



Trypanothérapie, contribution à l'histoire de la psychiatrie biologique

Floriane Blanc

DANS **PSN 2012/1 Volume 10** , PAGES 77 À 94

ÉDITIONS **ÉDITIONS MATÉRIOLOGIQUES**

ISSN 1639-8319

ISBN 9782919694150

DOI 10.3917/psn.101.0077

Date de mise en ligne : 31/01/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psn-2012-1-page-77?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Matériologiques.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Trypanothérapie, contribution à l'histoire de la psychiatrie biologique

Trypanotherapy, contribution to the history of the biological psychiatry

Floriane BLANC

Qualifiée maître de conférences en épistémologie des sciences médicales.
22, rue du Coin, 42000 Saint-Étienne, tél. : 06 13 80 43 73.

Mail : blanc.floriane@wanadoo.fr

Résumé. Entre 1951 et 1953, Pierre Gallais, médecin colonel du corps de santé colonial, expérimente la « trypanothérapie ». Spécialiste de la trypanosomiase – plus connue sous le nom de « maladie du sommeil » –, alors responsable du service de neuropsychiatrie de l'hôpital Michel-Lévy à Marseille, ses connaissances à la fois de la maladie du sommeil et des pathologies psychiatriques le conduisent à penser que la phase nerveuse de la maladie pourrait être un moment salubre pour les patients psychotiques et schizophrènes, en échec thérapeutique, accueillis dans son service. Sur cette conviction, au cours des deux années de son expérimentation, il conduira l'inoculation et le traitement de douze patients. Une telle expérimentation serait certainement jugée choquante aujourd'hui, mais l'était-elle ? Pour la comprendre, il est indispensable de la replacer dans son contexte. Elle révèle alors la pensée complexe d'un homme, chercheur autant que médecin confronté au défi de la psychose et de la prise en charge des malades psychotiques et schizophrènes à l'orée de l'ère pharmacologique.

Mots clés. Histoire, psychiatrie biologique, expérimentation humaine, Pierre Gallais.

Abstract. Between 1951 and 1953, Pierre Gallais, médecin colonel of the Colonial Health Corps, tested out the “trypanotherapy”. Trypanosomiasis (sleeping sickness) specialist, at that time head of the Neuropsychiatry department of the Michel Levy Hospital (Marseille), his knowledge about sleeping sickness and psychiatric pathologies drove him to think that the nervous phase of the disease could be a salutary time for the psychotic and schizophrenic patients in therapeutic failure. On this conviction, Pierre Gallais directed the inoculation and the treatment of twelve patients. Such experimentation would obviously be considered as a shocking practice nowadays, but was it ? To understand it, it's necessary to put it back in context. By that way, it reveals the complex thought of a man, researcher and physician who had to face with the challenge of the psychosis and of the taking into care psychotic and schizophrenic patients at the start of the pharmacologic era.

Keywords. History, biological psychiatry, human experimentation, Pierre Gallais.

Dans le cadre d'échanges concernant la trypanosomiase humaine africaine (THA), un médecin militaire à la retraite, le médecin général Jean Dutertre, a attiré mon attention sur une expérimentation conduite en 1952-1953 par Pierre Gallais, médecin colonel du corps de santé colonial, professeur à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales (SSTC). Le médecin général Dutertre avait travaillé sous la direction du professeur Gallais lorsqu'il était jeune lieutenant à la recherche d'un sujet de thèse. De l'homme il dit qu'il était « une personnalité hors norme¹ » : « Un médecin colonel de haute stature [...] toujours revêtu du sarrau des chirurgiens – ça se noue dans le dos grâce à une série de lacets – assorti d'un tablier muni d'une poche ventrale [contenant] un marteau à réflexes, un crayon ou un stylo [et] le manche de cuillère cassée qui servait à ouvrir la porte de fer des malades isolés². »

En m'adressant ces textes – également publiés sur son site³, Jean Dutertre a porté à ma connaissance une expérimentation qui, aujourd'hui, choque autant qu'elle étonne. Il a inoculé la trypanosomiase à certains patients ! Une telle démarche interpelle nécessairement, entrant en écho dans l'esprit de l'historien avec les expérimentations nazies [7, 9] ou celles conduites sous la « justification » des « corps vils » [3]. Mais s'agissait-il bien de cela ?

Pour comprendre puis analyser cette expérimentation, que ce soit du point de vue épistémologique ou éthique, il est indispensable de l'exposer puis de la replacer dans son contexte, et enfin d'analyser dans quelle mesure elle s'inscrit dans le registre des funestes pratiques.

Une expérimentation détaillée

Dans les deux articles publiés dans la revue *Médecine tropicale* [5, p. 799-806 ; 6, p. 807-843], Pierre Gallais a détaillé l'expérimentation conduite. Si les deux textes sont bien rédigés et signés par Gallais, il n'en a pas moins été assisté dans sa tâche : réalisation des inoculations et des surveillances ou encore relevés des observations ont été effectués par une équipe. Pour cette raison, nous n'utiliserons pas le nom de Pierre Gallais pour détailler l'organisation et le déroulement de l'expérimentation mais le terme « expérimentateur » qui tendra à désigner le responsable de l'expérimentation et/ou ses collaborateurs,

1. Échange de mails du 30 septembre 2011.

2. *Idem*.

3. « Tropiques », de Jean Dutertre @.

indistinctement. Nous ferons de nouveau référence à Gallais dans l'analyse car par sa signature principale, il porte en quelque sorte la paternité intellectuelle de l'expérience, et par rebond sa responsabilité. En outre, il convient de signaler ici que, dans le texte original exposant l'expérimentation, les patients sont désignés avec des initiales. Pour leur restituer une identité, un prénom leur a été attribué à partir de la première lettre mentionnée en initiales. Le choix des prénoms respecte les types ethniques mentionnés.

