

# **La lobotomie frontale**

## **histoire de l'une des techniques chirurgicales les plus controversées de l'histoire de la médecine \***

*A story of lobotomy,  
a highly controversial surgery on the brain*

par Louis-Marie TERRIER \*\*, Marc LÉVÊQUE \*\*\*  
et Aymeric AMELOT \*\*\*\*

### **Introduction**

La lobotomie, cette chirurgie lésionnelle et définitive sur le cerveau, consistait à sectionner les fibres blanches des lobes frontaux. Ce fut l'une des procédures médicales les plus décriées de toute l'histoire de la médecine, et pour cause : des milliers de patients furent lobotomisés à travers le monde, avec des conséquences dramatiques sur la personnalité de chacun et le respect de la dignité humaine. Mise au point en 1935 par António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, la lobotomie - ou leucotomie - devait traiter initialement certaines pathologies psychiatriques, mais les indications se sont ensuite étendues pour traiter des douleurs cancéreuses ou des névralgies de toutes sortes, ainsi que certaines hémorragies digestives (ulcères gastroduodénaux, rectocolites hémorragiques) ou des pathologies plus floues, dont l'indication chirurgicale a pu être influencée par les familles.

Neurologue et homme politique portugais, Egas Moniz reçut le prix Nobel en 1949 pour "la découverte de la valeur thérapeutique" de la lobotomie, "une chirurgie révolutionnaire" pour soigner certaines psychoses (1). Il s'inspira des travaux de recherche de Fulton et Jacobsen dans les années 1930 sur la disparition des névroses expérimentales chez le chimpanzé après l'ablation des aires frontales. En 1934, Jacobsen rapporte le cas du chimpanzé qui se modifia profondément après l'intervention : "Il devint tout à fait impossible de lui suggérer même une névrose expérimentale. C'était comme si l'animal avait rejoint le culte du bonheur et avait placé toutes ses peines entre les mains de Dieu" (Fig. 1). C'était justement le but d'Egas Moniz : libérer l'aliéné de ses névroses,

---

\* Séance de décembre 2017.

\*\* Université François-Rabelais de Tours, INSERM, Imagerie et Cerveau UMR U930, 2, boulevard Tonnellé, 37000 Tours, louismarie.terrier@univ-tours.fr.

\*\*\* Hôpital privé, Résidence du Parc, Marseille.

\*\*\*\* Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris.

et lui permettre de se réinsérer dans la vie sociale. Le résultat sera beaucoup plus nuancé...



Fig. 1 : 1. Fulton et son chimpanzé lobotomisé. 2. Egas Moniz.

Egas Moniz présenta ainsi les résultats de ses vingt premiers patients à la Société de médecine de Paris en 1936. Cette date marqua le début de la lobotomie à grande échelle, qui s'étendra au monde entier, touchant des milliers d'individus, de la "campagnarde débile" à la sœur d'un président américain ou à l'épouse d'un dirigeant argentin, et sans restriction d'âge : du jeune enfant au vieillard. Avec des conséquences parfois dramatiques. Il faudra attendre l'introduction du premier neuroleptique en 1952 en France, puis en 1954 aux USA, pour que cette pratique chirurgicale se réduise brutalement (2).

Mais comment une telle technique, aussi barbare que la lobotomie, a-t-elle pu se répandre au monde entier pendant des années, et même se voir récompensée d'un prix Nobel ? Nous avons essayé de retracer l'histoire de ce dérapage chirurgical, à partir d'une revue de la littérature inédite dans le pays où la lobotomie fut présentée pour la première fois au monde, en France, et où la mise au point du premier neuroleptique 16 ans plus tard par un chimiste français, mit un frein brutal à cette pratique chirurgicale. Cette revue francophone (France, Suisse, Belgique) s'est focalisée sur une période large s'étendant de 1935 à 1985.

### Contexte psychiatrique et sociétal

Pour comprendre les raisons qui ont favorisé l'émergence de la lobotomie, le contexte sociétal de l'époque doit être restitué. En 1936, date de l'annonce des premiers résultats de la lobotomie chez l'homme, les psychiatres étaient dépourvus de thérapeutiques effi-

caces, et les neuroleptiques n'existaient pas encore. Le nombre de patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques n'avait jamais été aussi important. En 1939, le nombre d'internés atteignait des sommets, et plus de 120 000 patients étaient recensés dans les asiles français (3).

Les seuls traitements à la disposition des médecins étaient représentés par les thérapies dites "de choc". Parmi elles, la malaria thérapie, qui consistait à inoculer le parasite de la maladie dans le sang du malade pour déclencher des pics fébriles, ou encore la cure de Sakel, qui consistait à injecter de l'insuline, afin de plonger le malade dans un coma hypoglycémique avant d'être resucré. Ces thérapeutiques visaient à calmer et à atténuer les symptômes psychiatriques de ces "aliénés" enfermés dans les asiles (4). Lorsque l'agitation était trop importante, le malade était contentonné par une camisole. Il pouvait également être maintenu plusieurs heures dans un bain chaud, où seule la tête dépassait de l'eau. La seconde guerre mondiale éclate à la même période, le chaos psychologique est terrible. C'est dans ce contexte particulier que la lobotomie se développa.

