas clairement phasiques, la vitesse de corrosion de la personnalité peut être réduite par les mécanismes déjà indiqués.

La méthode qui consiste à conjuguer les deux procédés est née de l'idée d'augmenter l'efficacité thérapeutique par un accroissement dans le même sens, de l'agressivité de celle-ci. Cette même idée a été développée de façons différentes. VALENTINE propose l'« électropexie » intensive (plusieurs attaques par jour pendant plusieurs jours), dans les psychoses aiguës avec refus d'aliments dans la manie aiguë, dans les psychoses involutives de type paranoïaque, et dans la psychose paranoïaque ; TYLER et LOWENBACH pratiquent le traitement « polydiurne ». L'inocuité du procédé est certaine (SOGLIANI, 5 électro-chocs en une heure, HEMPHILL et WALLER : traitement quotidien durant une semaine ; BERGER, DROBUS : traitement quotidien, etc., etc.). Pourtant, *l'indication générale* n'apparaît pas aussi clairement. Cette méthode accumulative comporte seulement une indication restreinte et transitoire (catatonies aiguës, agitations graves et quelques manies) ; en dehors de ces cas, on arrive seulement à produire un syndrome psycho-organique profond qui tranquillise le malade et simule une rémission. C'est à ce groupe d'accumulations thérapeutiques qu'appartient l'électronarcose (TIETZ), dont les indications ne sont pas encore très précises ; dans l'état actuel de nos connaissances il semble qu'on doive y recourir, en présence de l'échec réel ou possible des autres thérapeutiques. HARRIS et ses collaborateurs disent

que l'indication la plus précise se trouve dans le retardement psycho-moteur. MEDLICOFF dit que l'électro-narcole obtient de meilleurs résultats que l'électro-choc dans la démence paranoïaque.

Une indication fondamentalement attribuée à l'insuline est celle d'obtenir la *fixation* des résultats de l'électro-choc. Cette affirmation est faite par différentes cliniques, sans què, pour cela, on puisse la considérer comme rigoureusement démontrée. Il existe de nombreuses causes d'erreur qu'il serait utile d'éliminer avant de l'accepter définitivement. Une de ces erreurs, par exemple, est la suivante : une poussée schizophrénique commence, et, après une thérapeutique par convulsions, on observe une amélioration suivie d'une rechute presque immédiate. Sur quoi, après quelques nouveaux essais, on passe à l'insuline ou à la méthode combinée et on obtient une rémission. Il est possible que la poussée ait été également dominée si elle avait été traitée par électro-chocs pendant 2 ou 3 mois encore. La rémission n'aurait pas dépendu de la nouvelle thérapeutique, mais plutôt d'un prolongement de celle-ci, jusqu'au moment où la poussée aurait présenté une tendance spontanée à disparaître. Cette interprétation se base sur les cas bien connus de patients abandonnés sans amélioration après 3 ou 4 mois de traitement, et qui, entreprenant de nouveau un traitement simple ou combiné, pendant encore 3 ou 4 mois dans une autre clinique, obtiennent (!) une rémission.

Un grand problème actuel consiste à analyser la symptomatologie des formes catatoniques et paranoïaques apparemment semblables à d'autres formes comportant un bon pronostic, mais cependant différentes.

Cette analyse permettrait d'établir, de façon plus claire, les indications de traitement. On dit et on répète avec insistance que dans les formes catatoniques, la thérapeutique convulsive est indiquée alors que, dans les formes paranoïaques, c'est la thérapeutique par l'insuline qui est indiquée. Ceci est seulement exact en ce qui concerne la première partie, car s'il est évident que la convulsothérapie donne des résultats brillants dans la catatonie, *il n'en est pas moins vrai que plusieurs formes paranoïaques cèdent facilement à ce traitement.* Cela ne doit pas nous surprendre si nous nous remémorons les anciennes

discussions autour de la « paranoïa » et que nous ne pouvons rappeler ici. Je veux seulement signaler que la « paranoïa » a été assimilée par certains auteurs à la psychose maniaco-dépressive. Et le fait est qu'il existe des formes de schizophrénie paranoïaque qui ont une tendance à l'évolution phasique, différente au fond de l'état chronique du développement paranoïaque (non schizophrénique) et des formes de schizophrénie paranoïaque à tendances délétères.

Il se produit quelque chose de semblable en ce qui concerne un certain groupe de schizophrénies tardives de caractère paranoïaque ; malgré le caractère nettement schizophrénique (délire de référence, pseudo-perception visuelle et auditive, etc.) l'évolution tend à être phasique, avec une durée moyenne plus grande que celle d'une phase mélancolique. Deux symptômes remarquables émergent du cadre clinique : un délire qui tente, parfois, d'avoir un caractère systématique, et une franche dépression des sentiments vitaux. Par conséquent, malgré le caractère paranoïaque du cadre clinique, celui-ci ne cède habituellement qu'à la thérapeutique convulsive ; dans certains cas, il subsiste un délire résiduel que le malade bien dirigé du point de vue psycho-thérapeutique, peut arriver à dominer.

FIAMBERTI propose l'usage de l'*acétylcoline* intraveineuse dans le traitement de la schizophrénie. Il a rendu compte des résultats obtenus dans de nombreuses publications. Pourtant, les indications ne s'y trouvent pas très précisées. Pour FIAMBERTI, on peut utiliser l'acétylcoline dans n'importe quelles formes de schizophrénie où les autres thérapeutiques par choc peuvent être employées. Son action principale porte sur la désagrégation et l'autisme. D'autres indications sont *indirectes*, c'est-à-dire qu'elles ne dérivent point du cas clinique proprement dit, mais des avantages que présentent les injections (pas de mortalité, pas d'accidents chirurgicaux, pas d'abcès pulmonaire, pas d'affection du système cardio-vasculaire, pas d'amnésie post-choc).

Une longue expérience de cette thérapeutique m'a démontré qu'on ne peut pas superposer ces indications à celles de l'électrochoc ou de l'insuline. Il est indubitable que celle-ci a une plus grande efficacité dans la majorité des cas. Pourtant, l'acétylcoline a des indications supplémentaires, par exemple, dans les

cas d'évolution bénigne pour lesquels on peut établir un traitement ambulatoire, dans des phases du même type, dans de légères excitations de la schizophrénie résiduelle qui ne présentent pas le caractère d'une véritable poussée, ou comme traitement complémentaire après la sortie de clinique, lorsque la rémission n'est encore ni complète, ni certaine, etc. Ce qui est essentiel dans l'efficacité de l'acétylcoline dans la schizophrénie, c'est la provocation de l'attaque. D'autres substances ont été utilisées dans le même but que l'acétylcoline (tonamina par HERCHT et STERN, sulfate de méthyl-guanidium par ALDRICH et DORR, sans succès, semble-t-il).

Les observations qui précèdent imposent un autre fait, basé sur la thérapeutique, et qui, par ailleurs, avait été antérieurement signalé par la clinique : l'insuffisance de la classification clinique de la schizophrénie en hébéphrénie, catatonie, et démence paranoïaque. En réalité, il s'agit d'une classification des symptômes de façade qui, si elle conserve une certaine valeur, la conserve précisément dans le groupe de l'hébéphrénie mais non dans les deux autres. C'est pourquoi on s'est efforcé d'établir de nombreuses classifications du périmètre interne de la maladie. BARAHONA FERNANDEZ et POLONIO essayent de surmonter cette difficulté en établissant des indications, non pas selon la forme clinique de la maladie, mais selon la forme symptomatique de la maladie mentale quelle qu'elle soit. L'insulinothérapie se trouvera indiquée dans les cas d'altération de la personnalité (sentiments dynamiques, intérêt, motivation, capacité de commentaires et activité intellectuelle), et l'électrochoc dans les perturbations de l'affectivité et de la fonction d'état de veille. A titre d'exemple, et pour signaler une tentative risquée, nous pouvons indiquer celle de K. SCHNEIDER, en raison de la valeur qu'elle présente pour établir les indications thérapeutiques. Il y a trois groupes syndromiques de schizophrénie. Ils apparaissent avec pureté dans certaines formes de schizophrénie que nous qualifierons de formes abortives ; mais aussi, elles se combinent de deux en deux, ou apparaissent simultanément toutes trois. Dans ces cas, nous pouvons nous heurter à toutes les possibilités imaginables, bien que peut-être nous trouverons plus fréquemment que l'un des

syndromes domine les autres, soit pour toujours, soit pendant une phase déterminée de la vie. Pour SCHNEIDER, la tâche la plus immédiate et la plus urgente de la psychiatrie clinique consiste précisément à analyser soigneusement les formes d'évolution sous l'angle de cette considération évolutive des complexes syndromiques.

Les symptômes des trois formes syndromiques se groupent de la façon suivante :

PREMIÈRE SÉRIE (*Symptomverband des gedankenentrugs*):

Scrupules et luttés intérieures sur la Conception du monde. — Transformation de la foi religieuse. — Déchirement de la pensée (éclipses de la pensée). — Vol de la pensée. — Perplexité. — Pensée influencée. — Altération de la volonté dans le sens que celle-ci est influençable, action imposée ou forcée, etc. — Déraillement du langage. — Blocages.

DEUXIÈME SÉRIE (*Symptomverband des Sprunghaftigkeit*):

Pensée saltigrade. — Paralysie des impulsions. — Manque de dynamisme et d'élasticité dans la capacité de réaction vitale. — Amortissement de la tristesse, de la joie et de la peine. — Etat d'exaltation avec angoisses, colères, larmes faciles, désespoir, « pathos » vide, avec de rapides changements de nuances. — Altération des sentiments corporels et des perceptions cénesthésiques. — Hallucinations physiques.

TROISIÈME SÉRIE (*Symptomverband des Faseln*):

Délire de référence ou de signification, « délire primaire », pensée confuse et désordonnée. — Pensée embolismatique. Manque d'intérêt pour les choses et valeurs objectives. — « Manque de jugement ». — Embolisme et désagrégation. — Excitations émotives injustifiées. — Impulsions paraboliques.

Ces trois groupes réagissent de façon très différente au traitement. Le troisième syndrome réagit spécialement à l'action de l'insuline ; celui de la pensée saltigrade aux actions convulsives, et celui de la pensée influencée à la thérapeutique par le travail. Dans la thérapeutique par le travail, on exerce une

plus grande influence sur le syndrome saltigrade par le changement d'occupation et de travail corporel, tandis que, dans les cas du troisième syndrome, on exerce une influence par les occupations manuelles de toutes sortes, et dans le syndrome de la pensée influencée, on agit par les actions instinctives inter-humaines.

Outre des objections de fond qu'il n'y a pas lieu de faire ici, le rapport que signale SCHNEIDER entre les syndromes et les indications thérapeutiques n'existe pas. Le premier complexe syndromique répond bien à la thérapeutique par le travail, mais mieux encore selon ma propre expérience lorsqu'il se présente pur, à un certain nombre d'électro-chocs. Ce même syndrome peut nous être utile pour attirer l'attention sur la différence entre les deux binômes : symptômes axiaux et périphériques, et symptômes de premier et de second ordre (K. SCHNEIDER), la prise de la pensée est un symptôme de premier ordre parce qu'il permet de découvrir la présence de la schizophrénie, mais par contre à mon avis, il ne doit pas être considéré comme un syndrome axial. SCHNEIDER présente son premier complexe syndromique comme un symptôme fondamental, et cependant, il est très accessible à la thérapeutique.