L'expérimentation décrite a donc consisté en l'inoculation de la trypanosomiase humaine africaine (THA) à *Trypanosoma brucei gambiense* en deux séries composées respectivement de cinq et sept patients. Pour comprendre cette expérimentation, il convient de décrire ce qui a été inoculé. La description donnée ici devant être courte, elle pourra paraître caricaturale – veuillez accepter toutes nos excuses.

Le point le plus important à connaître concernant la THA à *T. b. gambiense* est qu'en l'absence de traitement, cette maladie est mortelle, le patient évoluant sur plusieurs mois d'un tableau d'amaigrissement au coma et à l'arrêt des fonctions vitales quand le système nerveux central est infecté.

Bien avant la description du trypanosome responsable, la THA à *T. b. gambiense* est largement connue des négriers. Elle a été décrite pour la première fois par un chirurgien naval, le docteur John Atkins (1685-1757) dans son ouvrage de 1721, *The Navy Surgeon* [4, p. 5]. C'est cependant seulement en 1901 que dans le cadre de sa sixième mission sous l'égide de la Liverpool School of Tropical Medicine, Joseph Everett Dutton (1874-1905) identifie, dans le sang d'un patient du docteur R.M. Forde (1860-1948), le trypanosome responsable de la forme *gambiense* de la maladie, *Trypanosoma brucei gambiense* (*T. b. gambiense*). Cette description fait reconnaître Dutton comme le premier chercheur à décrire un trypanosome dans le sang d'un *Homo sapiens* [4, p. 168-169]. L'homme était désormais compris non seulement comme hôte du parasite mais également comme réservoir potentiel.

Au cours de la période envisagée, le diagnostic d'une THA à *T. b. gambiense* comporte trois dimensions : clinique, parasitologique et biologique. Le développement de la THA à *T. b. gambiense* est décrit en deux périodes : une première période dite lymphatico-sanguine, le parasite étant retrouvé essentiellement dans les tissus du malade, avec des signes cliniques d'une grande banalité. Le tableau présente alors fièvre, fatigue ou encore douleur, symptômes courants dans de (très) nombreuses pathologies. En Afrique occidentale, deux aspects retiennent alors l'attention du clinicien : le témoignage éventuel de la

famille qui signale un changement de comportement chez le patient⁴ et/ou une adénopathie ganglionnaire, repérable par palpation.

La seconde phase, qualifiée de « période nerveuse », intéresse le système nerveux central, avec des signes cliniques plus caractéristiques de la maladie. Lorsque le patient est entré dans cette phase de la maladie, le tableau évolue de troubles du sommeil (inversion du cycle nyctéméral), à une dérégulation thermique (frilosité) jusqu'à une phase terminale où il est grabataire. Le principe étant de diagnostiquer le patient aussi tôt que possible, dans l'idéal la confirmation diagnostic – à tout le moins celle qui interviendrait dès le premier stade de la maladie – n'est donc que rarement clinique : elle est parasitologique et/ou biologique⁵.

En cas d'adénopathie détectée, le diagnostic parasitologique consiste en une ponction du suc ganglionnaire qui sera ensuite examiné au microscope afin de rechercher les trypanosomes⁶.

Enfin, si la procédure parasitologique révèle la présence de trypanosomes, il est ensuite procédé à une ponction lombaire dont le produit sera, lui aussi, examiné au microscope. Cette étape vise à déterminer le stade de la maladie : si des trypanosomes sont découverts, l'envahissement du liquide céphalo-rachidien (LCR) signe qu'on est entré dans la seconde phase de la maladie.

Ainsi formulé, la THA à *T. b. gambiense* apparaît comme une pathologie déjà bien connue et ce n'est pas faux. Pierre Gallais en est d'ailleurs l'un des spécialistes reconnus. En effet, avant « de venir à Marseille dans ce poste de neuropsychiatre de l'hôpital des troupes coloniales, il avait été probablement chef de secteur du service autonome de la maladie du sommeil (le SGAMS) où il avait connu ses premiers malades, puis sur concours à l'hôpital central indigène de l'AOF à Dakar ». Au cours de ces années, il avait pu « examiner ses malades avec [les] moyens techniques [disponibles, quand il n'en inventait pas lui-même]. Faute de pouvoir examiner des cerveaux *post-mortem* au microtome après inclusion dans la paraffine, il appliquait une lame de verre chauffée au bec Bunsen sur des coupes de cerveau, et recueillait ainsi les cellules "fixées" du coup par la chaleur et les examinait au microscope. De nombreuses observations

4. Précision de Jean Dutertre, mail du 23 novembre 2010.

5. Cours de Jean Dutertre, « La trypanosomose humaine africaine », université de Poitiers, 8 avril 1993.

6. Nous ne précisons ici que la méthode la plus employée dans le cadre du dépistage de la THA à *T. b. gambiense*.

ont été faites de cette façon. [Et ce] qu'il ne pouvait faire lui-même, il l'obtenait de la part des autorités scientifiques externes qu'il avait pris soin d'approcher».

Ainsi, lorsque dans son article sur la philosophie de l'expérimentation, après avoir exposé la controverse autour de la maladie – qui la propose spontanément curable ou impossible à soigner –, il assure qu'entre « ces deux opinions extrêmes, on peut sans crainte affirmer qu'une trypanosomiose humaine africaine, suivie dès son début et traitée correctement à temps à l'hôpital, guérit toujours », il est possible d'envisager qu'il mesure à quel risque réel il expose ses patients dans cette expérimentation. Cette assertion est confirmée par la seule statistique d'échelle réalisée sur la question⁷.

En effet, dans sa première phase, la THA à *T. b. gambiense* est prise en charge par une cure de Lomidine, parfois complétée par une nouvelle cure combinant Lomidine et Tryparsamide. À ce stade de la réflexion, postulons donc que si l'idée d'inoculer une maladie pour en soigner une autre peut effectivement paraître éthiquement et humainement discutable, le spécialiste de la trypanosomiose Pierre Gallais était en mesure d'en évaluer le risque.