Cette chirurgie fut en effet pratiquée pour la première fois par Egas Moniz le 12 novembre 1935 à Lisbonne dans le plus grand secret, sur une prostituée de 63 ans souffrant de mélancolie et de délires paranoïaques (5). Cette première chirurgie, qui dura tout au plus une vingtaine de minutes, fut qualifiée de succès, car même si le résultat n'était pas extraordinaire, la patiente était devenue "plus docile". Un an plus tard, en 1936, Egas Moniz présenta les résultats des vingt premiers patients lobotomisés à la Société de médecine de Paris. Les psychiatres français accueillent d'abord avec un certain scepticisme cette nouvelle chirurgie, et préférèrent les techniques de choc. La seconde guerre mondiale va d'ailleurs stopper son essor initial en Europe (6, 7, 8).

Mais cette chirurgie frontale va rapidement attirer l'attention de deux médecins américains, le neurologue Walter Freeman et le neurochirurgien James Watts, qui vont importer et développer la pratique aux États-Unis avant 1940. La technique sera simplifiée, réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locale après une série d'électrochocs... Freeman sillonnait les villes des États-Unis avec sa "lobotomobile" et proposait une lobotomie frontale pour quelques dizaines ou centaines de dollars (Fig. 2). Au total, il lobotomisa près de 3500 patients à titre personnel, parmi lesquels quelques cas emblématiques de ce que fut la lobotomie.

En France, il faudra attendre la période de l'après-guerre pour voir la lobotomie se développer. En 1950, le 48<sup>ème</sup> congrès des Médecins aliénistes de France prit pour thème "Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie". Le bilan des lobotomies pratiquées dans le monde est fait à cette occasion, et il est précisé que plus de 10000 lobotomies ont déjà été pratiquées. C'est également cette date qui marque un tournant dans l'évolution de la psychochirurgie, car avec le temps écoulé, les rechutes se font plus nombreuses, les publications se font plus rares et les critiques plus fréquentes.

### **Regard de la presse et de la population**

La population à l'époque disposait d'informations très partielles à l'égard des interventions chirurgicales. Les seules sources provenaient d'articles de journaux, "constamment déformés par le désir de présenter des nouvelles sensationnelles et de schématiser les données scientifiques dans un sens vulgarisateur, le plus souvent de mauvais aloi", écrivait Bréjot en 1951. Il poursuivait : "L'inconvénient habituel de ces publications consiste spécialement dans l'imprécision et surtout la généralisation des indications que les journalistes laissent soupçonner à leurs lecteurs. Médecins et chirurgiens connaissent



Fig. 2 : 1. W. Freeman réalisant une lobotomie par voie trans-orbitaire.  
2. Freeman dans sa lobotomobile. 3. Lobotomie trans-orbitaire.

bien les inconvénients d'une publicité tapageuse qui amène, près d'eux, après chaque réunion scientifique, des familles entières réclamant que soit appliqué à leur malade tel ou tel traitement dont les indications sont cependant fort limitées. Ces remarques peuvent s'appliquer à peu près à toutes les thérapeutiques, mais elles prennent une valeur toute spéciale à l'égard de la chirurgie qui n'est guère entrée dans les mœurs que depuis une cinquantaine d'année et a été revêtue d'emblée d'un caractère magique plus spécial que celui de tous les autres traitements (...). L'intervention est toujours vécue sur un mode héroïque qui se traduit par la place qu'elle tient, non seulement dans la biographie du sujet, mais comme événement du folklore familial" (9).

Toutes ces considérations précédemment décrites à propos de l'intervention chirurgicale se trouvent considérablement accrues lorsqu'on parle de lobotomie, le vécu social de la lobotomie étant particulièrement marqué par la nouveauté de cette technique, ainsi que par la valeur "magique des interventions sur la tête" à l'époque. La lobotomie a souvent été présentée au public d'ailleurs sous une forme innovante et dénuée de risques,

## LA LOBOTOMIE FRONTALE

comme en témoignent quelques articles de presse d'époque. Le magazine américain *Life* exposait le 3 mars 1947 la technique chirurgicale dans quelques dessins humoristiques, vulgarisant l'explication de la pathologie. Ou encore le 21 juin 1954, où on peut découvrir que les lobotomisés bénéficiaient d'une rééducation en post-opératoire. Le magazine anglais *Illustrated*, le 8 février 1947, titrait "LEUCOTOMIE. Ceci est le nom d'une chirurgie du cerveau qui donne une nouvelle personnalité et une perspective nouvelle de vie pour certains malades souffrant de troubles mentaux". Le magazine italien *Tempo*, le 25 juillet 1949, titrait : "UNE FENÊTRE SUR LE CERVEAU. Après la lobotomie frontale, J.K., délinquant, déclara : il me semble être devenu le bon frère de moi-même". (Fig. 3 à 6).