SCHNEIDER lui-même considère que le syndrome de la pensée influencée comporte en général un bon pronostic, et par contre attribue un mauvais pronostic à celui du « *Faseln* ». Le syndrome de la pensée saltigrade (*Sprunghaftes Denken*) est par contre, très accessible à la thérapeutique convulsive, mais, ajoute-t-il, dans les limites suivantes : a) formation de défauts; b) influence des autres complexes syndromiques; c) influence de la durée du processus et de la formation de l'équilibre pathologique. Le syndrome ne comporte pas, par conséquent, une unité évolutive dépendant de sa plus ou moins grande accessibilité thérapeutique, et c'est au fond, parce que deux groupes de symptômes se trouvent assemblés. Les uns, tels que la stupeur flasque et l'altération des sentiments vitaux, sont très accessibles à la thérapeutique, tandis que les autres, comme la pensée saltigrade elle-même et l'altération dynamique des sentiments, le sont moins. Le même auteur signale qu'il existe des catatonies accessibles à la thérapeutique, et d'autres (stupeurs avec parakinésie et paraboules), qui résistent à celle-ci.

LEONHARDT est parvenu à synthétiser la pensée désagrégeante de la schizophrénie, provenant de l'école de KLEIST, comme un noyau de la schizophrénie à formes catatoniques, hébéphréniques, paranoïaques et confuses et à formes spéciales qui sont : a) catatonie périodique, b) paraphrénie affective, paraphrénie systématique et psychose progressive de référence (Progressive Beziehungspsychose) de la schizophrénie. M. BLEULER a signalé les divers types d'évolution ainsi que les bases constitutionnelles et génétiques sur lesquelles il s'appuie. L'influence favorable du type pycnique sur l'évolution de la maladie est bien connue, ainsi que l'influence défavorable de la personnalité pré-psychotique du type schizoïde. Ce qui ne se trouve pas dans les travaux de BLEULER, c'est une analyse symptomatologique différentielle entre les diverses formes d'évolution. Ce serait une erreur que de vouloir simplifier le problème en admettant simplement que les formes d'évolution légère qui subissent facilement l'influence thérapeutique, sont dues uniquement à un rapport avec la constitution maniaco-dépressive. *Plus que des interprétations prématurées, ce qu'il faut ici c'est une analyse épurée des cadres cliniques à la lumière de l'expérience thérapeutique.*

En dehors des cas dans lesquels prédomine la symptomatologie périphérique ou secondaire de la schizophrénie et qui sont d'évolution phasique, il existe des formes axiales et chroniques de la schizophrénie. Les malades arrivent chez le psychiatre, ou se trouvent sous sa garde, dans un état déjà démentiel.

Dans ces cas, nous devons par conséquent examiner les indications du traitement *chronique* de la schizophrénie *chronique*.

a) D'une part, dans les cas chroniques, comportant des symptômes axiaux et des défauts de la personnalité, il se présente des phases qui doivent être traitées même lorsqu'on sait qu'on n'obtiendra qu'une réduction de la symptomatologie. La meilleure méthode consiste en une combinaison de la thérapeutique du travail avec quelques électro-chocs habilement placés dans l'évolution de l'exacerbation morbide.

b) Dans des cas d'évolution chronique, même sans phases clairement superposées, la convulso-thérapie employée à bon escient, peut contribuer à réduire la symptomatologie pour les

motifs antérieurement exposés, favorisant la sociabilité du malade.

A ce propos, surgit une question d'un extraordinaire intérêt. On sait que la convulso-thérapie, et surtout la méthode combinée (insuline et électro-choc) produit un *syndrome psycho-organique* plus ou moins persistant selon l'intensité et la durée de l'agression thérapeutique. *Le syndrome psycho-organique ajouté à une personnalité schizophrénique produit le même effet qu'une leucotomie, avec, naturellement, des différences de degrés.* La création et la *conservation* d'un syndrome psycho-organique pour la répétition de la thérapeutique, peuvent-elles être indiquées dans ces cas ? L'avantage de la leucotomie réside en ce que les effets sont plus persistants, mais ils dépendent beaucoup du type d'intervention. Dans certaines formes (leucotomie primitive de EGAS, MONIZ et LIMA, leucotomie transorbitaire), on observe également une lente et progressive disparition du syndrome psycho-organique, de sorte qu'il est parfois nécessaire d'intervenir à nouveau thérapeutiquement sur le malade par le moyen d'électro-chocs.

Lorsque le traitement s'effectue avec l'intensité réduite qui est habituelle dans beaucoup de cliniques, le syndrome psycho-organique cesse rapidement. Selon PLESSNER, à peine une année passée, on en trouve des traces ; mais si le traitement persiste, le syndrome psycho-organique persiste aussi. Dans quelques cas de ma propre expérience, il s'est produit des attaques spontanées à la suite de nombreux électro-chocs appliqués durant une longue période ; ces attaques spontanées ont maintenu l'amélioration. Dans certains cas, c'est seulement ainsi qu'on peut obtenir une guérison persistant pendant plusieurs années.

PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE, CYLOTHYMIES ET CERCLE THYMOPATHIQUE.

Peu de temps après son introduction dans la schizophrénie, on a commencé à utiliser le cardiazol dans la psychose maniaco-dépressive (NERSTRAETEN, BRÖGGI, KUPPERS). Dans la phase dépressive, son efficacité est extraordinaire, puisqu'il suffit de peu de chocs pour obtenir une guérison. Chez les mélancoliques,

les convulsions par le cardiazol obtiennent le même résultat, mais elles sont redoutées par le malade pour l'état d'angoisse qu'elles provoquent. A ce point de vue, l'électro-choc présente un énorme avantage, puisque son usage ne produit pas de telles sensations.

Du point de vue des indications, quelques groupes s'aperçoivent déjà avec une clarté relative : quand on traite des dépressions endogènes pures, les guérisons des phases atteignent environ 90 % ; les statistiques qui offrent les plus mauvais résultats sont dues très probablement à l'inclusion dans ce groupe de formes que nous pourrions considérer comme impures. Il est nécessaire, en premier lieu, d'exiger une grande exactitude des diagnostics. Les dépressions sont caractérisées par la présence de la tristesse et de l'inhibition vitale. Il s'agit d'oscillations négatives des sentiments vitaux.

Il est nécessaire de s'écarter de la schématisation rigide qui conduit à l'électro-choc dans tous les cas de dépression endogène. L'électro-choc, bien qu'il ne comporte pas physiquement de danger, ne peut être considéré comme indifférent du point de vue de ses effets psycho-pathologiques et pathologiques. BERSOT a publié une intéressante auto-observation sur les effets de l'électro-choc et parvient à la conclusion que son innocuité est évidente si on la considère de l'extérieur, mais non en se plaçant du point de vue intime du malade. Après l'application, l'observateur pense que la conscience du malade est tout à fait claire et lucide, bien qu'il ne s'agisse seulement que d'une apparente clarté, et, subjectivement, d'un trouble pénible.

En outre, de nombreux malades spécialement des dépressifs, éprouvent une panique presque invincible à la pensée de subir un électro-choc, panique qui augmente lors des applications successives et à mesure que l'état du malade s'améliore, ce qui a conduit aux nouvelles techniques (pentotal, escrofedal, penumbrol, etc.). Certains malades éprouvent cette crainte presque instinctivement, avant toutes les applications ; d'autres après la première. Ce qui les effraie réellement, ce n'est pas la douleur physique et musculaire qu'ils ressentent après les convulsions, on ne peut non plus attribuer cette frayeur exclusivement au souvenir angoissant de l'aura ressenti, puisque dans de nombreux cas, celui-ci n'est pas éprouvé (JUNGG croit que l'angoisse

ressentie peut, par la suite, agir inconsciemment à la faveur de l'amnésie consécutive à l'électro-choc). Mais, dans la majorité des cas, ce qui est à mon avis décisif, c'est l'*expérience de la brusque rupture de la continuité de la conscience*, attachée à l'électro-choc. La brusquerie de cette rupture, place le malade devant l'inconnu absolu inséré dans le flux de leur conscience. L'inconnu absolu, c'est le néant, et, en réalité, le malade est anxieux parce qu'il perd brusquement son système de liaison avec le monde. L'angoisse surgit, comme on dit en langage phénoménologique de l'expérience d'être-dans-le-monde. Et cette expérience qui persiste fondamentalement, est bien telle ainsi que le démontre l'analyse phénoménologique des malades capables d'auto-observation après un électro-choc (JUNG, SCHILDGE) et l'observation de BERSOT déjà citée. Dans les premiers instants qui suivent un électro-choc, l'être sent ses perceptions comme modifiées par rapport au moi, il lui est difficile de les lier et de les fondre avec ses perceptions passées — le passé s'éloigne de lui — et avec ses projets futurs — l'avenir se vide de réalités possibles. Le fond dans lequel sont submergées toutes les nouvelles perceptions, représentations, etc., c'est-à-dire tous les nouveaux actes psychologiques, fait soudainement défaut et ainsi ce qui a été perçu et vécu flotte sans point d'appui. L'absence momentanée et brusque d'un fragment du présent est ce qui empêche cette fusion continue avec son fond propre dans le moi.

Ce qui est certain, c'est que cela produit une souffrance terrible à beaucoup de dépressifs et aussi à certains schizophréniques, mais à ceux-ci moins fréquemment, pour des raisons faciles à deviner, cela explique qu'ils se refusent catégoriquement à continuer le traitement. Le psychiatre doit alors décider — décision difficile — s'il doit choisir entre soulager le malade de la souffrance de sa maladie ou lui procurer une autre souffrance par le traitement. Cette situation complexe et difficile comporte deux solutions : celle qui consiste à *limiter les indications de l'électro-choc aux dépressifs* et l'autre qui consiste à avoir recours aux moyens techniques déjà mentionnés (électro-choc pendant la narcose, par le pentotal, évipan, etc.).

Il y a des cas légers de dépression dans lesquels il est possible de traiter le malade sans que l'électro-choc soit nécessaire. La dépression vitale est une perturbation de certains sentiments

vitaux, qui peut être plus ou moins profonde. Au-dessus de la couche de la vitalité se trouve celle du moi. Ceci dit, la perturbation vitale peut être si grave qu'elle arrive même à inonder totalement la couche du moi. C'est justement dans les dépressions comportant une profonde inhibition que l'électro-choc trouve ses meilleures indications. En d'autres cas, le moi peut continuer à surnager de la tourmente vitale et si celle-ci n'est pas trop forte, conserver le commandement de la personnalité. Dans ces dépressions peu profondes, comportant une évidente conservation de la capacité du moi, et qui commandent encore — même si c'est avec difficulté — son intimité vitale, la psychothérapie est suffisante dans beaucoup de cas. L'électro-choc est considéré comme une agression qui répugne au malade, précisément parce que le moi se maintient vivace et qu'il ne peut souffrir la sensation de rupture momentanée de sa continuité. Établir une ou l'autre de ces indications, est quelque chose qui doit être confié à la perspicacité psychologique et à l'expérience du psychiatre. Toute schématisation serait erronée et, parfois, cruelle.

Dans de nombreux cas de dépression mitigée, j'ai obtenu de bons résultats avec l'acétylcoline, bien qu'il me faille admettre que celle-ci est moins efficace dans les dépressions pures, même si elles sont mitigées, que dans ces cadres du cercle timopatique, caractérisés par la présence de l'angoisse. KRETSCHMER a obtenu de bons résultats par injection de cardiazol par voie intraveineuse et à doses infraconvulsives. Dans certains cas, j'ai également observé une efficacité, mais dans tous ces cas, il est difficile de se rendre exactement compte de l'efficacité du traitement, étant donné l'évolution favorable qui s'opère habituellement.