Comment s'est déroulée l'expérimentation ?

La première série d'inoculations, d'homme à homme, à partir d'une souche provenant du LCR d'un suspect, a été réalisée sur cinq patients. Le premier, Neba, a été inoculé par voie veineuse, à partir d'une souche provenant du LCR d'un suspect, les suivants – Harifidy, Rose, Nicole – l'ont été par voie intramusculaire avec 10 cc du sang de Neba, et enfin Walter, par voie intramusculaire avec 10 cc du sang de Harifidy. Neba et Harifidy sont africains, Rose, Nicole et Walter européens. Tous d'âge différent, Neba est le doyen de la série (38 ans), Nicole la cadette (19 ans), Harifidy (22 ans), Walter (24 ans) et Rose (30 ans) complétant l'écart entre eux.

Tous les patients de la seconde série ont été inoculés par voie intradermique à partir de sang infesté de réservoir animal ou humain. Une plus grande diversité « ethnique » est présente dans cette série, puisque Saint-James est hindou, Machanga métis antillais, Tiecoura, Alioune et N'Dongo africains, Bilal est arabe, et Louis européen⁸. Saint-James est le cadet de la série (24 ans), Alioune

7. Jean Dutertre, « Rapport statistique sur le traitement de la trypanosomiose dans le cercle de Gaoua » @.

8. Par souci historiographique, nous laissons ainsi ces dénominations relevant d'une typologie « ethnique » pour le moins douteuse... (Note de l'éditeur.)

le doyen (33 ans) Machanga, Bilal, N'Dongo et Louis ont le même âge (25 ans) et Tiecoura complète la série (27 ans).

Les sujets choisis sont donc plutôt jeunes. Il n'y a pas parité hommes/femmes puisque ces dernières ne sont que deux, ce qui peut certainement s'expliquer par le fait que l'hôpital Lévy est une structure militaire, les deux femmes inoculées étant internées dans une structure tenue par des religieuses.

Chaque patient de la première et de la seconde série est décrit de façon brève. Les deux premiers patients de la première série sont africains. Neba souffre de psychose hallucinatoire à propos de laquelle il est précisé qu'elle est constituée d'«hallucinations auditives évoluant depuis près d'un an [...]. Agréables ou neutres pendant longtemps, [elles ont pris] un caractère menaçant». Quant à Harifidy, il est décrit comme «un débile violent, agressif, nécessitant un isolement et une surveillance continue» et atteint de «bouffées délirantes polymorphes». Les trois autres patients de la série sont européens, tous schizophrènes. Rose est «muette et catatonique, internée depuis plusieurs années», elle est «rebelle à tous les traitements institués». Nicole est «impulsive et fugueuse. Internée en hôpital psychiatrique depuis plusieurs mois». Enfin, Walter est décrit comme présentant un «état schizoïde se précisant dès l'adolescence, se transformant en schizophrénie avérée lors d'un séjour en Afrique tropicale. [...] À l'entrée à l'hôpital, après son rapatriement, le syndrome schizophrénique persiste inchangé».

La seconde série présente donc un Hindou, un métis antillais, un Arabe, un Européen et trois Africains. Saint James a été «rapatrié d'Indochine après une longue hospitalisation et divers traitements sans résultat» et «présente un syndrome hallucinatoire qui évolue vers une dissociation schizophrénique grave». Machanga est décrit comme «sujet dangereux, présentant des réactions impulsives, violentes, nécessitant l'isolement et une surveillance continue». Il est atteint d'un «syndrome schizophrénique grave évoluant depuis plus d'un an et rebelle à toutes les thérapeutiques utilisées». Tiecoura, Alioune et N'Dongo ont tous trois été rapatriés d'Indochine, tous pour «psychose hallucinatoire chronique». Tiecoura et N'Dongo sont signalés comme «résistant/rebelle à tous les traitements». Alioune témoigne d'«idées de persécution ayant entraîné plusieurs tentatives de suicide en Indochine. Dès son arrivée à l'hôpital, se précipite par une fenêtre du troisième étage et se fracture la jambe». Bilal, «translaté du service de chirurgie à la suite d'une tentative de suicide, présente une psychose hallucinatoire à base d'hallucinations auditives : insultes, menaces de mort. Mis en sommeil pendant dix jours, [il paraissait] calmé au réveil, mais les halluci-

nations continuent. [Devenu] très réticent, [il explique] que ces hallucinations ont commencé depuis plus d'un an au cours de son séjour en Indochine. Une série d'électrochocs [est restée] sans effet. C'est toujours la même voix d'un chef connu qui fournit des insultes et des menaces. [Récemment, des] hallucinations olfactives [sont apparues] ». Enfin, Louis présente une « schizophrénie grave évoluant depuis trois ans, rebelle à toutes les thérapeutiques utilisées : électrochocs, cure de Sakel ». Il est « interné en hôpital psychiatrique depuis deux ans » lorsqu'il est « évacué dans [le service de neuropsychiatrie] en vue d'une intervention psycho-chirurgicale ».

Le protocole de l'expérimentation est assez similaire dans les deux séries : bilan complet des patients, inoculation, suivi, interruption de la maladie d'inoculation avant le passage au deuxième stade, bilan.

Dans cette présentation de l'expérimentation, reste à traiter des résultats. Il convient tout d'abord de préciser, comme le fait Pierre Gallais lui-même, qu'« aucun accident, même bénin, n'est à déplorer » et tous les patients inoculés ont été totalement guéris de la maladie d'inoculation. En effet, à lire les articles concernant cette expérimentation, aucun décès n'est survenu, ni complication qui n'ait pu être soignée. Mais qu'il n'y ait pas eu de mort ne suffit pas puisque le but n'était pas d'observer la maladie du sommeil mais de l'utiliser à des fins thérapeutiques dans les cas de psychoses et de schizophrénies. Quels constats ont été portés au terme de l'expérimentation ?