Fig. 3 : Illustrated, 8 février 1947, *Leucotomie*.



Fig. 4 : Tempo, 25 juillet 1949, *Una Finestra nel cervello*.

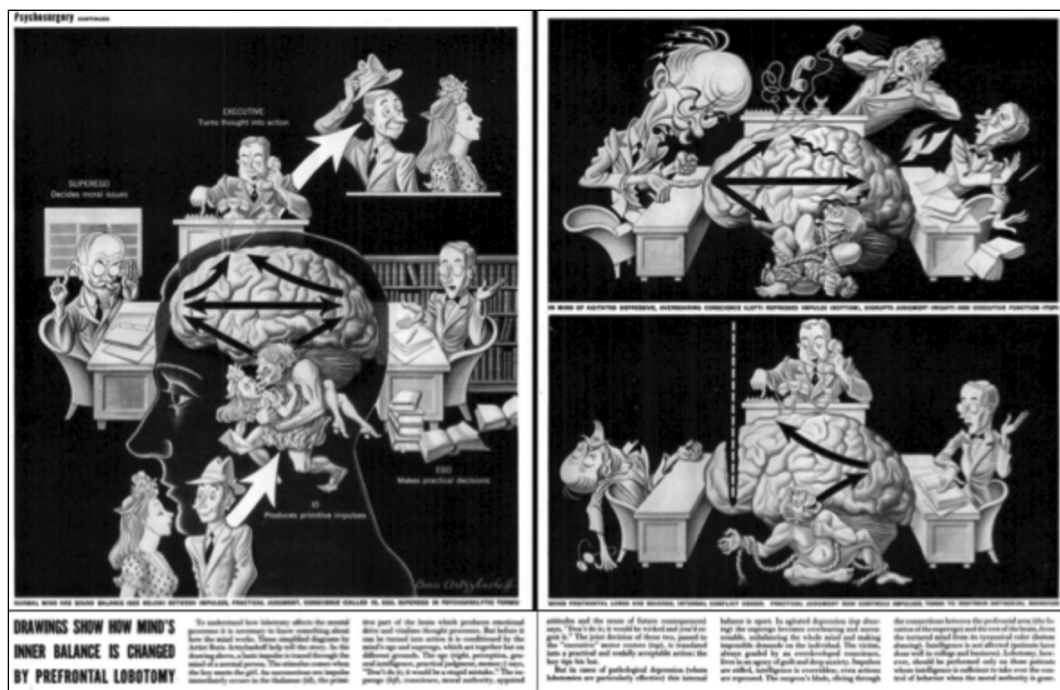


Fig. 5 : Life, 3 mars 1947. Psychosurgery.

## Cas emblématiques de lobotomisés

*Rosemary Kennedy*

En 1941, Freeman opère Rosemary Kennedy à l'âge de 23 ans, sœur du futur président américain, sur l'unique demande de son père Joe, pour des raisons qui demeureront floues. Rosemary était pourtant décrite comme une jeune fille rayonnante. Elle aimait le tennis, la voile, les garçons et la fête. Mais moins brillante que le reste de la famille - elle présenterait un léger retard mental – elle ne collait pas à l'image que son père s'en était faite. La chirurgie, qui s'est déroulée dans le plus grand secret, même familial, tourne au fiasco. Rosemary sortit lourdement handicapée et termina sa vie en institution, totalement dépendante (5). Elle disparaîtra définitivement des photos de famille après la chirurgie.

*Howard Dully*

Freeman lobotomise également un enfant de 12 ans, Howard Dully, pour des motifs peu clairs. Ce jeune garçon semble pourtant comme les autres, si ce n'est qu'il est un peu plus taciturne et parfois agressif. Il a perdu sa mère à l'âge de 5 ans d'un cancer. Son père s'est remarié avec celle qui devient sa belle-mère, prénommée Lou. Décrite comme froide et intransigeante, elle est en conflit avec le jeune Howard. Howard Dully sera admis dans un hôpital privé de San Jose en Californie à la demande de son père et de sa belle-mère. Le 16 décembre 1960, à 13 h 30, il subit une lobotomie bifrontale par voie transorbitaire, après une série d'électrochocs en guise d'anesthésie. Howard se souviendra d'avoir les yeux gonflés, un terrible mal de crâne, et une forte fièvre en post-opératoire. Il dira "J'étais complètement dans le brouillard. Je ressemblais à un zombie. Je ne



Fig. 6 : Life, 21 juin 1954. A nurse in psychiatrics.

savais pas ce que Freeman m'avait fait" (Fig. 10). Il racontera son histoire, 47 ans plus tard, dans un livre *My Lobotomy* (avec Charles Fleming), 2007. Il a pu se reconstruire au fil des années, et est devenu chauffeur de bus scolaire, s'est marié, et a eu un enfant.