Toutes les dépressions mitigées n'ont pas une évolution favorable spontanée. Souvent, la durée des phases dépasse de beaucoup celle de la moyenne de la phase dépressive (de 6 à 9 mois) et atteint parfois jusqu'à un ou deux ans. Dans ces dépressions prolongées, diagnostiquées parfois de façon erronée, l'électro-choc peut être indiqué. Il faut cependant que cette indication soit soigneusement réfléchie : j'ai vu des cas prolongés se remettre facilement et d'autres pour lesquels jusqu'à 15 ou 20 applications n'ont rien obtenu. Il semble que tout se passe comme si

dans ces dépressions mitigées et prolongées il y avait une période de maturité pour la thérapeutique, période qui doit être située, naturellement, aux confins ignorés de sa fin spontanée.

Certains auteurs s'abstiennent d'indiquer la convulso-thérapie dans les cas de dépression profonde qui comportent *des phases de courte durée* ainsi qu'on peut le déduire de l'étude d'autres phases antérieures. Cette opinion doit dépendre de l'appréciation individuelle des circonstances du cas. Une courte phase antérieure ne signifie pas que la suivante le sera également. La variabilité des évolutions est extrême. L'indication dans une phase fréquemment courte se trouve également liée à la présence plus ou moins pressante d'idées de suicide. On sait que ces idées varient chez chaque dépressif ; mais l'expérience démontre qu'il existe des cas où elles sont extrêmement dangereuses. La connaissance de l'histoire de la famille, la pénétration de la psychologie du malade ainsi qu'une certaine intuition aident le psychiatre à se décider rapidement pour une thérapeutique active, même s'il se trouve en présence d'une phase de courte durée.

Il faut tenir compte d'une autre circonstance, tant pour les phases fréquemment courtes que pour les dépressions de moyenne intensité ; c'est la souffrance du malade. Dans une maladie qui, généralement, aboutit spontanément à la rémission, la décision thérapeutique dépend pour une large part de la souffrance que produit la maladie. L'indication de l'électro-choc n'est pas une *indication vitale* comme dans les cas de catatonie fulminante ou pernicieuse, mais une *indication humaine*. Le travail de DEDICHER démontre que chez les maniaco-dépressifs, il n'y a pas de différence dans la tendance au rétablissement entre les malades traités et les malades non traités. Dans la schizophrénie, du point de vue des statistiques, les résultats sont meilleurs. Il est donc paradoxal de constater que, selon cette statistique, la maladie qui comporte le plus mauvais pronostic est celle qui réagit le mieux au traitement. Ce paradoxe comporte l'explication aussi claire que connue : toutes ces phases maniaco-mélancoliques se seraient remises même sans traitement. Celui-ci, par conséquent, ne guérit pas davantage à strictement parler, mais supprime au malade des souffrances, des dangers, et des mois d'incapacité.

Dans les dépressions endogènes pures, les résultats atteignent,

comme nous l'avons déjà dit, 90 %. Ces résultats sont moins bons quand la dépression est influencée par des facteurs organiques étrangers à la dépression, tels que la sénilité, l'artériosclérose et la débilité mentale.

Lorsque la dépression dure déjà depuis un certain temps avant que le traitement ne soit appliqué, les résultats sont inférieurs (68 %), mais ce serait une erreur de déduire de cette comparaison entre les deux pourcentages *qu'un traitement précoce des dépressions est indiqué*. Le fait que les résultats sont inférieurs dans le second cas, ne provient pas d'une introduction tardive de la thérapeutique, mais de ce qu'on a tenu compte dans ce groupe, pour les besoins de la statistique, des cas de dépression qui ont une tendance à une évolution de longue durée. Dans ces cas, le psychiatre applique 6 ou 8 séances d'électro-choc, et comme la dépression ne cède pas, il en déduit que la thérapeutique a échoué. Ce n'est que partiellement vrai. Quelques électro-chocs appliqués quelques mois *plus tard*, obtiennent le rétablissement *qu'auparavant* on n'avait pu obtenir. Il semble donc, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe une période de maturité thérapeutique. Dans les cas de durée moyenne, cette période existe *dès le commencement* ; mais non dans les cas de longue durée, puisque une thérapeutique insistante obtient auparavant un syndrome psycho-organique accentué, lequel est aussi pénible pour les dépressifs, que la rémission de la phase.

L'indication du traitement précoce subsiste pour de nombreux cas, mais pour une autre raison que celle à laquelle nous avons fait précédemment allusion : la maladie évolue spontanément vers le rétablissement, et il convient de soulager ou de supprimer les souffrances du malade *le plus tôt possible*. La durée moyenne d'hospitalisation entre un groupe de dépressifs traités par l'électro-choc et un autre groupe traité par la psychothérapie est de 38,9 pour le premier et 125,6 pour le second (HOLBROOK, C.).

Il est curieux d'observer que le résultat est meilleur, et que par conséquent l'indication est plus claire, dans la mesure où la distance entre les oscillations dépressives et le tempérament habituel des malades est plus grande. La dépression endogène pure qui apparaît une fois comme une tourmente exceptionnelle dans la vie d'un homme d'une thymie normale, constitue une indication brillante. Une phase dépressive légère chez un psy-

chopathe dépressif n'est déjà qu'une indication relative, et même dans de nombreux cas une contre-indication, parce que le fond dépressif constitutionnel de la personnalité du malade fera qu'elle élaborera négativement les expériences du traitement.

Les dépressions involutives, climatériques ou préséniles constituent une excellente indication de traitement comportant un pourcentage élevé de rémissions (jusqu'à 90 %). Le traitement est d'autant plus indiqué que l'évolution spontanée offre une moindre tendance au rétablissement que les dépressions pures. Dans certains cas, il faut prévoir l'apparition d'une décadence sénile prématurée, cachée derrière la dépression. Si celle-ci est très inhibée ou angoissante, il est parfois difficile de vérifier si la déficience sénile n'apparaît pas déjà. L'indication du traitement précoce est plus nette dans ce cas sans sénilité que dans les cas de dépression pure.

Il n'existe pas, à mon avis, de criterium certain en ce qui concerne les *cadres maniaques*. Dans certains cas, on a signalé une augmentation de l'excitation, et par conséquent, une aggravation du cadre (LASALLE, MYERSON) ; pour ma part, j'ai pu vérifier l'exactitude de cette observation. En d'autres cas, au contraire, on obtient une rémission du syndrome maniaque, en employant surtout la technique « accumulative » récente de l'attaque multiple (deux ou trois attaques par jour pendant 2 ou 3 jours, KALINOWSKY, OLLIVIER). Mon expérience démontre que dans de nombreux de ces cas, on provoque un syndrome psycho-organique qui supprime les manifestations de la manie. On peut obtenir le même résultat au moyen d'un traitement combiné (électro-choc, plus insuline).

Certains auteurs affirment que le traitement par électro-choc fait que l'intervalle entre les phases mélancoliques ou maniaques est moindre que dans l'évolution spontanée. Ce fait, cependant, n'est que peu confirmé, et sujet à révision.

Les électro-chocs sont incapables de rompre *l'évolution cyclique* de la psychose maniaco-dépressive. On peut en dire autant de n'importe quelle autre thérapeutique. Je les ai essayées presque toutes : électro-choc simple, électropyrexie, méthode d'addition, et même leucotomie, etc. Le cycle des maniaco-dépressifs est un cycle biologique fortement ancré dans la personnalité. Plus qu'une caractéristique de la maladie, *c'est une carac-*

téristique de la personnalité elle-même. Si nous devons choisir dans la psychose maniaco-dépressive un caractère axial, inaccessible à toute influence thérapeutique, ce serait celui du *cycle*. La thérapeutique convulsive est une thérapeutique tempéramentale. Elle est capable de vitaliser les apathiques et même de convertir les paisibles en sauvages (manie post-thérapeutique) ; mais ce qu'elle ne parvient pas à influencer c'est le rythme vital avec lequel se présentent ces altérations tempéramentales.

Dans les dépressions très inhibées, dans les dépressions angoissantes (dépressions angoissantes idiopathiques de LEONHARD), dans les dépressions dans lesquelles apparaissent de vifs sentiments de culpabilité (ce qui, pour WEITBRECHDT, est un symptôme primaire à côté de la tristesse vitale et de l'inhibition), l'indication de l'électro-choc est aussi évidente que le démontrent ces résultats. On ne peut en dire autant en ce qui concerne certaines formes* de *dépressions cénesthopathiques* (dépressions anesthésiques de JULIUS-BÜRGER, etc.). Dans certains de ces cas, il est préférable de s'abstenir de thérapeutique convulsive et d'avoir recours à l'insulino-thérapie ou même à la leucotomie. La contre-indication provient de ce que, précisément dans ces formes, se présente très fréquemment, selon mon expérience, un *syndrome de dépersonnalisation* par l'électro-choc, qui est une des plus pénibles complications que je connaisse de cette thérapeutique. Le syndrome tourmente de telle façon le malade, qui le relie très directement à la thérapeutique, qu'il devient impossible de continuer celle-ci. Dans certains cas, j'ai trouvé indiqué de recourir à la méthode combinée.

Nous avons précédemment insisté sur la nécessité d'un diagnostic précis des psychoses maniaco-dépressives afin que l'indication thérapeutique se trouve bien établie. Cette nécessité ne concerne pas seulement le périmètre externe de cette maladie (distinction, faite par exemple, de la manie d'une part et d'autre part, des cadres de folie onirophrénique, etc.), mais concerne aussi et surtout le périmètre interne. En ce qui concerne le premier, il suffit de mentionner les mauvais résultats de Ch. MÜLLER, dans ce qu'il appelle « *dépression schizophrénique* » ; il s'agit, en réalité, de schizophrénies avec une symptomatologie dépressive et son résultat rejoint ceux de la schizophrénie basique. La dépression endogène pure, qui appartient au cercle maniaco-

dépressif, n'est pas le seul type de dépression endogène existant. A côté de celle-ci, on doit situer les « dépressions de base » (*Untergrunddepression*), le « fond dépressif » (*Hintergrundreaktion* !) (1), les « dépressions réactives », et les cadres que, pour ma part, j'ai décrit comme *angoisse vitale et asthénie vitale (cercle de la timopathie anxieuse)*. Les indications thérapeutiques sont différentes dans tous ces cas.

Il n'y a pas de doute que c'est une erreur de traiter une véritable dépression réactive par la thérapeutique convulsive. Dans la dépression réactive, il s'agit d'une réaction motivée. Au début de ce travail, nous avons déjà posé l'affirmation générale selon laquelle les réactions motivées et compréhensibles ne doivent pas être traitées par électro-choc mais par psychothérapie. Dans certains cas déterminés, comme dans les névroses, un léger subcoma insulinique pourra apporter une aide complémentaire.

Dans les dépressions de base, il s'agit de dépressions endogènes qui se présentent chez des sujets anormaux et psychopathes. Chez le psychopathe dépressif, nous trouvons un *fond constitutionnel dépressif*, sur lequel peuvent se greffer des dysthymies dépressives de base et vitales. Dans la dépression de base, les sentiments s'altèrent, non pas pour une *raison* déterminée, mais pour une cause (dépression sans savoir pourquoi, jours tristes, etc.). Pour K. SCHNEIDER, il existe une différence qualitative entre les dépressions de base et les vitales, puisque dans les premières, les sentiments tristes et dépressifs se fondent dans le reste de la vie sentimentale et que dans les secondes, dans la mélancolie endogène pure, ce qui se produit c'est que la tristesse vitale persiste, isolée et imperméable au reste de la vie sentimentale. Il est possible que la différence ne soit pas aussi qualitative que le voudrait SCHNEIDER. Ce n'est pas le moment d'examiner ce problème, ce qui importe maintenant, c'est de signaler l'inefficacité de l'électro-choc et le fait qu'il n'est pas adéquat aux dépressions de base. *L'acétylcoline est plus efficace, bien qu'elle ne le soit pas autant que dans d'autres syndromes que nous examinons plus loin.*

Dans les réactions de fond dépressif, il s'agit d'une réaction dépressive fondée sur une dysthymie endogène, organique ou

(1) D'après K. SCHNEIDER.

non, par exemple la réactivité dépressive de certains traumatisés ou d'autres états psychotiques. *Ici non plus, la thérapeutique par chocs n'est pas indiquée.* Ceci nous mène au problème des dépressions *provoquées*. Dans celles-ci, le motif (événement triste ou crainte) agit en déchaînant une dépression qui évolue ensuite pour son propre compte, soumise à la loi de son endogénéité. L'indication thérapeutique, dans ces cas, est celle de l'électrochoc, tout au contraire de ce qui concerne les dépressions réactives et malgré leur apparente psychogénèse.