L'observation de Neba donne lieu à un bilan de « disparition complète des hallucinations auditives [après] un mois ». En outre, la « stabilité des modifications bioélectriques impliquant une perturbation recherchée des fonctions du tronc cérébral » permet la mise en œuvre du traitement de la trypanosomiase « exactement un mois après le début de la maladie d'inoculation. [...] La guérison du syndrome mental s'est parfaitement maintenue ».

« Au point de vue clinique, l'amélioration du comportement [de Harifidy s'est dessiné] nettement après trois semaines d'évolution. Le malade [est redevenu] plus sociable et participe spontanément aux travaux du service. Il se laisse dès lors facilement examiner. Il supporte allègrement sa maladie [d'inoculation] qu'on laissera évoluer [...] pendant trois mois. [...] Après quelque temps d'observation, on peut le rapatrier. Il reste un débile mais de comportement sociable. »

Après quelques jours à peine de traitement, « pour la première fois depuis des années, les religieuses du service voient Rose s'animer, s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, répondre d'une manière cohérente et aimable aux questions

posées». Nicole est le cas le plus exemplaire : au moment où l'article est publié, elle est « sortie de l'hôpital psychiatrique depuis deux ans » et « travaille ». Enfin, Walter est le seul « échec » de la série. Après avoir montré une nette amélioration de son comportement dès dix jours après son inoculation – « Le malade parle volontiers, se lève, s'intéresse à son entourage » – et un maintien de ce changement après la première cure de Lomidine –, « malheureusement, [...] au bout de quelques semaines, [Walter] revient à l'état qu'il présentait avant l'inoculation ».

Le bilan de la seconde série est résumé ainsi : « Au point de vue clinique, l'amélioration générale du comportement psychomoteur des sept malades inoculés a été régulièrement observée. Le contact de ces sujets avec l'environnement hospitalier est bien meilleur et, dans certains cas, redevient absolument normal. »

« L'amélioration du comportement [de Saint-James] apparaît après quinze jours d'évolution. Le traitement [de la maladie d'inoculation] est mis en train après deux mois. [...] La guérison clinique du syndrome mental s'est maintenue pendant un an. Une rechute détermine sa réhospitalisation [...], mais [son] état mental est cependant beaucoup moins altéré que lors de sa première hospitalisation. »

Pour Machanga, après une phase d'observation « rendue difficile pendant les premiers jours à cause de l'agressivité du sujet », l'amélioration du comportement se dessine au bout de quinze jours, laissant à l'expérimentateur la possibilité de procéder aux observations. Finalement, « l'amélioration s'est maintenue pendant plusieurs mois et a permis son rapatriement sur son pays d'origine ».

Pour Tiecoura, il est seulement relevé une « amélioration nette du comportement ». Et « l'amélioration psychique obtenue pendant l'évolution de la maladie d'inoculation » chez Alioune « ne se maintiendra que peu de temps au-delà du traitement ». Il en va de même pour Bilal dont la diminution des phénomènes hallucinatoires ne s'avérera pas stable et reprendra après la cure de la maladie d'inoculation.

N'Dongo et Louis sont les réussites de cette série. « La psychose hallucinatoire [de N'Dongo], très active chez ce sujet avant l'inoculation, se transforme en état dépressif simple. [...] Devant la persistance d'un petit état dépressif, on fait quatre électrochocs qui transforment le comportement du malade qui paraît actuellement guéri, et se comporte d'une manière absolument normale, travaillant dans le service d'une façon intelligente et qui a pu être mis en service

ouvert.» Et dès les premiers jours, Louis, «absolument inaccessible jusque-là dans son autisme, s'améliore d'une manière spectaculaire, et l'amélioration se précise chaque jour davantage. Son comportement reste normal pendant des périodes dont la durée augmente quotidiennement». Au moment où Pierre Gallais rédige, l'observation de ce cas n'est néanmoins pas terminée, ainsi est-il précisé que «la maladie doit être interrompue très prochainement».

Une expérimentation «épistémologiquement située»

Gallais conduit son expérimentation à une période charnière du courant biologique de la psychiatrie. Le courant organiciste est, depuis quelques décennies déjà, engagé dans ce que l'historien de la psychiatrie biologique Jean-Noël Missa qualifie d'«ère des traitements de choc» (1935-1952) [10, p. 8].

L'adoption de la périodicité de Missa pourrait surprendre mais elle est un choix qui nous paraît justifié pour deux raisons. Tout d'abord parce que c'est là la filiation philosophique principale assumée par Gallais : en ne faisant à aucun moment ne serait-ce qu'allusion à l'analyse comme possibilité thérapeutique ou volet de traitement dans la prise en charge thérapeutique des patients psychotiques ou schizophréniques, il apparaît clairement partisan de ce courant. Certes, il n'expose jamais les critères qui ont déterminé cette orientation mais il fait référence à d'autres expérimentations, tout autant «épistémologiquement situées» dans le courant organiciste de la psychiatrie. Par cette filiation, Gallais expose son principal postulat : la maladie mentale comme trouble organique. Il ne la «réduit» pas pour autant à un modèle strictement pasteurien ou bernardien. Ainsi propose-t-il «un raisonnement différent» et c'est ce qui le conduit «à étudier l'action éventuelle de ce trypanosome sur le cours d'affections mentales graves, justiciables de thérapeutiques fort justement baptisées "dissolutives" par Delmas-Marsalet : électrochocs, cure de Sakel, qui tendent effectivement, à un anéantissement du "Moi", à une suppression de la conscience et à une rupture momentanée des mécanismes psychologiques, neurologiques, végétatifs qui en desservent la phénoménologie complexe».