### **Eva Peron**

Eva Peron, femme du dictateur argentin Juan Peron, aurait été lobotomisée peu de temps avant sa mort des suites d'un cancer métastaté de l'utérus, à l'âge de 33 ans. Cette chirurgie se serait déroulée en secret à Buenos Aires en 1952, dans le but de la soulager de douleurs intenses et résistant aux traitements antalgiques.

## **Indications des lobotomies. Un premier regard positif**

### ***Pathologies psychiatriques***

La grande majorité des indications de la lobotomie concernait les pathologies psychiatriques, et plus spécifiquement la schizophrénie, les délires paranoïaques et les troubles de l'humeur (10, 11, 12, 13,14, 15).

***Douleurs intenses***

Dans quelques cas, la lobotomie était proposée aux patients présentant des douleurs organiques intenses et résistant au traitement médical. Après la procédure chirurgicale, les patients déclaraient ressentir toujours la douleur, mais ils y étaient devenus indifférents. Certains parlèrent d'une douleur plus "animale". Wertheimer rapporta le cas d'une jeune femme de 35 ans, souffrant d'un cancer de l'utérus avec métastases osseuses : "Mme A... est une jeune femme de 35 ans. Elle est examinée en juin 1956 pour une ulcération néoplasique du col utérin, par le Dr L. Michon, qui, dans un premier temps, la traite, après biopsie confirmative, par curiethérapie. Le 11 octobre 1956, il pratique une large hystérectomie totale et l'examen histo-pathologique montre une stérilisation parfaite du col et de la cavité cervicale. Un mois plus tard, la malade se plaint de douleurs dans la hanche droite. L'examen clinique fait suspecter une certaine tuméfaction dans la fosse iliaque interne droite et la radiographie révèle une importante métastase osseuse iliaque. Très vite, les douleurs deviennent intolérables. Elles sont exacerbées par un essai de radiothérapie. La malade en est réduite à absorber sans arrêt des médicaments antalgiques, sans pourtant avoir jamais eu recours au moindre toxique. En présence de cette situation, qui ne laisse à cette malade aucun répit, ni jour, ni nuit, on pratique, le 4 janvier 1957 une cordotomie unilatérale gauche, sectionnant la quasi-totalité du cordon antérolatéral. La malade se déclare soulagée des douleurs les plus violentes, mais ce n'est qu'une trêve, du reste incomplète et qui s'avère de courte durée. Au bout de quelques jours, la malade, si elle continue à se déclarer améliorée en ce qui concerne les douleurs affectant le membre inférieur droit, accuse par contre des douleurs très vives dans tout le bassin, dans le membre inférieur gauche, et dans la région lombaire. Surtout, elle ne tient pas en place, elle parle sans arrêt de ses souffrances, elle est angoissée, torturée ; elle donne l'impression d'un être terrorisé par son état présent et par la pensée de l'avenir qui l'attend. Elle réclame impérieusement une solution thérapeutique. Le 19 janvier, je lui fais, sous anesthésie locale, une lobotomie bilatérale. Le soir même, elle est un peu confuse, mais détendue, souriante, presque heureuse : toute médication antalgique est supprimée. Les jours suivants, la détente est complète. La malade parle un peu de ses douleurs, mais de façon négligente ; elle dort, elle se lève, elle est calme ; elle peut s'alimenter ; elle a cessé d'être inquiète, sans que pourtant, ni dans son comportement ni dans sa conversation, elle soit différente de ce qu'elle était auparavant. Tout au plus manifeste-t-elle une certaine indifférence, qui pourrait plutôt être qualifiée d'insouciance, et une semaine plus tard, elle pouvait rentrer chez elle" (16).

***Pathologies hémorragiques digestives, "d'origine psychosomatique"***

Enfin dans de rares cas, l'indication concernait des pathologies dont on pensait qu'elles étaient d'origine "psychosomatique". Ainsi, des patients porteurs de rectocolites hémorragiques ou d'ulcères gastro-intestinaux se sont vu proposer la lobotomie préfrontale par électrocoagulation. Cette chirurgie était réservée aux patients atteints d'hémorragies chroniques graves, et son but était "d'éviter des chirurgies digestives mutilantes". Cattani publie en 1957 les résultats de 14 cas lobotomisés et raconte (17) : - Sur la douleur : "Non seulement les malades accusent un grand bien-être, mais les spasmes douloureux disparaissent et, dès le lendemain de l'opération, on trouve en général ces sujets assis dans leur lit et remarquablement détendus." - Sur l'angoisse : "C'est un des symptômes les plus importants qui peut être certes lié à l'atténuation ou à la disparition de la douleur. Mais dans l'ensemble il nous a semblé que les sujets étaient moins irritables, moins nerveux qu'avant l'intervention. Quelquefois une véritable euphorie