A côté de la psychose maniaco-dépressive, je crois qu'on doit placer, dans le cercle thymopathique, un groupe spécial de malades dont l'angoisse constitue le symptôme fondamental. A côté de « l'anxiété-névrose », qui est une anxiété réactive, il existe, à mon avis, une *anxiété endogène*, comme la tristesse endogène des dépressifs. Ce type d'anxiété ou d'angoisse est celui que nous pourrions nommer *angoisse vitale*. C'est une angoisse qui prend naissance dans la sub-sustance vitale et qui n'est pas motivée par des événements psychiques. Il se passe la même chose que dans la tristesse vitale des dépressifs. Elle apparaît chez les malades sous une *forme phasique*. Mais, parfois, nous voyons comme des « rafales d'angoisse » qui émergent, sans que l'on sache pourquoi, de la propre personnalité. Ces rafales peuvent se produire chez des individus normaux. Cette possibilité d'angoisse vitale existe chez tout être humain. Chez le thymopathe angoissé, elle l'assaille avec une intensité et une violence énorme ; sans que cela veuille dire que qualitativement elle soit différente. Ce qui distingue l'angoisse vitale du thymopathe angoissé, de la réaction angoissée du névrosé, c'est son apparition non motivée. Ceci étant dit, cette anxiété motivée est, si l'on préfère, une utilisation erronée du mot angoisse. La différence essentielle entre l'angoisse et la peur est que, dans la première, il n'apparaît point d'objet *défini* comme dangereux. Cependant, l'habitude clinique continue à parler de « réactions angoissées » ou anxieuses dans ces cas. Cette équivalence de désignation provient de la ressemblance expressive qui existe entre l'angoisse et la peur. En face d'une situation traumatiquement dangereuse, le malade se sent biologiquement surpris. La réaction, en soi, dépend de divers facteurs. Dans mon livre sur les « Névroses de guerre », je me suis occupé des deux types fonda-

mentaux de « réactions de sursaut » et de « réactions de saisissement ». FREUD parle de « névroses d'angoisse » dans les situations traumatiques, bien qu'elles se produisent dans des situations connues, parce que, dans l'intimité de celles-ci, il peut exister un facteur de méconnaissance du genre de danger ; le danger n'est pas complètement compris, mais c'est lui qui comprend et qui étreint le sujet, lequel sait que le danger le guette, mais ignore comment il va agir sur lui. Guy de MAUPASSANT dit : « On n'a vraiment peur que de ce qu'on ne connaît pas » et, en contre partie, il existe aussi un danger dans l'angoisse, mais un danger d'origine inconnue, sans perception claire. « L'angoisse est également produite par quelque chose de déterminé », mais « ceci est inconnu en sa qualité par l'angoissé », soutient LIEBECK. D'où cette confusion de termes entre angoisse et peur.

Dans la symptomatologie des « thymopathes », auprès de l'angoisse vitale, figurent les vertiges, très caractérisés des agoraphobes, et toute une série de troubles somatiques et végétatifs. Nous y trouvons des altérations dans la perception de l'espace et du temps pathique. La symptomatologie végétative est très curieuse : on a diagnostiqué de nombreux cadres comme des névroses organiques qui appartiennent aussi à ce cercle morbide. L'association de ces cadres psychiques avec une certaine symptomatologie neurologique est encore plus surprenante, et c'est un fait sur lequel on n'avait pas attiré l'attention jusqu'à présent. La crampe de l'écrivain ou le torticolis spasmodique constituent de bons exemples. Les attaques vaso-vagales n'appartiennent pas au cercle de l'épilepsie mais à celui de la thymopathie.

A côté de l'anxiété vitale, il faut inclure certaines formes d'*asthénie* d'évolution également phasique, lesquelles jusqu'à présent avaient été comprises dans la psychopathie asthénique ou dans la neurasthénie constitutionnelle. J'ai proposé de dénommer ce genre de fatigue : *fatigue vitale*.

Il convient également d'inclure certains types de *diencephalose* dans lequel il faut se limiter à comprendre les troubles végétatifs de type diencephalique, en excluant tous les autres types d'altération diencephalique connus sous des noms divers et qui forment des unités autonomes parfaitement circonscrites (narcolepsie, etc., épilepsie autonome de PEMFIELD, etc.). Il nous

faut également exclure les maladies organiques bien délimitées en tant qu'entités étiologiques, bien qu'elles offrent des symptômes diencephaliques, comme par exemple, les tumeurs des encéphalites. On ne doit pas inclure les diencephaloses, dans le sens strict, la psychose maniaco-dépressive, ainsi que le voudrait RATHNER.

Du point de vue thérapeutique, la transcendance de cette mise en ordre du matériel clinique est évidente. Au début de ce rapport, nous avons signalé le principe fondamental de ceci, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une thérapeutique biologique. Selon la conception classique, ce qu'il est convenu d'appeler des névroses d'angoisse, ne trouvent pas de place dans cette thérapeutique. Les névroses d'angoisse sont tributaires, dit-on, de la psychothérapie et très spécialement — à la suite des travaux fondamentaux de FREUD — de la psychothérapie psychanalytique.

Pourtant, si auprès de l'angoisse psychogénétique, il existe une angoisse vitale, de fond biologique, et sans racines psychiques, il est naturel qu'on utilise une thérapeutique biologique. Précisément la thérapeutique a opéré ici comme un « *experimentum crucis* ». Si réellement le caractère vital et autonome de l'angoisse est prouvé, la thérapeutique efficace sera celle des chocs biologiques. Nous pouvons en dire autant des autres types cliniques à l'intérieur du grand cercle de la pathologie de la vitalité, ou cercle thymopathique, comme par exemple, la fatigue vitale et certains cadres de ce que l'on nomme les névroses organiques.

Ceci étant posé, quel type de thérapeutique employer ? Les électro-chocs et l'insuline sont certainement efficaces dans de nombreux cas, mais ils ne peuvent être considérés comme des armes appropriées. Qu'on se rappelle ce qui a été dit précédemment à propos de la persistance du souvenir de l'électro-choc et on saisira les difficultés tactiques de son application chez un malade angoissé. C'est pourquoi il m'a semblé plus opportun de chercher d'autres médications du même genre. J'ai procédé à de nombreux essais avec diverses substances parmi lesquelles il en est quelques-unes qui, selon mon expérience, ont donné de bons résultats : une d'elles est l'acétylcoline, administrée par voie intraveineuse, selon la technique déjà citée de FIAMBERTI.

Dans la schizophrénie, l'acétylcoline agit en produisant une convulsion avec perte de la conscience. Dans l'angoisse vitale (thymopathie anxieuse) elle opère de deux façons, en tant qu'acétylcoline et en tant que thérapeutique de choc. Chez beaucoup de malades, il est difficile de maintenir une dose qui produise à chaque nouvelle injection, une perte de conscience bien que cela soit le procédé le plus efficace. Cependant, sans arriver à cette dose on obtient déjà d'importants résultats thérapeutiques. J'ai employé également d'autres substances dans le même but (psychotoxyne, chlorure d'ammoniaque, etc.). L'expérience est encore insuffisante pour permettre d'établir des indications *différentielles*.

Ces cadres vitaux et endogènes sont souvent liés avec des troubles nettement psychiques. Il s'agit de troubles psychosomatiques. On ne peut concevoir ceux-ci comme la superposition des troubles psychiques d'une part et des troubles somatiques d'autre part, mais bien d'une fusion entre les deux. Cette fusion se réalise au travers de la structure vitale, qui est, selon l'expression de NOVALIS, « la couture entre l'âme et le corps ». C'est de là que vient la nécessité de combiner en de nombreux cas, la thérapeutique nettement biologique avec la thérapeutique psychologique. Récemment, RÜMKE a de nouveau insisté sur le fait que de nombreuses névroses ont une base biologique.

NÉVROSES ET PERSONNALITÉS PSYCHOPATHIQUES.

On a utilisé l'électrochoc dans les névroses. Si on restreint le nombre de celles-ci en amputant de ces diagnostics tout le groupe que nous prétendons inclure dans le cercle thymopathique, son indication se fera rarement ou ne se fera jamais. Les névroses sont des maladies psychogénétiques et par conséquent tributaires de la psychothérapie. Employer l'électro-choc comme méthode psychothérapeutique peut être *utile* et l'a été certainement dans quelques cas, mais ne se trouve pas pleinement *justifié*. Dans certains cas, par exemple, une opération chirurgicale pourrait être utilisée du point de vue de la psychothérapie mais on ne saurait, en saine doctrine médicale, défendre semblable *criterium*.

Les bons résultats obtenus dans la thérapeutique de choc pour

la schizophrénie et la manie dépressive, ont encouragé son emploi dans les cas de *névrose obsessionnelle*. La littérature est pleine d'observations contradictoires. BENNET croit que les névroses obsessionnelles-compulsives présentent un mauvais pronostic, parce qu'elles sont des expressions de psychose schizophrénoïde (« schizophrenic-like psychosis »). KALINOWSKY dit que si l'anxiété prédomine, il faut employer la psychothérapie. KORSON propose une série d'électro-chocs intensifs (jusqu'à produire une psychose aiguë) faisant suite à de nombreuses séances de narcosynthèse.

Cette divergence provient de la prétention d'établir une indication globale pour le traitement de la névrose compulsive ou d'une expression d'ensemble des résultats. Dans la névrose obsessionnelle, nous trouvons au contraire comme le démontre la clinique, un spectre qui va de la présentation d'obsessions sporadiques autonomes ou accompagnant une autre maladie, à la véritable psychopathie obsessionnelle dans laquelle tout le système obsédant prend le caractère d'un développement de la personnalité. Dans ces derniers cas, n'importe quelle tentative de traitement par les chocs est inutile. L'indication thérapeutique est une psychothérapie qui n'obtient pas généralement de grands résultats mais qui permet de diriger rationnellement le malade.

En laissant de côté les obsessions qui peuvent se présenter dans la période de début d'une schizophrénie (ou d'autres maladies, par exemple la post-encéphalite) il existe un grand groupe de malades chez lesquels les obsessions font leur apparition enveloppée dans un *fond anxieux d'évolution phasique*. Une première phase se présente parfois au moment de la puberté suivie d'une période de silence au cours de laquelle la maladie peut-être endormie ou mitigée. Ce double caractère, de cours phasique, et provenant d'une perturbation de la vitalité, rend les malades accessibles aux thérapeutiques biologiques. L'électro-choc et l'acétylcoline — surtout cette dernière, étant donné la mentalité des obsédés — trouvent ici une indication claire et parfois brillante. La statistique des résultats obtenus par la leucotomie est faussée par le fait qu'on y ajoute, sans les différencier, ces deux types d'obsédés (avec des transitions entre les deux). Chez l'obsédé de fond vital et phasique, la leucotomie est contre-indi-

quée, à mon avis. Chez l'obsédé, on peut l'utiliser, avec certaines restrictions.