Le raisonnement dont il est question dans ces lignes est construit non en étapes mais en «lignes de convergence» pourrait-on dire. Il y a d'une part cette idée de la «dissolution» nécessaire pour «ramener» le patient à un comportement normé. Il y a également la connaissance acquise par Gallais de la THA à *T. b. gambiense* et plus particulièrement de «l'encéphalite méningéomeuse secondaire curable [qui] pourrait [selon Gallais] réaliser d'une manière plus fine,

moins brutale et surtout progressive et continue, un système de déconnexion du même type, capable par son processus infiltratif assez sélectif d'atteindre les structures mésodiencephaliques, point de mire des thérapies psychiatriques modernes, sans encourir le reproche adressé par certains à la psychochirurgie, d'altérer de manière définitive la personnalité».

S'appuyant sur ses connaissances, Gallais développe alors les arguments qui étayaient son idée :

- Les caractéristiques de l'encéphalite végétative, celle spécifique de la THA à *T. b. gambiense* qui, selon différents observateurs autres que lui-même, réaliserait ces modifications de la personnalité, but avoué des thérapies psychiatriques contemporaines de la période.

- «L'antithèse clinique, spatiale et temporelle réalisée par les trypanosomés (au premier stade) de la maladie du sommeil d'une part [et] des tétaniques de l'autre.»

- Le «système d'hibernation» que réaliserait la maladie du sommeil – autre pratique thérapeutique discutée (il le signale d'ailleurs) – au cours de la période et les résultats de la (toute récente) endocrinologie [11].

- L'apport des résultats obtenus par les techniques de dissolution tels les électrochocs, la cure de Sakel, la cure de sommeil mais également la psychochirurgie.

- L'apport de l'électroencéphalographie.

Les expressions utilisant le terme «phénoménologie» ou son adjectif présents dans le texte donnent par ailleurs à envisager que la pensée de Gallais est plus complexe encore qu'une «réduction» aux hypothèses physiologiques réunies en faisceau, mêlant ainsi à ces connaissances l'influence de la «psychiatrie phénoménologique» née après la parution de l'ouvrage de Merleau-Ponty, *Le Visible et l'invisible*, en 1945. Malheureusement, il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette influence joue dans l'expérimentation présente ou le parcours de l'homme, celui-ci n'y faisant dans ces textes que trop peu référence.

Ainsi, l'expérimentation de Gallais trouve sa place dans la filiation de la conception neurologique de la maladie mentale, mais avant l'avènement de l'«ère pharmacologique» et de l'hypothèse dopaminergique [8]. En effet, l'expérimentation de Gallais est strictement contemporaine de celles de Paraire, Velluz et Hamon (1951), mais surtout de celles de Delay et Deniker (1952) sur l'usage du 4560 RP (futur Largactil©) dans les états d'agitation maniaque, premier psychotrope révolutionnant la prise en charge des malades psychotiques. La poursuite de l'expérimentation de Gallais, contemporaine à

celles de Delay et Deniker, n'est pas surprenante : si, fort d'un succès qui n'est alors qu'expérimental, tous les autres chercheurs devaient interrompre leurs études, que deviendrait la recherche... En outre, comme l'indique Missa [10], la généralisation de l'usage d'une nouvelle thérapeutique nécessite du temps.

L'intérêt de ces textes est donc de donner à voir l'exercice de l'empirisme dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, empirisme à visée curative bien plus que fondamentale. En effet, l'« ère des traitements de chocs » se caractérise par la recherche parfois désespérée de cure efficace dans la prise en charge des affections mentales – car confronté à des malades dans une situation jugée humainement intolérable, toute hypothèse de cure apparaît préférable à l'absence de soin. Ce qui fait écrire à Missa que « tout au long du XX^e siècle, les psychiatres tentèrent de mettre au point des traitements empiriques efficaces pour soigner les malades psychotiques. *On ne peut guère leur reprocher d'avoir manqué d'imagination*⁹. [...] Avec le recul, des traitements de choc comme la malariathérapie, le coma insulinique ou le choc au cardiazol peuvent aujourd'hui nous paraître barbares. Les psychiatres qui pratiquaient ces traitements furent dans les années 1960 et 1970 la cible privilégiée des partisans de l'antipsychiatrie. Mais il faut se méfier des prises de positions émotionnelles ou idéologiques souvent basées sur une connaissance superficielle du contexte historique. Avant de se permettre de porter un jugement moral [...], il importe d'analyser dans le détail l'émergence de ces thérapies en explicitant les contextes particuliers et le niveau de la science psychiatrique qui amenèrent des psychiatres à mettre leur espoir dans des remèdes expérimentaux parfois audacieux » [10, p. 2].

Ce qui conduit à une question simple : replacée dans son contexte, comment comprendre la trypanothérapie ?

L'inoculation est précédée dans la première série d'inoculations d'une observation clinique approfondie avec établissements de trois courbes – température, poids, vitesse de sédimentation sur deux heures –, d'un hémogramme complet – avec numération globulaire, formule leucocytaire, taux d'hémoglobine, dosage des protides sanguins et rapport sérine-globuline, réactions sérologiques courantes –, d'une analyse complète du LCR, ainsi que d'un ou plusieurs tracés électroencéphalographiques.

9. Surligné par nous.

Il est aisé de le comprendre, chaque patient est donc d'abord minutieusement examiné afin de déterminer s'il est atteint d'une autre affection qui pourrait 1/ mettre sa vie en danger, 2/ affecter l'essai.

Les quatre premiers sujets de la première série présentent des bilans normaux ; une recherche de syphilis chez le second patient ne donne rien mais le bilan n'est pas tout à fait « clean ».