s'installe. Mais il n'y a jamais de troubles de l'intelligence, de la mémoire ou de jugement." - Sur la diarrhée : "Dans la plupart des cas, les sécrétions muco purulentes perdurent toujours 4, 5 ou 8 fois par jour comme avant intervention. La seule différence est qu'il n'y avait en général plus de sang." - Sur l'état général : "L'action des interventions préfrontales sur l'état général est souvent spectaculaire dans la majorité des cas, l'appétit et le poids s'améliorent rapidement, les œdèmes fondent lorsqu'ils existent et la protidémie remonte progressivement." Pour Cattani, cette technique chirurgicale d'électrocoagulation, qu'il ne considère pas comme une vraie lobotomie, doit permettre d'éviter ou de retarder l'iléostomie : "Au surplus, si les résultats que l'on est en droit d'attendre de notre méthode ne sont pas obtenus, rien n'empêche, dans un second temps, chez un malade qui aura à tout le moins récupéré un meilleur état général et chez lequel la douleur et l'angoisse auront disparu, de revenir aux résections - digestives - classiques." Bucaille va plus loin en rapportant le cas d'un patient lobotomisé en urgence pour stopper une hémorragie digestive massive : "Le malade dut subir d'urgence une opération frontale en raison du caractère alarmant et apparemment cryptogénétique des hémorragies; celles-ci furent immédiatement stoppées par l'opération frontale; le diagnostic d'ulcère duodénal n'a été fait qu'a posteriori par la radiologie" (18).

#### ***Précision des indications***

Lazorthes publia en 1967 son expérience de dix ans de psychochirurgie débutée en 1945. Cette période lui permit de préciser et de limiter les indications de la psychochirurgie aux pathologies suivantes : "toutes les formes de la dépression et de la mélancolie, irréductibles ou mal réductibles par les autres traitements, mélancolie anxieuse grave, mélancolie délirante (syndrome de Cotard, délire de culpabilité, persécution, délire de possession, divers délires projectifs), hypocondrie à structure dépressive, certaines formes graves et rebelles de maladies psychosomatiques (rectocolite hémorragique, asthme irréductible, anorexie mentale, ulcère gastroduodénal récidivant), les TOC, les douleurs irréductibles organiques par les thérapeutiques classiques" (14).

J. Catoire précisera également les indications pour lesquelles la lobotomie lui semble indiquée, avec sa propre technique par Iridium radioactif (19) : "la lobotomie s'adresse à des maladies mentales qui ont résisté à toute thérapeutique de chocs, insuline, psychanalyse, ... et dont la gravité réside dans leur caractère trop pénible pour celui qui en est atteint ou par incompatibilité avec la vie sociale. Les meilleurs résultats se rencontrent dans les affections qui ont comme tonalité principale une tension nerveuse exagérée, de l'anxiété, une autocritique morbide, la crainte de l'avenir, un sentiment exagéré des responsabilités et un comportement se traduisant par une hypertension émotionnelle, de l'impulsivité, de l'agressivité. Les résultats seraient moins bons dans les délires systématisés ou les hallucinations avec peu de retentissement anxieux.

a. Les psychonévroses obsessionnelles réagissent d'autant mieux à cette psychochirurgie qu'elles sont anxieuses. Parfois les obsessions ne disparaissent pas à la suite de l'intervention, mais elles perdent leur charge affective pathologique et leur agressivité vis-à-vis du moi. Le malade les enregistre encore mais sans souffrir. Il ne parle plus spontanément de ses obsessions et quand on l'interroge, il déclare qu'il est toujours aussi obsédé, mais son comportement montre bien qu'il n'en est plus affecté.

b. Les syndromes dépressifs : c'est dans ce groupe qu'on trouvera le plus beau pourcentage de succès, et parfois de façon spectaculaire. La mélancolie, avec ou sans idée délirante, les états dépressifs pénibles, les déprimés hypocondriaques. Le même problème se pose pour les cénesthopathies et les psychalgies, ces douleurs qui, par leur

constance pénible et angoissante, ont perturbé le psychisme et finissent par vivre à l'état pur dans le mental. Les états dépressifs vrais guérissent dans de très belles proportions (70-80%) tandis que les délires paranoïdes sont une mauvaise indication opératoire.

c. Violence, agitation, impulsivité, anomalies psychiques, troubles du comportement du type antisocial grave, grosses excitations et agitations des débiles mentaux et imbéciles, pervers instinctifs, oligophrènes, même épileptiques... Les résultats seront d'autant meilleurs qu'il subsiste dans le psychisme de ces malades une charge affective, qui peut être déviée mais que l'intervention peut replacer sur des voies plus stables et plus normales. Si ces troubles sont la conséquence d'une tension émotionnelle pathologique, les résultats seront très bons tandis que s'ils sont à caractère désordonné, instinctif, suite d'un état démentiel par exemple, l'amélioration sera purement palliative.