Les *personnalités psychopathiques*, constituent plus que des malades, des anormaux. Le trouble se développe comme un projet vital. La somme des événements du cours de la vie a une certaine continuité et un certain sens, sans la brusque césure qui se trouve chez les personnalités atteintes de psychoses. C'est pourquoi les traitements du type électro-choc ou coma insulinique doivent être exclus et sont, en définitive, inefficaces.

On les a essayés jusque dans la psychopathie sexuelle et naturellement sans succès (THOMPSON). Si on prolonge longtemps leur application, un syndrome psycho-organique servira de base aux élaborations réactives du malade, ce qui peut ne pas être agréable pour le médecin. Chez les personnalités psychopathiques peuvent se présenter des phases d'oscillations de la vitalité dans le sens le plus large : phases dépressives pures, dépression de base, dysthymies de fond. Dans certains cas, il peut être utile d'instaurer une thérapeutique de choc, mais presque toujours, et même dans ces cas, les électro-choc sont contre-indiqués — excepté dans les phases endogènes typiques — par contre, l'acétylcoline ou le métrazol à doses sub-convulsives sont plus utiles.

L'insuline, elle, comporte une utilisation possible dans ces cas et aussi dans la névrose ; son action sur le système végétatif peut être très efficace. L'insuline produit une sorte de « gavage » végétatif (EWAL). Dans la majorité des cas, il suffit pour obtenir ce résultat, d'administrer la dose de sub-coma ou de choc végétatif. Sur cette floraison végétative, on greffera toujours la psychothérapie voulue.

ÉPILEPSIE. PSYCHOSES ORGANIQUES.

INTOXICATIONS. DIVERS.

L'électro-choc a été utilisé dans l'*épilepsie* avec la prétention d'empêcher, par le moyen des accès provoqués, la présentation des crises spontanées (KALINOWSKY et KENNEDY). L'avantage qui peut en dériver est celui de rendre le patient plus sociable. Mais le résultat de cette tentative est limité et son indication restreinte. Dans certains cas on a observé que la provocation artificielle de la crise a déterminé l'apparition de quelques crises

de plus ; PACELLA et BANESE attribuent ce fait à la suppression simultanée de la médication anti-convulsive. Mais telle ne doit pas en être la raison, car j'ai vu, dans certains cas, se produire jusqu'à un état de mal consécutif à un électro-choc dans une épilepsie symptomatique soumise à de forts traitements anti-convulsifs. L'usage répété de l'électro-choc aurait accéléré le processus de démence épileptique, si l'on admet que celle-ci dépend, entre autres choses, des actions délétères qu'exercent les présentations réitérées d'attaques avec perturbation du métabolisme cérébral.

Dans le syndrome psychique qui accompagne l'épilepsie, l'indication apparaît plus clairement. Un état crépusculaire peut être jugulé par un électro-choc. Parfois, il ne suffit point d'un seul et, selon mon expérience, il convient de pratiquer, dans certains cas, un assaut multiple, c'est-à-dire deux ou trois électro-chocs dans une journée.

Il est également efficace dans le traitement des véritables *psychoses épileptiques*, qui sont de véritables schizophrénies symptomatiques. Dans la majorité des cas, elles cèdent à quelques électro-chocs. Dans d'autres cas, elles se montrent spécialement résistantes et alors, l'insuline même combinée, n'améliore pas les résultats.

Dans la *paralysie générale*, on a trouvé une indication relative dans quelques phases agitées pendant que l'on commence le traitement spécifique. Son application est très claire et très efficace dans les cas de syndrome de GERSTMANN ou dans les dépressions provoquées par cette maladie (EWALD et HADDENBROCK, KENYON, BROGGI, TOMLINSON).

L'électro-choc a été également indiqué (DELAY et ses collaborateurs) pour quelques *psychoses confuso-oniriques* (syndrome de réaction exogène). Les indications dans ces cas se trouvent limitées pour une part par la courte durée de quelques syndromes de cette phase, et pour une autre part, par l'état du malade, selon la maladie somatique qui cause le syndrome.

Bien qu'on l'ait parfois essayé, on doit à peine l'utiliser dans les *psychoses artério-sclérotiques et séniles*, même si elles sont accompagnées de dépressions. Le syndrome psycho-organique se présente dans ces cas, comme une grave séquelle des traitements, plus encore chez les artério-sclérotiques que chez les séniles.

Chez les *oligophréniques*, son emploi est très limité surtout dans le but de combattre les excitations. En ce qui concerne les psychoses infantiles, je n'ai pu obtenir de bons résultats que dans des cas de la « maladie de KRAMER-POLLNOW ».

Dans la *morphinomanie*, on a utilisé l'électro-choc pour faire « oublier » (KALINOWSKY, AVENY et CAMPBELL). DURAND pratique la désintoxication morphinique en appliquant deux ou trois électro-chocs dans une journée, en état de narcose par le cloetal. Tout symptôme d'abstinence disparaît. Les résultats sont très brillants.

Dans l'*alcoolisme*, on l'a employé pour juguler un délirium tremens. On pourrait l'utiliser également pour certaines hallucinations. Dans le délire de la jalousie, il échoue. Le traitement de l'alcoolisme chronique par le métrazol, le cardiazol, ou les électro-chocs manque de sens (NEYMAN, LEVY, PETRI, CANNELLI, etc.).

Dans les dysthymies alcooliques et les crises dypsomaniaques il comporte les mêmes indications que dans les phases psychopathiques selon le critérium précédemment exposé.

Dans la maladie de PARKINSON, l'indication de l'électro-choc n'est pas acceptable. S'il n'existe pas un cadre dépressif concomitant, son indication dépend de celui-ci. HOCH pense que simultanément à la rémission de la dépression, le cadre neurologique s'améliore. Selon mon expérience, celui-ci reste intact, mais l'amélioration subjective du malade lui fait croire qu'il se meut mieux, c'est-à-dire que sa symptomatologie motrice s'est améliorée.

Les tics ont été traités par STRAUSS et MACPHAIL. L'expérience de KALINOWSKY est négative. J'ai vu se remettre deux cas de torticolis dont l'évolution était accompagnée par la dépression, en traitant cette dernière. Il a été également employé dans d'autres cas, *en dehors de la psychiatrie* (asthme, LOPEZ IBOR et SANCHEZ CUENCA ; neuro-dermatite, BUIR, TEMAN ; megadolocolon, LASSALA ; aménorrhée et obésité, DELAY et MALLET). Ce n'est pas le moment de discuter ces indications.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRICH, C. K., et DORR, T. O. — *Psychiat. Q.*, 19 : 586-588, 1945.
- ALLEN, C. — *M. Press*, 215 : 376-378, 1946.
- AVERY, L. W., et CAMPBELL, L. K. — *Dis. of Nerv. System*, 2 : 333, 1931.
- BAK, R. — *Nervenarzt*, 12, 444, 1939.
- BARAHONA FERNANDES, et POLONIO, P. — *J. Ment. Sc.*, 92 : 794-800, 1946.
- BAUR, A. D., et PERRIN, J. — *Dis of Nerv. System*, 5 : 180, 1944.
- BENNET, A. E., et ENGLE, B. — *Quart. Rev. Psychiatr. & Neur.*, 2 : 1-5, 1947.
- BERSOT, M. H. — *Ann. méd. psychol.*, 101, 488, 1943.
- BLEULER, M. — *Z. Neurol.*, 173, 1941.
- BONHOEFFER, K. — *Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke*, Berlin, Springer, 1941.
- BOSS, M. — *Z. Neurol.*, 157, 358.
- BOSS, H. — *Z. Neurol.*, 173, 776-782, 1941.
- BRAUNMUEHL, A. v. — *Insulinshock und Heilkampf in der Psychiatrie. Ein Leitfadens für die Praxis*. Stuttgart, 1947.
- BROGGI, E. — *Considerazioni sulla cura cardiazolica. Atti del convegno sulla terapia moderna della schizofrenia. Soc. Lomb. Med.*, 14 nov., 1937, 112.
- CAPLAN, G. — *Brit. M. J.*, April 14, 1945, p. 511.
- CERLETTI, U. — *L'Electroshock. Arch. gen. di neurol., psichiat. e psicoanal.*, 19, 1938.
- CERLETTI, U. et BINI, L. — *L'elettroshock. Atti Acad. Med. Roma*, 64, 1938.
- COLUCCI, G. — *Riforme méd.*, 61 : 360-365, 1947.
- DANZIGER, L. et LANDAHL, H. D. — *Bull. Math. Biophysics*, 7 : 213-218, 1945.
- DELAY, J. — *L'électrochoc et la psycho-physiologie*. Paris, Masson, 1946.
- DELAY, J. et MAILLARD, J. — *J. Méd. et chir. pract.*, 116 : 144-148, 1945.
- DELAY, J. et MALLET, J. — *Ann. méd. psychol.*, 104 : 361-364, 1946.
- DEDICHEN, H. H. — *Acta Psychiat. et Neurol. Supp.* XXXVII, 1946.
- DURAND, Charles : Communication orale.
- EDERLE. — *Psychiatrie (1939-1946) Dieterisch'sche Verlagsbuchhandlung*, Wiesbaden.
- ENKE, W., et KANTHAK, M. — *Allg. Z. Psychiatr.*, 113, 1939.
- EWALD, G. — *Allg. Z. f. Psychiatr.*, 110, 1939.
- EWALD, G. et HADDENBROCK, S. — *Z. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr.*, 174 : 635, 1942.
- EY, H. — *Etudes Psychiatriques*. Paris, Desclée, 1949.
- FIAMBERTI, A. M. — *Riv. di pat. nerv.*, 66 : 454, 1945.
- FORDHAM, M. — *Lancet*, 2 : 694-695, 1946.
- FRACASSO, L. — *Riv. di pat. nerv.*, 65 : 61-86, 1946.
- GAYLE, R. F. et NEALE, C. L. — *Virginia M. Monthly*, 74 : 294-297, 1947.
- GEOGHEGAN, J. J. — *Canad. M. A. J.*, 55 : 54-55, 1946.
- GLAISTER, J. N. — *Lancet*, 2 : 735, 1946.
- HADDENBROCK, S. — *Med. Welt*, 528, 1939.