La seconde série d'inoculations est précédée du même bilan complet que la première, complétée par d'autres mesures plus précises encore¹⁰. Là encore, les bilans réalisés donnent confiance à l'expérimentateur dans le « terrain » de sa tentative.

Au stade suivant de l'expérimentation, il est précisé que « les examens ont été répétés aussi souvent que possible au cours de la maladie expérimentale, avec évidemment la recherche de trypanosomes quotidiennement dans le sang, épisodiquement aux lieux de prélèvement habituels (ganglions, moelle osseuse, liquide céphalo-rachidien) ». Le suivi est ainsi également très précis et l'expérimentateur se montre prudent. Ainsi, dans deux cas – Rose et Nicole –, la maladie d'inoculation est interrompue. En effet, « la difficulté de maintenir une surveillance clinique biologique, parasitologique, électrique satisfaisante d'une malade appartenant à une formation éloignée de la nôtre, nous amène à interrompre la maladie d'inoculation malgré l'amélioration qui se dessine » et « l'interruption de la maladie d'inoculation au vingtième jour pour les mêmes raisons que la précédente ». En outre, dans son expérimentation, Gallais expose qu'il a volontairement limité l'utilisation de la maladie d'inoculation à sa première phase afin de ne pas faire courir de risque aux patients sur des aspects moins connus et maîtrisés de la maladie. Car s'il a la conviction que, méthodiquement surveillée et soignée dans sa première phase, la maladie d'inoculation est parfaitement curable, il reconnaît que la transition entre les phases n'est pas tout à fait claire ; qu'en outre les phases ultérieures sont moins bien connues et rendent alors – entre autres – la pathologie bien moins aisément curable. Ainsi, et à la lecture, il est effectivement possible de le croire, « cette tentative [a été] menée constamment avec un esprit d'extrême prudence et sanctionnée

10. Électrophorèse plasmatique ; analyse périodique du liquide céphalique concurrentement à l'examen du liquide rachidien ; dans certains cas, d'un test d'immobilisation des tréponèmes de Nelson et dans deux cas, des tests de Thorn à l'ACTH et à l'adénochrome.

par une longue observation au-delà de la maladie expérimentale ». La tentative ne serait donc pas « si » audacieuse ?

Reste, à la lecture béotienne de la tentative, quelques arguments qui plaideraient dans le sens contraire. En effet, il faut tout de même relever par exemple qu'il est signalé que « l'étude de la phénoménologie subjective a été difficile, sinon impossible, dans la plupart de ces cas mentaux ». En clair, les patients n'étant pas capables de décrire ce qu'ils vivaient par eux-mêmes, c'est ainsi l'observation préalable qui est la seule donnée disponible et par conséquent la seule échelle de mesure. À cet argument, il convient d'objecter qu'avant l'avènement de la pharmacologie, les patients atteints de psychose ou schizophrénie rebelle à tout traitement sont rarement « disponibles » pour une discussion posée... La mention faite révèle donc plus le souci de l'expérimentateur pour les patients pris en charge et la réussite de l'expérimentation que du manquement à une pratique qui aurait été par ailleurs répandue. En outre, la référence faite à la phénoménologie psychiatrique tend à démontrer que l'auteur ne prend pas pour seul indicateur/critère les données physiologiques.

Toujours du point de vue épistémologique, différents aspects techniques de l'expérimentation seraient sans aucun doute discutés aujourd'hui. Par exemple la variation des méthodes d'inoculation ou le recours à des souches différentes. Cependant, ne serait-ce qu'à lire l'histoire de la malariathérapie [10, p. 38-64], il est aisé de comprendre que la pratique est certes discutée mais néanmoins courante dans la période. Ainsi, le premier patient sert de « réservoir » autant que possible, afin que tous les autres soient exposés à la même souche. Cependant, lorsque le premier patient n'est plus « disponible », le second de la même série fait office de « réservoir », etc. Le risque encouru de transmission d'une autre pathologie est considéré comme moindre puisqu'un bilan très méthodique a été réalisé sur chaque patient, avant et au cours de l'expérimentation.

Encore, la variation dans les durées de « développement » de la maladie (série 1 : 1 mois, 3 mois, 2 x vingt jours et vingt-sept/32 jours ; série 2 : 2 x un mois ; 1 x 45 jours ; 1 x 55 jours ; 1 x deux mois ; 1 x trois mois) pourrait faire l'objet d'une discussion. Et c'est ici à la connaissance de la maladie d'inoculation qu'il faut se référer. Si le temps d'incubation est considéré comme stable et constaté comme tel dans l'expérimentation (exemple avec la série 1 : 3 x 8 jours, 9 jours, 10 jours), la maladie n'évolue pas de la même façon chez chaque patient. Ainsi, une standardisation de la durée d'évolution n'étant ni souhaitable, ni possible, les différents critères qui décident de l'arrêt de la maladie d'inoculation nécessitent un suivi clinique et biologique méthodique et

rigoureux « portant sur le comportement général de l'individu, sur les modifications électroencéphalographiques, [les modifications] des liquides céphalique et rachidien, et les perturbations des protéines plasmatiques ».

Ajoutons à cela le constat que, tant au cours de la période qu'aujourd'hui, l'étiologie de la psychose et de la schizophrénie est mal connue et il devient difficile de reprocher à Gallais un mésusage de ses connaissances scientifiques du point de vue épistémologique. Ainsi, l'adjectif « audacieuse » peut alors être entendu non dans le sens de l'insolence, de l'effronterie, de l'irrespect envers une discipline et un corps professionnel, ou comme l'expression de l'arrogance de l'expérimentateur, mais comme une tentative courageuse visant à contribuer tant au progrès de la thérapeutique que des connaissances.

Mieux, par la contextualisation de l'expérience, la description de l'expérimentation dessine les contours d'une *pensée complexe, associant différents modèles de la maladie pour tenter de développer à la fois la connaissance des pathologies observées et des méthodes de traitement à y appliquer*.