d. La douleur organique intolérable : carcinome, tabes, syndrome thalamique, causalgie, membre fantôme... Dans la plupart des cas, l'opération libère le malade qui souffre, comme l'obsédé vis-à-vis de ses obsessions. Il déclare que ces douleurs sont toujours présentes mais son comportement montre bien qu'il ne s'en affecte plus. Le malade sent sa douleur mais ne s'en plaint plus. Il s'alimente de nouveau normalement et dort sans stupéfiant.

e. La schizophrénie, surtout les syndromes avec tension anxieuse, impulsivité, idées délirantes et hallucinatoires. C'est donc ici la forme paranoïde qui nous donnera les meilleurs succès surtout chez un être jeune. Deux mois après l'intervention, nous recommandons systématiquement chez tous les schizophrènes une cure de Sakel, ceci dans l'espoir de consolider davantage les résultats acquis et rechute. La lobotomie agit avec d'autant plus d'efficacité que le malade est traité de façon précoce. Il faudrait intervenir au maximum un an après le début de la maladie, à condition qu'entretemps, on ait appliqué rigoureusement et sans succès les thérapeutiques classiques (insulinothérapie et convulsivothérapies" (19).

### **Cas pédiatriques**

Coquet présente en 1958 une série de 22 enfants lobotomisés (de 2 1/2 à 17 ans) (20). L'indication principale de la chirurgie était "l'agitation psycho-motrice, rendant la vie familiale impossible". Ces enfants présentaient un lourd retard psycho-moteur, secondaire à une encéphalite ou à une anoxie néonatale ou un traumatisme obstétrical dans la majorité des cas, et ils étaient tous à "à la limite de l'internement". En post-opératoire, Coquet dira que ces enfants restaient "agités, agressifs, mais l'étaient moins", et conclura à 1/3 de bons résultats : "Si les enfants ne sont pas toujours améliorés, ils ne sont pratiquement jamais aggravés", "Ce qui doit d'abord être souligné, c'est la bénignité de ces interventions puisque nous n'avons eu qu'un décès pour 22 cas" et "rappelons que l'intervention a été pratiquée en dernier ressort après l'échec de toutes les thérapeutiques : il n'y avait plus rien à perdre".

### **Prépondérance féminine**

Parmi les cas renseignés, 84% des lobotomisés étaient des femmes (21). Aucune explication n'était fournie par les auteurs à l'époque pour expliquer cette surreprésentation. D'autant plus que la majorité des indications correspondait à des troubles psychiatriques : autant de pathologies où il n'existe pas de prépondérance féminine particulière. Les raisons pourraient être cherchées ailleurs, notamment dans le statut de la femme à l'époque, régi par le code civil de 1804. La femme était considérée comme mineure tout au long de sa vie, et passait de la tutelle de ses parents à celle de son mari.

### Problème du consentement

La question du consentement du patient se posait doublement : d'abord parce que le geste chirurgical proposé était lésionnel, définitif et touchait au psychisme du patient, et ensuite parce que dans la grande majorité des cas, les patients proposés à la lobotomie étaient atteints de pathologies psychiatriques lourdes. On pourrait reprendre la définition en 1950 du Pr Portes, qu'il apporta à l'Académie des Sciences morales et politiques, et qui résume bien la problématique de la notion de consentement :

**" Le consentement du malade n'est, en fait, qu'une notion mythique. Le patient ne peut consentir, ni à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé, si du moins nous donnons au terme de consentement sa signification habituelle d'acquiescement averti, raisonné, lucide et libre..... Aucun subterfuge juridique, aucune hypocrisie ne peut masquer cette inégalité des forces en présence : le médecin est seul à pouvoir exercer une volonté agissante."**

**Pr PORTES**

**Académie des Sciences morales  
et Politiques - 1950.**

Bréjot nous rapporte un exemple illustratif de ce problème de consentement. "...Née en 1916, est la fille aînée d'une famille très catholique d'ingénieurs, chefs d'entreprises de la région parisienne. Élevée dans une atmosphère d'assez grande rigidité, elle se marie assez jeune avec un garçon de son milieu et en a eu six enfants. Les premières manifestations psychopathiques datent de 1942. La malade présente à ce moment là un état dépressif grave avec phénomènes délirants qui fait évoquer au psychiatre qui la voit alors le diagnostic de schizophrénie. Néanmoins au bout de 4 mois, et après quelques électrochocs, la malade est cliniquement guérie. En 1946, cinq à six semaines après un nouvel accouchement, état psychopathique peu franc avec troubles du caractère. Progressivement, il semble que le ménage, au départ fort uni, se dissocie, le mari revient à des activités anciennes dans les œuvres de jeunesse et limite le plus possible son séjour dans la maison. La malade s'occupe d'une maisonnée fort lourde en s'appliquant avec acharnement à des tâches purement matérielles et devenant, aux dires de chacun, de plus en plus froide et inaccessible. En juillet 1948, six semaines après la naissance du 6ème enfant, excitation hypomaniaque avec hyperactivité brouillonne, instabilité. Dix jours en clinique, puis départ à la campagne. Mais là, les troubles caractériels se multiplient spécialement à l'égard de la sœur chez laquelle la malade réside et aussi à l'égard du mari. Les colères à l'égard du mari deviennent de plus en plus fréquentes, motivant de brefs séjours en clinique.