- HAMILTON, D. M. — *Am. J. Psychiat.*, 103 : 665-668, 1937.
- HARRIS, M. M. — *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 48, 1942.
- HARRIS, R. E. — *Psychol. Bull.*, 42 : 535, 1945 (abstr.).
- HECHT, C., et STERN, R. — *Arch. Neuropsychiatria*, Habana, 1 : 11-20, 1946.
- HEMPHILL, R. E., et WALTER, W. C. — *J. Ment. Sc.*, 87 : 256, 1941.
- HOLBROOK, C. S. — *New Orleans M. & S. J.*, 99, 147-53, 1946.
- HORANY-HECHST, B. et A. SZATMARI. — *Psychiatr. neurol. Wschr.*, 1937, 1, 445.
- JACOBOWSKY, B. — *Sv. Lakartidn.*, 1938, 1971 *Ref. Zbl. Neur.*, 94, 171, 1939.
- JAHN, D. — *Allg. Z. f. Psychiat.*, 107, 1938.
- JASPERS. — *Allgemeine Psychopathologie*. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, 1946.
- JUNG. — *Festschrift für K. Schneider*, Scherer Vlg., 1947.
- KALINOWSKY, L. B. — *Lancet*, 2, 1939.
- KALINOWSKY, L. B. et BARRERA, S. E. — *Psychiatric Quart.*, 14, 1940.
- KALINOWSKY, L. B. et HOCH, P. H. — *Shock treatments and other somatic procedures in Psychiatry*. Grune & Stratton New York, 1949.
- KALINOWSKY, L. B. et WORTHING, H. J. — *Psychiatric Quart.*, 17, 1943.
- KARLINER, W. — *M. rec.*, 7 pp. Feb. 1946.
- KAUFMAN, M. R., et al. — *Shock therapy. Group for the Advancement of Psychiatry*. Report n° 1, sept. 15, 1947.
- KENNEDY, A. — *J. Ment. Sc.*, 83 : 609, 1937.
- KENNEDY, A. et WIESEL, B. — *New York Stat J. Med.*, 42 : 1665, 1942.
- KENYON, V. B., LOZOFF, M., et RAPAPORT, D. — *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 46 : 884, 1941.
- KRETSCHMER, E. — *D. m. W.*, 1949,
- KORSON SELIG. — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 109, n° 1, 1949.
- KUPPERS, E. — *Nervenarzt*, 12, 1939.
- *Allg. Z. Psychiatr.*, 112, 436, 1939.
- LANGFELDT, E. — *Acta Psychiat. et neurol. Supp.*, XXXIII, 1937.
- LARKIN, E. H. — *M. Press*, 217 : 366-369, 1947.
- LASSALE, P. — *Ann. méd. psych.*, 105, 1947.
- LEAROYD, C. G. — *Lancet*, 2 : 770-771, 1946.
- LEHOCZKY, T. v., M. ESZENYI, B. HORANYI, HECHST et R. BAK. — *Z. Neur.*, 166, 24, 1939.
- LEMKE, R. — *Arch. Psychiatr.*, 107, 1937.
- LEONHARD, K. — *Grundlagen der Psychiatrie*, Stuttgart, Enke, 1939.
- *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, Georg Thieme, 1926.
- LEVY, N. A. et GRINKER, R. R. — *J. Nerv. & Ment. Dis.*, 97, 1943.
- LIBERTSON. — *Psychiatric Quart.*, 1941.
- LOEWENBACH, H. — *North Carolina M. J.*, 4 No 4, 1943.
- LOPEZ IBOR, J. J., et VELA DEL CAMPO. — *Rev. Clin. Esp.*, 1942.
- MARTIN, Peter A. — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 109, 6 : 142, 1949.
- MAUZ, F. — *Die Prognostik der endogenen Psychosen*, Leipzig, Georg Thieme, 1930.
- MAYER-GROSS, W. et WALK, A. — *Lancet*, 1938, I, p. 1934.

- MAYER-GROSS, W. — *Brit. M. J. I*, 1941.
- MEDLICOTT, R. W. — *Electronarcosis with special reference to the treatment of paranoid schizophrenia. Presented at meeting of New Sealand Branch of the Royal Australian College of Physicians*, sept. 1947.
- MEDUNA, L. V. — *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie*, Halle, Carl Marhold, 1937.
- MEDUNA, L. V. et FRIEDMANN, E. — *J. A. M. A.*, 1126, 1939.
- MILLIGAN, W. L. — *Lancet*, 2 : 516-520, 1946.
- MOIR, H. K. — *Electro-shock as an adjunct on the treatment of neurosyphilis. Presented at meeting of the Ontario Neuropsychiatric Association*, Toronto, sept. 27, 1946.
- MULLER, M. — *Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten*, Stuttgart, G. Thieme, 1949.
- *Fschr. Neur.*, 9, H. 4, 1937.
- *Fschr. Neur.*, 11, H. 8-9, 1938 ; H. 10-11, 1939.
- *Fschr. Neur.*, XIII, H. 6, 1941.
- *Arch. Neur.*, 39, Erg. 9-21, 1937.
- *Psychiatr.*, Bl. 42, 1938.
- MYERSON, A. — *J. Med.*, 227 : 403, 1942.
- MYERSON, A. — *J. Med.*, 224 : 1081, 1941 (New England).
- MYERSON, A. — *J. Med.*, 230 : 253, 1944.
- NIELSEN, G. — *Dis. of Nerv. Syst.*, 1942.
- OLLIVIER, H. — *Ann. Méd. Psychol.*, Paris, 1948, 2/5 (618-620).
- PAHMER, M. — *Les Méthodes de choc et autres traitements physiopharmacologiques dans les maladies mentales. Travaux américains de 1940 à 1946*, Paris, 1946.
- PACELLA, B. L., PIOTROWSKI, A., et LEWIS, N. D. C. — *Effects of convulsive therapy on certain personality traits in psychiatric patients. Presented at annual meeting of American Psychiatric association*, Chicago, may 30, 1946.
- PACELLA, B. L. — *Am. J. Psychiat.*, 101 : 783, 1945.
- PACELLA, B. L. — *Am. J. Psychiat.*, 104 : 83-91, 1947.
- PASTER, S., et HOLTZMANN, S. C. — *J. Nerv. & Ment. Dis.*, 105 : 382-296 m 1947.
- PATRY, F. L. — *Clin. Med.*, 52 : 384-7, 1945.
- PETRI-CANELLA et LEVI, M. G. — *Rassegna di studi psichiat.*, 27, 1938.
- PLATTNER, P. — *Allg. Z. Psychiatr.*, 111-324, 1939.
- PRESTWICH, J. C. — *Lancet*, 2 : 695, 1946.
- REZNIKOFF, L. — *Arch. of Neur.*, 43, 318, 1940.
- REZNIKOFF, L. — *J. M. Soc. New Jersey*, 43 : 296-298, 1946.
- ROBERTS. — *Med. Bull. of the Veterans Administration*, 1942.
- SAKEL, M. — *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*, Wien, Leipzig, M. Perles, 1935.
- SALZMAN, L. — *Evaluation of shocktherapy. Presented at annual meeting of American Psychiatric Association*, Chicago, May, 30, 1936.
- SCHILDGE. — *Zur Erlebnisseite der Elektrokrampfbehandlung. Bericht über den Kongress für Neurologie und Psychiatrie Tübingen*, 1947.

- SCHNEIDER, C. — *Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten.*
Berlin Springer, 1939.
- SIMON, B. — *New York State J. Med.*, 47 : 854-857, 1947.
- SOGLIANI, G. — *Gior. di Psichiat. e di neuropat.*, 67, 1939.
— *Z. Neur.* 173, 1941.
- STOFFELS, K. — *Psychiatr. neur. Wschr.* 1940, 201.
- STRAUSS, E. B., et MACPHAIL, A. — *Lancet* : 896-899, 1946.
- STRAUSS, E. B. — *Brit. J. J.* 2 : 779, 1940.
- TAYLOR, J. H. — *J. M. Cov.*, New Jersey, 42 : 300-304, 1945.
- TAYLOR J. H. — *Dis. Nerv. Syst.*, 7 : 284-285, 1946.
- TEITELBAUM, H. A., HOEKSTRA, C. S., GOLDSTEIN, D. N., HARRIS, I. D.,
WOODS, R. M., et COHEN, D. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 103 : 144-
163, 1946.
- THOMPSON, C. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 109, 6 : 531, 1949.
- TIETZ, E. B. — *Broader application of electronarcosis. Presented at
annual meeting, Am Psychiat. Association, New York, May,
21, 1947.*
- TITECA, J. — *J. Belge Neurol. & Psychiat.*, 57-60, 1946.
- TOMLINSON, P. J. — *Psychiatric Quart.* 18 : 413, 1943.
- TYLER, E. A., et LÖWENBACH, H. — *North Carolina M. J.*, 8 : 577-582,
1947.
- VALENTINE. — *J. onf Nerv. Ment. Dis.*
- VERSTRAETEN, P. — *Ann. méd. psychol.*, 95 11 : 654, 1937.
- VINER, N. — *Canad. M. A. J.*, 55 J : 101-5, 1946.
- WILCOX, P. H. — *Shock Therapy.* Chapter 30, *Progress in Neurology
and Psychiatry*, E. A. Spiegel, ed., New York, Grune & Strat-
ton, 1947, 1948.
- ZETTERHOLM, S. C. — *Sv. Lakartidn.* 1939, 959.
— *Ref. Zbl. Neur.* 97, 488, 1940.

SUMMARY

INDICATIONS OF THE SHOCK-THERAPY METHODS (1)

by J. J. LOPEZ IBOR

Shock methods in the therapy of psychoses have been rejected on the pretext that they violate the moral personality of the patients. This argument is not valid, but calls for precise indications of these therapeutic methods, which have a biological effect, and are therefore indica-

(1) Summary by the Author.

ted in those mental disturbances, in whose ethiology causal relations are discovered. Shock therapy does not primarily work through psychological mechanisms ; its use is not therefore indicated in mental abnormality cases of psychogenic origin ; nor in those abnormalities of the personality whose development is not interrupted by the disruption of a " mental process ".

Although shock therapy can certainly be useful in some completely psychogenic cases, the treatment must be undertaken with great caution, and the principle that " anything useful is permissible " must not be accepted without discussion.

After this introduction of a somewhat general nature, we must consider the indications and their therapeutic application in various illnesses.

SCHIZOPHRENIA.

A scheme has been established consisting in the affirmation that :

- a) all schizophrenia should be treated as early as possible,
- b) the principal indication for insulin is in paranoid forms,
- c) electroshock treatment or equivalent therapeutics should apply in catatonic forms, and in any case, insulin can serve to stabilise the results obtained by convulsive therapy when these are not consistent. The majority of writings published up to date develop this scheme, which should be carefully analysed. Firstly, regarding the precocity of treatment, the question that arises is whether or not the patient should be kept in confinement during treatment. There are many schizophrenias that may be treated in an ambulant manner with convulsive therapy, or even within the family orbit. Indication as to confinement depends on the clinical picture and the patient's social and family conditions. Light forms of schizophrenia exist, of good prognosis, which abate without any need of treatment, or with acetylcholine therapy. On the other hand, success is not dependent only on the precocity of treatment. To say that the more forwardly the treatment is initiated means that the prognosis in the schizophrenias is so much better, is to accept, without criticism, statistical, global results, which are often fallacious.

There are forms of schizophrenia, periodically recurrent, which have been discussed by many writers. M. BLEULER holds that remissions by the therapy obtained in those forms do not differ in quality or persistency from those spontaneously produced during the illness. Treatments do not make, but shorten the phases, and remove the exuberance of the symptomatology, making the patient more social to outward appearances and more manageable during the acute stage of the illness when he is in hospital. The same observation is the basis of other many writings. Langfeldt talks of " schizophrenia and schizophreniform states " to distinguish these two clinical forms of such a different course. Meduna speaks of " schizophrenia and oneirophrenia ". From these opinions and the writer's own experience, these forms of periodical recurrence undoubtedly exist, and they are very accessible to this therapy, forming its fundamental indication. The author does not propose to distinguish two different illnesses or two distinct syndromes, but two groups of symptoms, the same as in general paralysis, in which there is a principal

symptom, dementia, and other peripheric symptoms. Axial symptoms in schizophrenia are the ones concerned with the destructive process of the personality (emptying and desubstantiation of the personality), which characterises the typical deleterious course of the illness ; and peripheric symptoms or adjectives are the ones that constitute its most visible clinical façade, especially in the acute periodical recurrences, and which are the most accessible to therapy. Greater or lesser remission may be obtained in a determined case, and a greater or lesser deficit remains, according to the quantity and importance of the axial symptoms. This distinction must not be confused with that of primary and secondary symptoms of Kurt SCHNEIDER, nor with BLEULER'S physiogenic and psychogenic symptoms.

A therapeutic action also exists on the biological superstructure which accompanies the natural destructive process. This therapeutic action reduces the destructive process to its minimum limits and hinders it as much biologically as psychologically (physogenic and psychogenic superstructure). Up to a certain extent, the indication that an early treatment is implied by this, even in the cases which do not tend to a periodically recurrent course, can be admitted.