Gallais n'est pas sans comprendre que sa tentative ne peut laisser indifférent. Ainsi, après une brève introduction visant à le présenter comme un chercheur patient voire besogneux, figure opposée dans son propos à celle du génie, il prévient son lecteur d'un commentaire pudique : « [Cette expérimentation] est issue [...] d'une série de réflexions dont l'exposé s'impose pour justifier une tentative thérapeutique qui ne manquera pas de surprendre. » La modestie du commentaire ne rend pas tout à fait compte des habitudes de l'homme, de son tempérament et du fil de sa pensée, comme en témoigne Jean Dutertre : « Son discours était souvent difficile à suivre. Il finissait rarement une phrase avant d'en commencer une autre, sa pensée allait plus vite que sa parole. "Mais je suis sûr que vous avez déjà compris, je n'ai aucun besoin d'aller au bout de ma phrase", affirmait-il au-devant de mes questions. Le médecin-commandant Collomb et le médecin-capitaine Miletto, ses collaborateurs, me rassuraient. "Il sait très bien ce qu'il veut dire, tâchez de suivre, vous finirez par comprendre vous aussi". »

Nonobstant, la rigueur, la méthode ou l'intelligence d'un homme ne sont pourtant pas les critères uniques qui garantissent le caractère éthique d'une démarche, qu'elle soit de recherche et/ou de soin.

Une expérimentation « éthiquement » discutable ?

Le « raccourci » historique supposerait ici de faire le lien avec le Code de Nuremberg. Mais ce serait un raccourci bien commode et surtout, inexact.

En effet, pour contemporaine que l'expérimentation soit de la publication de ce code, la seule lecture du titre du premier document diffusé à propos de ce code¹¹ donne à penser que les médecins contemporains ne se sont pas sentis réellement concernés par celui-ci. Cette hypothèse est confirmée à la fois par un témoignage ainsi que différents travaux historiques.

En effet, interrogé sur cette question, Jean Dutertre expose que le serment d'Hippocrate jouait pour le médecin contemporain un rôle central, garant de la moralité et de l'éthique des praticiens¹². Cette conception de l'éthique est désignée par les historiens sous le terme d'*ethos* intériorisé. Car la régulation éthique n'est pas uniquement question de code suivi ou non : elle se fait de diverse façon, que ce soit interne à la profession (discussions au travers de publications, colloques, etc.) ou par la confrontation citoyenne (comme par exemple les poursuites judiciaires et les procès) [1, 2].

Reste cependant que, sur un certain nombre de points, un regard téléologique estimerait que l'expérimentation conduite est bien plus qu'éthiquement discutable. D'abord parce qu'il n'est question qu'une seule fois de consentement. Aucun consentement ne paraît avoir été demandé : la plupart des patients paraissent peu en capacité de le donner et ce fait est évoqué une seule fois, à propos de Louis, dont il est précisé que la « famille autorise une tentative d'inoculation ». Cependant, cette assertion faite, il convient de relever que, pour tous les patients, il est précisé de façon directe ou argumenté qu'ils sont pris en charge à un stade de leur parcours thérapeutique qui les présente comme « rebelles à tous traitements ». En outre, il est important de rappeler que nous sommes alors dans une conception paternaliste de la relation médecin/patient qui postule que le praticien, tout comme un père est supposé le faire pour son enfant, agira uniquement pour le bien du patient. *Last but not least*, la notion de consentement éclairé pose ici des problèmes de langue et de capacité mentale qui paraissent difficilement contournables.

Encore, dans cette expérimentation, l'argumentaire développé ne tente jamais de justifier la démarche par la moindre valeur des êtres ainsi exposés, par rapport à d'autres qui pourraient alors tirer bénéfice de la démarche [3]. En revanche, ce qui est plus ennuyeux est la tentative de l'expérimentateur

11. F. Bayle, *Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la Deuxième Guerre mondiale*, Neustadt, Commission scientifique des crimes de guerre, 1950.

12. Jean Dutertre, échange de mails du 17 octobre 2011.

d'expliciter sa démarche par la confrontation à l'histoire, ancienne ou récente, de l'expérimentation thérapeutique : « L'utilisation d'une maladie humaine ou animale en thérapeutique est vieille comme la médecine et ce n'est pas le principe qui est en cause sur lequel repose une bonne partie de l'immunologie moderne ou quelque autre thérapeutique comme celle lancée par Wagner von Jaureg dans la syphilis nerveuse mais l'usage que l'on peut en faire. » Arguer d'une pratique qu'elle se perpétue dans le temps ou qu'elle a pu être utile ne suffit plus aujourd'hui à en justifier, encore moins à en légitimer l'usage. Mais ces assertions sont contrebalancées par le soin méticuleux que Gallais a mis dans la surveillance de ces patients.

D'aucuns pourraient avancer ici que le visible intérêt qu'il porte à la maladie d'inoculation expliciterait bien mieux ces attentives précautions. En effet, certains passages exposant ce que cette expérimentation apporte à la connaissance de la THA à *T. b. gambiense* pourraient donner à le croire. Mais le simple fait que l'expérimentateur interrompt l'expérience dans deux cas pour des raisons de surveillance montre, à notre sens, la conscience éthique de l'homme et le respect porté à la vie des patients. Entreprise dans le but de découvrir un nouveau mode curatif dans le traitement de la psychose, le chercheur a ainsi su rester médecin avant tout. Car pour les deux, la période n'est pas sans éthique, mais réfère à ce que Missa nomme, fort à propos, une *éthique du risque* dont la devise pourrait être « Traiter plutôt que ne rien faire ». Dans cette conception de la pratique médicale, il y a la conscience du risque encouru, mais cet *ethos* intégré admet pour postulat principal qu'en médecine, le risque zéro n'existe pas, et qu'il est ainsi toujours préférable de tenter l'option qui optimise les chances de guérison du patient, même si elle comporte des risques non négligeables...