“C’est alors que la famille insiste tout particulièrement pour une intervention neuro-chirurgicale. Le Dr Fouquet, qui suit la malade, demande au Dr Hecaen une consultation à ce sujet. Le Dr Hecaen se montre particulièrement réticent. Après avoir décrit les troubles, il ajoute : “Il me paraît difficile d’admettre la nécessité d’une opération chirurgicale du type lobotomie chez une malade lucide, refusant certainement l’intervention”. Il discute donc la possibilité, chez un sujet parfaitement conscient, d’une intervention et propose une cure de Sakel. Celle-ci est tentée à Neuilly-sur-Marne. La malade se montre très calme dans le service du Dr Rondepierre. Le père et le mari insistent pour une lobotomie, le Dr Puech refuse d’intervenir. La malade rentre à la maison et les troubles caractériels se développent à nouveau : elle réclame avec mauvaise foi la direction, que personne ne songe à lui enlever, des études de ses enfants aînés, une autorité entière, que personne ne conteste, sur les cadets. Il en résulte des disputes fréquentes avec le mari et on en vient aux mains. Le père, habitant non loin de là, est un personnage, petit, maigre, aux gestes secs, précis et méticuleux. Il intervient à plusieurs reprises sans le moindre succès pour apaiser les difficultés et conseille à diverses reprises la “force” à son gendre.

“En janvier 1950, le problème de la lobotomie est à nouveau posé ; les docteurs David et Hecaen se décident à pratiquer l’intervention. Celle-ci se déroule sans incident, la malade est envoyée en convalescence à “La Vallée-aux-Loups” d’où elle s’évade à plusieurs reprises pour retrouver sa famille. Il en résulte des scènes exactement semblables à celles qui ont précédé l’intervention. La famille se décide alors à placer la malade à une distance plus grande, à Fleury-les-Aubrais. Le comportement, dans le service, est marqué par une attitude de protestation froide, sans éclat. À l’occasion des visites du mari, d’ailleurs fort rares, des disputes plus violentes éclatent” (9).

### **Techniques opératoires**

Contrairement à ce que l’on pouvait penser, les techniques opératoires étaient variées. La lobotomie pouvait être totale, c’est-à-dire effectuée sur les deux lobes frontaux, droit et gauche, ou partielle par section unilatérale, électrocoagulation, ou infiltration préfrontale de sérum physiologique ou de novocaïne.

#### ***La lobotomie “classique” préfrontale***

Après incision cutanée, deux trous de trépan étaient réalisés à l’aide d’une tréphine, de chaque côté de la suture coronale. La substance blanche frontale était sectionnée transversalement en utilisant un leucotome. Si des résistances étaient rencontrées durant le geste, le leucotome était retiré puis réintroduit dans le cerveau un peu plus loin afin d’éviter de léser les vaisseaux et de créer une hémorragie intracérébrale pouvant être mortelle.

La lobotomie transorbitaire était une méthode similaire mais l’approche se faisait par le toit de l’orbite, en soulevant la paupière et en introduisant le leucotome frappé par un petit marteau afin de pénétrer dans la boîte crânienne. Cette technique se faisait souvent sous anesthésie locale, après une série d’électrochocs. Cette méthode fut très utilisée par Freeman aux USA, qui lobotomisa à titre personnel près de 3500 patients.

#### ***Infiltration préfrontale***

L’infiltration de la substance blanche en région frontale était réalisée à l’aide d’une aiguille de 6 cm de long, et pouvait être répétée quotidiennement. Lazorthes dira : “Une amélioration est en général obtenue dès la deuxième infiltration. Nous avons abandonné l’injection des dérivés de la cocaïne. En effet plusieurs fois l’injection de xylocaïne a été suivie d’une crise comitiale, plus ou moins importante ; parfois un véritable état de mal. C’est pourquoi nous utilisons l’injection de sérum physiologique. Il est en effet probable