The writer discusses the differential indication of those therapies. It cannot be upheld as an absolute criterion that insulin ought to be used in the paranoid forms, and electroshock treatment in the catatonic. There are forms of paranoid schizophrenia, very accessible to convulsive therapy, which have given results as good and even better than those subjected to insulin therapy. Neither should it be considered as absolutely proved that insulin fixates the results of the convulsive therapy. This is another point open to discussion. Probably what happens in many cases is that decisive results are obtained from a greater prolongation of the treatment, which adds to a phase of convulsive therapy another of insulin therapy. The combined method serves as an improvement, though not very rapid, on the results of the other two.

Electroshock treatment is specially indicated in forms of deadly catatonia ("acte mortal catatonia" of STAUDER, "pernicious catatonia" of BRAUNMÜHL), as also in forms of serious agitation, hebephrenic or catatonic and in the acute febrile periodical recurrences of SCHEID. Polydiurnal treatment may be indicated in some of these cases. There are no definite indications for electro-narcosis, and future experience will decide whether this betters the results of the other treatments, or at least, if it can be substituted for insulin, which would be an advantage economically.

Therapeutic experience shows that the classification of schizophrenia in dementia simplex, hebephrenia, catatonia and paranoid schizophrenia does not answer the actual needs of the clinic. Therapeutical experience should be used to undertake a psychopathological analysis of the illness from new points of view and would give a better explanation of the varieties of the course and its forms.

Schneider's attempts were to distinguish three groups of syndromes, that of "interrupted thought", (Gedun ken entzug), that of "saltigrade thought", (Sprung den ken), and that of "embolismatic thought" (Faseln). The author also criticized this classification from the therapeutical point of view ; for example, it is not certain that first group has a

good course under shocktherapy, for generally any therapeutic form acts more efficiently in this than in the other two. There are forms more or less accessible to convulsive therapy in the second group, and therefore there is no more precise indication in this than in the old group of catatonia. One must undertake a new task here. Constitutional and hereditary peculiarities of the forms of periodically recurring course are pointed out in the works of BLEULER and LANGFELDT. But it is necessary to add the corresponding clinical pictures to these descriptions.

Chronic treatment, above all the convulsive, which can have two indications, may be used in chronic forms of the illness : one, in the more or less acute exacerbations of the symptomatology (periodical recurrences in chronic courses), and the other, to confirm the destruction of the superstructure of the process itself, the patient maintaining a greater coefficient of sociability. Intense and continued treatment by electroshock or the combined method may produce a psychoorganic syndrome, and this may be a secondary action, desirable in some cases for the same reason as leucotomy.

MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSES.

Electroshock treatment should not be considered as indicated in all cases of endogenous depressions. When patients still have a certain capacity of resistance to the illness and can exert it in mitigated forms, this may be avoided. The patient feels the electroshock to be an aggression which repels him, because the ego is active and cannot tolerate the lived experience of a momentary rupture in its continuity. That which repels the patient, (especially the depressive), in electroshock treatment, are not only the rumours circulating about this therapeutic or the experience of muscular pains it may produce, but the anguish arising from this fear of the short loss of conscience. Electroshock treatment can disturb the interior world of the patient more than it seems when one analyses the psychopathological picture from without, as BERSOT's observations go to prove.

Good results have been obtained by the writer with acetylcholine therapy in many cases of mitigated depression. Kretschmer notes that cardiazol in infra-convulsant doses can be effective.

All mitigated depressions do not have favourable spontaneous course. In some cases the phase is prolonged far more than the middle term, and here electroshock treatment may be indicated. Some authors abstain from indicating convulsive therapy in profound depressions of short duration. But the case may occur in which anterior phases being shorter, and later ones, on the contrary, longer, the patient may suffer while awaiting the climax of the phase. Indication of electroshock treatment in depressions is not a vital indication but a human one, as the large majority of them recover spontaneously, and what the therapy has to do is abbreviate the phase, and therefore, the patient's sufferings and the dangers of the illness. In these cases therapy should be established as soon as possible. The existence of suicidal ideas oppressing the patient are a vital indication. The indication is clearer in pure endogenous depressions than in those induced by organic factors, such as senility, arteriosclerosis and mental deficiency.

In general, the greater the distance existing between depressive oscillations and the habitual temperament of the patient, the better the results obtained, and therefore the indication is more pertinent. In involuntal, climacteric or presenile depressions the indication is clear and the results good.

The problem is yet somewhat confused with regards to mania. There are cases which remit with the accumulative polydiurnal technique of electroshock treatment, others which are resistant, and finally, others which because of this or combined therapy, provoke a psycho-organic syndrome which disguises the mania and makes the patient more manageable.

Electroshock treatment does not break the cyclic course of the manicdepressive psychosis. The cycle is more a characteristic of the personality than of the illness itself. A syndrome of depersonalization can be produced in *scenestopathic* depressions (anaesthetic melancholy of JULIUSBURGER), which at times counter-indicates the continuation of the electro convulsive therapy.

Electroshock treatment is not indicated in reactive depressions, or in the "basal depression", or in "reactions of depressive basis". In the first, because one deals with motivated reactions. In the second, because one deals with more complex dysthymias, and not the pure vital ones, as in typical endogenous depressions. Electroshock treatment is indicated in provoked depressions, for their course is typically endogenous.

A special group of patients whose fundamental symptom is anguish should be included in the same morbid circle, (*timopathic* circle), beside the manicdepressive psychosis. We propose to call this group: "anxious *timopathy*". It differs from the neurosis of anguish since the basis of anguish in this is reactive and psychogenic. *Vital* anguish, (which is not motivated), exists in these patients, but like the vital sadness in melancholy depends on a perturbation of the vital structure or layer of the personality. In its symptomatology, besides the vital anguish, figure giddiness, some very characteristic (like in the agoraphobia), and a complete series of somatic and vegetative disturbances. *Vital* asthenia (the "chronic fatigue" of other writers) should be grouped with this, as having a phasic course as the same vital anguish, and certain forms of "diencephalosis", and probably many cases of those included in the group of organic neuroses. In every one the treatment indicated is biological. Electroshock therapy is too aggressive, if efficient. The writer suggests that in these cases it would be more opportune to employ intravenous acetylcholine according to FIAMBERTI'S technique or even in lower doses. Extraordinary results have been obtained with this therapy.

NEUROSES AND PSYCHOPATHIC PERSONALITIES.

Neuroses have been treated by electroshock, but these illnesses have a psychic cause and must be treated by any kind of psychotherapy.

Electroshock and also insulin therapy have been tried, with poor results, in cases of obsessional neurosis. Obsessional cases with underlying anxiety and a phasic course have to be distinguished from others that follow a chronic course, and which can be properly denominated "obsessional illness".

Electroshock and acetylcholine therapy are indicated in the first group. These treatments fail when applied in the second, and some of the cases of this last group, selected very carefully, can be treated by leucotomy. In some cases, psychotherapy cannot be put aside, and all cases benefit from this treatment.

Psychopathic personalities are not illnesses, but anomalies. Convulsive therapy is not indicated except in those cases with endogenous depressive phases. Insulin subcoma doses can be useful, because of their vegetative action.

OTHER PSYCHOSES.

Electroshock is scarcely indicated to provoke fits in epilepsy. Sometimes there is a risk of developing a "status epilepticus". On the other hand, electroshock can abort a dangerous crepuscular state. It is strongly indicated in other psychotic cases which accompany epilepsy. These cases are really symptomatic schizophrenias.

In general paralysis, electroshock therapy is indicated in cases of GERSTMANN syndrome (hallucinosis after malarial treatment), or in endogenous manic depressive cases, liberated by the illness.

There is a limited indication in exogenous psychoses, and none in arteriosclerotic and senile patients. There is also a restricted indication in agitated periods of oligophrenics. In morphilomania electroshock treatment is indicated, with use in cloetal narcosis (DURAN). In alcoholic patients, electroshock treatment is indicated in many cases of delirium tremens, but not as a treatment of the alcoholic personality. It can be also an indication in alcoholic hallucinated patients, helping them to recover, but not in alcoholic delusions of jealousy.

RESUMEN

INDICACIONES RESPECTIVAS DE LOS MÉTODOS DE CHOQUE (1)

por J. J. LOPEZ-IBOR

Los métodos de choque en la terapéutica de las psicosis han sido rechazados basándose en que violan la personalidad moral de los enfermos. Este argumento no es válido, pero obliga, de todos modos, a sentar unas indicaciones precisas para su empleo. Estos métodos terapéuticos actúan como métodos biológicos y por consiguiente, se hallan indicados en aquellos trastornos mentales en cuya génesis se descubren "relaciones de causalidad". No se trata de terapéuticas que actúen primariamente

(1) Resumen por el Autor.

por mecanismos psicológicos; por tanto, deben ser excluidos de su empleo aquellos trastornos o anomalías mentales que sean de claro y exclusivo origen psicógeno o que supongan anomalías de la personalidad, pero en las que esta mantiene su desarrollo unitario y continuo, sin estar interrumpido por la quiebra de un auténtico "proceso" mental.

Es cierto que algunas de estas terapéuticas pueden ser útiles en algunos cuadros netamente psicógenos, pero hay que proceder con gran cautela y no aceptar, sin discusión, el principio de que está permitido todo lo útil.

Después de esta distinción de carácter general, es conveniente analizar las indicaciones de su aplicación terapéutica en las diversas enfermedades.

ESQUIZOFRENIA.

Se ha establecido un esquema que consiste en afirmar a) que toda esquizofrenia debe ser tratada lo más precozmente posible, b) que la insulina encuentra su indicación principal en las formas paranoides, c) que el electrochoque o las terapéuticas equivalentes se deben aplicar en las formas catatónicas y d) que, en todo caso, la insulina puede servir para *fijar* los resultados obtenidos con la terapéutica convulsivante cuando estos no se mantienen estables. Este esquema que se desprende de la mayoría de los trabajos publicados hasta ahora debe ser sometido a un cuidadoso análisis discriminativo. En primer término, por lo que se refiere a la *precocidad* del tratamiento, la primera cuestión que se plantea es la de la necesidad del internamiento o no del enfermo para la práctica del mismo. Existen muchas esquizofrenias que pueden ser tratadas *ambulantemente* con la terapéutica convulsivante o incluso en el propio medio familiar. La indicación del internamiento depende del cuadro clínico o de las condiciones sociales y familiares en las que se desenvuelve el enfermo. Existen incluso cursos blandos de esquizofrenia, de buen pronóstico, que remiten sin necesidad de tratamiento o con una terapéutica acetilcolínica. Por otra parte, *el éxito no depende sólo de la precocidad del tratamiento*. Decir que las esquizofrenias tienen tanto mejor pronóstico cuanto más precozmente se inicia el tratamiento, es aceptar, sin crítica, los resultados estadísticos globales que son, a menudo, falaces.

Existen formas de esquizofrenia en brote o de curso fásico sobre las cuales han llamado la atención diversos autores. BLEULER sostiene que sólo en éstas se obtienen remisiones terapéuticas, las cuales no difieren en su calidad ni en su persistencia de las que espontáneamente presenta la enfermedad. Los tratamientos no hacen sino abreviar las fases y recortar la exuberancia de la sintomatología, haciendo al enfermo más sociable en el medio externo y más manejable durante la fase aguda de su enfermedad, situado en el interior de la clínica. La misma observación sirve de base a otros muchos trabajos. Langfeldt habla de "esquizofrenias" y "estados esquizofreniformes" para señalar estas dos formas clínicas de tan distinto curso. V. Meduna habla de "esquizofrenias" y "oneirofrenias". De todos estos trabajos y de la propia experiencia del autor se deduce la existencia indudable de estas *formas fásicas, en brote*, muy accesibles a la terapéutica y en las que esta encuentra su indicación fundamental. El autor propone distinguir no dos enfermedades distintas

ni dos síndromes distintos, sino dos grupos de síntomas análogamente a lo que ocurre en la parálisis general. Existen unos *síntomas axiales* que son los que se refieren al proceso destructivo de la personalidad ("vaciamiento" y "desubstanciación" de la personalidad) y que caracterizan el típico curso deletéreo de la enfermedad; y otros *síntomas periféricos o adjetivos* que forman la fachada clínica más visible de ella, sobre todo en los brotes agudos y que son los más accesibles a la terapéutica. En un caso determinado se obtiene una remisión mayor o menor, y por consiguiente, queda un déficit mayor o menor según la cuantía y la importancia que alcanzan los síntomas axiales. No debe confundirse esta distinción con la de síntomas primarios y secundarios de Kurt SCHNEIDER, ni con los síntomas fisiógenos y psicógenos de E. BLEULER.