Quid encore des conséquences du traitement pour le patient ? Signifier que ceux-ci sont rebelles à toutes thérapeutiques donne à imaginer ce qu'ils ont vécu jusque-là : cure de Sakel, chocs au cardiazol, électrochocs. Il est probable qu'aucune tentative ne leur a été « épargnée ». Fallait-il y ajouter la souffrance de nouveaux maux ? C'est là encore la particularité de la THA à *T. b. gambiense* dans sa première phase : la symptomatologie est peu traumatisante. Des variations de températures, dans un cas une céphalée, une asthénie certes nouvelle pour les patients – et espérée dans bien d'autres modes de cure –, rien qui relève de la profonde douleur. Même les lésions cutanées signalées dans la seconde série ne seraient pas douloureuses. Un seul patient s'est plaint de céphalées, disparues avec la cure de Lomidine. Ainsi Gallais écrit-il : « En dehors des modifications du comportement psychique dans un sens toujours

favorable, aucune donnée clinique valable n'a été enregistrée chez ces malades mentaux, qui ont paru supporter allègrement la maladie inoculée ; tout au plus, il a été noté un certain degré d'asthénie. L'un d'eux a accusé, cinq jours après l'inoculation, une céphalée bi-temporale qui a persisté pendant l'évolution et a cédé dès le début du traitement. »

Ainsi, cette expérimentation se conclut-elle par l'amélioration durable – la guérison ? – de dix patients sur douze, sans effets secondaires majeurs, et sur des périodes pouvant aller jusqu'à deux années : qui ne rêve aujourd'hui d'un tel résultat ? Las, la « mauvaise réputation » de la THA à *T. b. gambiense*, la méconnaissance des différentes pathologies et le tournant éthique et pharmacologique ont mis un terme à la démarche. Fallait-il poursuivre ? La thérapeutique, cela est aisément compréhensible, aurait de toute façon été difficilement applicable à une échelle autre qu'expérimentale, ne serait-ce qu'à cause de la surveillance intransigeante qu'elle requiert – difficilement envisageable dans des services déjà dépassés faute d'effectifs et de moyens suffisants. En outre, une telle démarche ne passerait certainement pas aujourd'hui le cap de la présentation à un comité de protection des personnes (CPP) car la méthode est clairement invasive, démultipliant des examens qui sont d'ordinaire peu mis en œuvre, sur des personnes dites « vulnérables ».

Pourtant, les patients qui se sont trouvés ne serait-ce qu'améliorés par la méthode auraient peut-être témoigné qu'ici, le jeu en valait la chandelle. Cette expérimentation oubliée dans les archives de la médecine révèle deux points importants, sur chacun des volets de l'expérimentation. Les examens EEG pratiqués par Gallais montrent que, contrairement à la théorie admise sur la THA à *T. b. gambiense*, le système nerveux central est immédiatement impliqué ; peut-être même que si cet aspect, aujourd'hui négligé, était réexploré, de nouvelles pistes pourraient naître ? Encore, puisqu'il s'agissait de trouver un moyen de cure des psychoses, la question de « l'infiltration des noyaux gris du plancher du troisième ventricule¹³ » réussie par la méthode de Gallais mériterait sans doute d'être reprise sous une autre forme : là, encore, peut-être qu'une piste de cure s'ouvrirait, en deçà de la (trop ?) récurrente exploitation de l'hypothèse dopaminergique ?

13. Échange avec Jean Dutertre, mail du 8 novembre 2011.

Références bibliographiques

1. Bonah C., *Histoire de l'expérimentation humaine en France. Discours et pratiques en France*, Les Belles-Lettres, Paris, 2007.
2. Bonah C., Lopicard E. & Roelcke V. (dir.), *La Médecine expérimentale au tribunal. Implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2003.
3. Chamayou G., *Les Corps vils*, Les Empêcheurs de penser en rond/La Découverte, Paris, 2008.
4. Cook G.C., *Tropical Medicine, an illustrated history of the pioneers*, Elsevier, Londres, 2007.
5. Gallais P., « La trypanosomiase d'inoculation expérimentale, réflexions neurologiques et philosophiques d'un essai thérapeutique », *Médecine tropicale*, numéro spécial, 1953 @.
6. Gallais P., « Étude clinique, biologique, électroencéphalographique, parasitologique de la trypanosomiase d'inoculation », *Médecine tropicale*, numéro special, 1953 @.
7. Halioua B., *Le Procès des médecins de Nuremberg, irruption de l'éthique médicale moderne*, Vuibert, Paris, 2007.
8. Kendler K.S. & Schaffner K.F., "The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: An historical and Philosophical Analysis", Project Muse, consulté le 10.09.2011 @.
9. Lifton R.J., *The Nazi Doctors: Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, London, 2000.
10. Missa J.-N., *Naissance de la psychiatrie biologique*, PUF, Paris, 2006.
11. Sinding C., *Le Clinicien et le chercheur*, PUF, Paris, 1991.

AVERTISSEMENT. Le contenu de cette publication électronique relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur. Les textes et illustrations figurant dans cette publication électronique peuvent être consultés et reproduits sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage personnel, scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document selon ce modèle :

Floriane Blanc, « Trypanothérapie, contribution à l'histoire de la psychiatrie biologique », *PSN. Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* [en ligne]. Nouvelle série, vol. 10, n° 1, octobre 2012, Paris, Éditions Matériologiques, p. 77-94. Mis en ligne en octobre 2012. URL: www.materiologiques.com

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

Exemplaire Comité de rédaction

© Éditions Matériologiques, 2012. Tous droits réservés. Reproduction et diffusion interdites sans l'autorisation de l'éditeur.