De todos modos, aparte de las acciones terapéuticas sobre los síntomas adjetivos existe también una acción terapéutica sobre toda la superestructura *biológica* que acompaña al propio proceso destructivo. Esta acción terapéutica deja el proceso destructivo reducido a sus límites mínimos e impide su sobrecarga tanto desde el punto de vista biológico, como desde el punto de vista psicológico (superestructura fisiógena y psicógena). De aquí que la indicación de un *tratamiento precoz* de la enfermedad, aún para los casos que no tengan tendencia a un curso en brotes, subsiste en cierta medida.

El autor discute la *indicación diferencial* de las diversas terapéuticas. No puede sustentarse con criterio absoluto que la insulina debe emplearse en las formas paranoides y el electrochoque en las formas catatónicas. Existen formas de esquizofrenia paranoide muy accesibles a la terapéutica convulsivante, en las que los resultados de ésta son tan buenos y aún superiores a los de la terapéutica insulínica. Tampoco debe considerarse como seguramente demostrado que la insulina sirva para fijar los resultados de la terapéutica convulsivante. Esto es otro punto abierto a la discusión. Es muy probable que lo que ocurre en muchos casos es que lo decisivo resulta de la mayor prolongación del tratamiento, extendido durante unos meses más, por agregar a una fase de terapéutica convulsivante, otra posterior de terapéutica con insulina. El método combinado sirve para mejorar, no muy crecidamente, los resultados de los otros dos.

El electrochoque tiene una indicación especial en las formas de *catatonía fulminante* ("catatonía aguda mortal de STAUDER", "catatonía perniciosa" de BRAUNMÜHL). También en las formas de agitación grave, hebefrénicas o catatónicas y en los brotes agudos febriles de SCHEID. En algunos de estos casos puede tener indicación el "tratamiento poli-diurno". La electronarcosis no tiene bien precisas sus indicaciones y la experiencia futura decidirá si mejoran los resultados de los otros tratamientos o si, al menos, puede suplir a la insulina, lo cual reportaría cierta ventaja económica. La experiencia terapéutica demuestra que la clasificación de la esquizofrenia en demencia simple, hebefrenia, catatonía y esquizofrenia paranoide, no responde a las necesidades actuales de la clínica. La experiencia terapéutica debe utilizarse para emprender un análisis psicopatológico de la enfermedad desde nuevos puntos de vista que expliquen mejor las variedades de curso y formas de la misma.

Se analizan las tentativas de SCHNEIDER, de distinguir tres grupos

sindrómicos, el del pensamiento intervenido, el del pensamiento saltigrado, y el del pensamiento embolismático. Se critica esta clasificación también desde el punto de vista terapéutico, ya que no es cierto, por ejemplo, que el primer grupo tenga buen curso sometido a la labor-terapia sino que en general cualquier forma terapéutica es más eficaz en él que en los otros dos. En el segundo grupo hay formas más o menos accesibles a la terapéutica convulsivante y, por lo tanto, no constituye una indicación más precisa de la misma que el viejo grupo de la catatonia. Es necesario, pues, emprender aquí una nueva tarea. En los trabajos de BLEULER y LANGFELDT se señalan particularidades constitucionales y hereditarias de las formas de curso en brote. Pero es necesario agregar a estas peculiaridades descripciones precisas de los cuadros clínicos correspondientes.

En las formas *crónicas* de la enfermedad puede utilizarse el tratamiento *crónico*; sobre todo convulsivante, el cual puede tener dos indicaciones; una en las exacerbaciones más o menos agudas de la sintomatología (brotes de actividad en cursos crónicos) y otra para confirmar la destrucción de las superestructuras del propio proceso manteniendo al enfermo con un mayor coeficiente de sociabilidad. Un tratamiento intenso y continuado por electrochoques o por el método combinado puede producir un *síndrome psico-orgánico* y se plantea la posibilidad de que ésta sea una acción secundaria apetecible en algunos casos por la misma razón que se utiliza la leucotomía.

PSICOSIS MANIACODEPRESIVAS.

No todos los casos de depresiones endógenas deben considerarse como indicación del electrochoque. Cuando los enfermos mantienen todavía una cierta capacidad de resistencia a la enfermedad y de conducción de la misma en las formas mitigadas, puede evitarse el mismo. El electrochoque se siente como una agresión que repugna al enfermo, precisamente porque el yo se mantiene vivaz y no puede sufrir la *vivencia de la ruptura momentánea de su continuidad*. Lo que aleja a los enfermos, sobre todo a los depresivos, de los electrochoques, no son sólo los rumores que corren acerca de esta terapéutica, ni la experiencia de los dolores musculares que pueden producir, sino la angustia que deriva de este temor a la brusca pérdida de conciencia. El electrochoque puede perturbar la intimidad del enfermo más de lo que parece al analizar el cuadro psicopatológico desde fuera, como lo demuestran las observaciones de BERSOT.

En muchos casos de depresión mitigada, el autor ha obtenido buenos resultados con la acetilcolina. KRETSCHMER señala que el cardiazol en dosis infraconvulsivante puede ser eficaz.

No todas las depresiones mitigadas tienen un curso favorable espontáneo. En algunos casos la fase se prolonga mucho más que el término medio y aquí puede entonces tener indicación el electrochoque. Algunos se abstienen de indicar la convulsionterapia en las depresiones profundas de corta duración. Pero puede darse el caso de que las fases anteriores hayan sido cortas y que las posteriores, en cambio, sean más largas, y mientras se espera que la duración de la fase sobrepase al tipo de las anteriores, el enfermo sufre. La indicación del electrochoque en las depre-

siones no es una *indicación vital*, sino una *indicación humana* puesto que la inmensa mayoría de ellas remiten espontáneamente y lo que ha de hacer la terapéutica es abreviar la fase y, por tanto, los sufrimientos del enfermo y los peligros de la enfermedad. La terapéutica debe, en estos casos, plantearse *cuanto antes*. La existencia de *ideas de suicidio* que presionan al enfermo constituyen una *indicación vital*. La *indicación* es más clara en las depresiones endógenas puras que en aquellas influidas por factores orgánicos tales como la senilidad, la arterioesclerosis y la debilidad mental.

En general, se obtienen mejores resultados y, por tanto, la *indicación* es más pertinente cuanto mayor distancia existe entre las oscilaciones depresivas y el temperamento habitual del enfermo. En las depresiones involutivas, climatéricas o preseniles, la *indicación* es clara y los resultados buenos.

En la manía, el problema resulta todavía algo confuso. Hay cuadros que remiten con la técnica acumulativa polidiurna del electrochoque, otros que resisten a la misma y otros finalmente en los que por ella o por la terapéutica combinada se consigue provocar un síndrome psicorgánico que encubre la manía y hace más manejable al enfermo.

Los electrochoques *no rompen el curso cíclico* de la psicosis maníacodepresiva. *El ciclo es más una característica de la personalidad que de la enfermedad misma*. En las depresiones cenestopáticas (melancolía anestésica de JULIUSBURGER) puede producirse un síndrome de despersonalización que, a veces, contraindica la continuación de la terapéutica electroconvulsivante.

El electrochoque no se halla indicado en la "depresión reactiva", ni tampoco en la "depresión basal", ni en las "reacciones de fondo depresivo". En las primeras porque se trata de reacciones motivadas. En las segundas porque se trata de distimias más complejas y no vitales puras, como en las depresiones endógenas típicas. En las "depresiones provocadas" puede estar indicado el electrochoque ya que su curso es típicamente endógeno.

Al lado de las psicosis maníacodepresivas debe incluirse en el mismo círculo morboso (círculo timopático) un grupo especial de enfermos cuyo síntoma fundamental es la angustia. Propongo llamarlo grupo de la "timopatía ansiosa". Se diferencia de la neurosis de angustia en que la ansiedad es reactiva y psicogenética en el fondo. En estos enfermos existe *angustia vital* que no es motivada, sino que como la tristeza vital del melancólico depende de una perturbación de la estructura vital de la personalidad. En su sintomatología figuran al lado de la angustia vital los vértigos, algunos muy característicos como los de las agorafobias y toda una serie de trastornos somáticos y vegetativos. Junto a ella debe agruparse la *astenia vital* (fatiga crónica de otros autores) que tiene también un *curso fásico* como la angustia vital misma y ciertas formas de "diencefalosis" y probablemente muchos casos de los incluidos en el grupo de las neurosis orgánicas. *En todos ellos la indicación del tratamiento es biológica*. El electrochoque resulta una terapéutica demasiado agresiva, si bien es eficaz. Por ello resulta más oportuno emplear, según propone el autor, la acetilcolina intravenosa según la técnica de FIAMBERTI o aún en dosis más moderadas. Los resultados obtenidos con esta terapéutica han sido extraordinarios.

NEUROSIS Y PERSONALIDADES PSICOPATICAS.

El electrochoque se ha utilizado en las neurosis, pero éstas son enfermedades psicogenéticas y por lo tanto tributarias de la psicoterapia en cualquiera de sus formas en uso.

En las neurosis obsesivas se ha ensayado también el electrochoque así como la terapéutica insulínica. Los resultados son, en general, escasos. Es necesario distinguir entre unas obsesiones que se presentan envueltas en un fondo ansioso y con un curso fásico y otras que toman un curso crónico y que constituyen la verdadera " enfermedad obsesiva ". En las primeras la indicación terapéutica es el electrochoque o la acetilcolina. En las segundas fracasan totalmente y si acaso con *criterio restringido* son tributarias de la leucotomía. La psicoterapia es aconsejable en todo caso y en muchos de ellos imprescindible.

Las personalidades psicopáticas son más que enfermedades, en sentido médico de la palabra, anomalías. En ellas no existe una indicación de una terapéutica convulsivante, salvo que se presenten fases depresivas endógenas sobreañadidas. La insulina en dosis de sub-coma puede ser útil, en muchos casos, por su acción como " cebamiento vegetativo ".

OTRAS PSICOSIS.

La indicación del electrochoque en la *epilepsia* para provocar accesos es muy restringida. En algunos casos se corre el peligro de provocar un estado de mal. En cambio, puede hacer abortar un peligroso estado crepuscular. También resulta muy indicado en los cuadros psicóticos que acompañan a la epilepsia y que constituyen verdaderas esquizofrenias sintomáticas.

En la *parálisis general*, su indicación principal está en los casos de síndromes de GERSTMANN (alucinosis post-malárica) o en los cuadros maniaco-depresivos de naturaleza *endógena*, pero desencadenados por la enfermedad.

En las psicosis exógenas, la indicación es muy restringida. En los arterioescleróticos y seniles se halla generalmente contraindicado. Alguna indicación también restringida ofrece en los periodos de agitación de los oligofrénicos. En la morfomanía se halla indicado, empleando el electrochoque en la narcosis por cloetal (DURAN). En el alcoholismo se halla indicado en muchos casos de delirium tremens pero no como tratamiento de la personalidad alcohólica. También puede estarlo en la alucinosis alcohólica, favoreciendo su remisión, pero no así en el " delirio de celos de los bebedores ".