## LA LOBOTOMIE FRONTALE

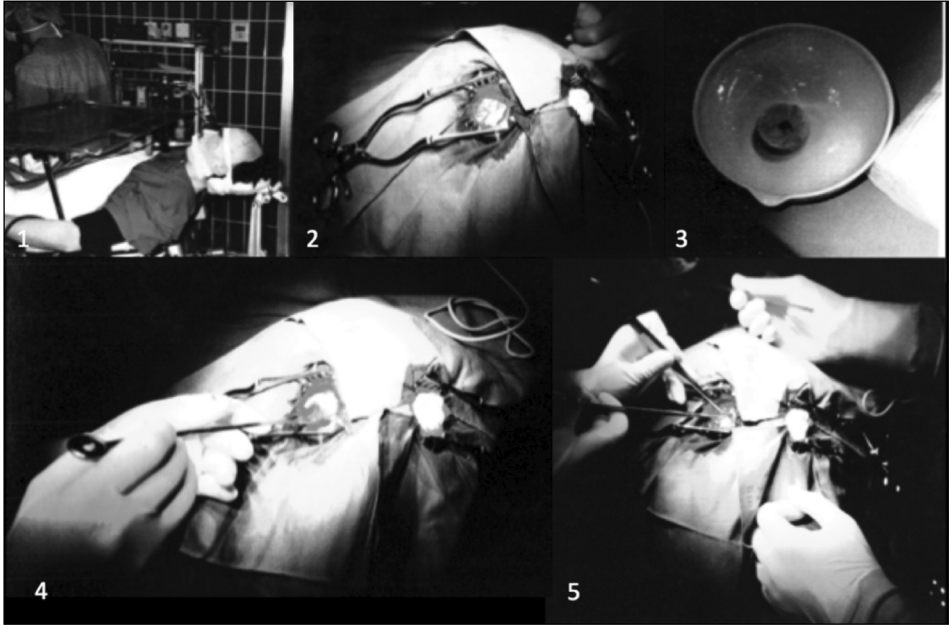


Fig. 7 : Lobotomie préfrontale. 1. Installation du patient et incision coronale. 2. Réalisation d'un trou de trépan à la tréphine. 3. Rondelle osseuse qui sera repositionnée en fin d'intervention. 4 et 5. Leucotome introduit avec section des fibres blanches dans un plan transversal.



Fig. 8 : Cicatrice post-opératoire.



Fig. 9 : 1. Table d'instrumentation. 2. Leucotome.

que le résultat est obtenu par une action mécanique. Nous devons ajouter que nous mobilisons souvent l'aiguille mise en place dans le plan frontal afin d'ajouter à la compression par le liquide, la section par l'aiguille (14)".

#### ***L'iridium 194 par voie transorbitaire***

J. Catoire décrit sa technique de lobotomie radioactive en 1959 : "Le radioisotope choisi est l'iridium 194. Il n'a pas encore été utilisé en médecine. Choisi pour son émission beta très énergétique, elle est en effet constituée pour 70% par un rayonnement d'une énergie maximale de 2.24 Mev. L'iridium 194 émet également un rayonnement gamma complexe lui aussi. Sa demi vie est très brève : 19h. Les grains sont en iridium pur : ce métal n'est pas toxique et est parfaitement toléré par les tissus. La voie d'accès choisie pour implanter les sources radioactives au niveau du centre ovale est la voie transorbitaire préconisée par Fiamberti en 1937. Aisée et non dangereuse, elle a le grand avantage de ne laisser aucune cicatrice (19)". Le but de cette technique était d'obtenir une radionécrose progressive autour des granulations radioactives disposées dans les lobes frontaux. L'avantage était la rapidité de cette technique (10 minutes), effectuait sous anesthésie locale, et pouvant être pratiquée "en toute sécurité chez des personnes âgées, en mauvais état physique, ou même chez des patients cardiaques qui ne supporteraient pas des traitements par convulsivothérapie". "Contrairement aux leucotomies classiques, la leucotomie à isotope au contraire ne change jamais la personnalité" (19).

#### ***L'électrocoagulation préfrontale***

"L'électrocoagulation est pratiquée à travers un petit trou de trépan dans chaque pôle frontal, en un point précis, géométriquement déterminé, grâce à un appareil de visée et à un contrôle radiologique préopératoire. La précision de la localisation, la discrétion de la mutilation cérébrale, sa parfaite limitation, sont les garants de l'innocuité du procédé, de sa bonne tolérance et de l'absence de troubles psychiques secondaires. L'intervention est infiniment moins délabrante que la lobotomie préfrontale classique, génératrice, en raison de l'étendue de la section nerveuse, d'atteintes de la personnalité qui ont suscité tant de critiques au point de vue social, moral et religieux" (18). Cette électrocoagulation est réalisée à travers un petit trou de trépan de chaque côté en frontal, à l'aide d'un générateur spécial à bas voltage et de moyenne fréquence. Après publications des premiers résultats, la technique va progressivement évoluer vers la lobotomie partielle, afin de protéger l'intégrité mentale.

En 1950, De Greff déclarait : "L'importance de la matière à sacrifier ne doit pas se mesurer à la violence des symptômes ; à moins qu'on ne soit décidé à réduire coûte que coûte le malade au silence, comme il semble hélas, qu'on l'ait déjà fait en grande série". Verspreuwen déclarait en 1954: "Que l'on commence donc toujours, par respect pour la personnalité humaine, et par prudence, par pratiquer une intervention unilatérale que l'on pourra ultérieurement, si nécessaire, compléter par l'autre côté. En revanche, lorsqu'un patient a été trop libéralement leucotomisé et peut passer le restant de ses jours sur une chaise percée avec la bouche et les sphincters béants, il est trop tard pour se repentir (22)".

#### **Les suites opératoires – Un regard plus nuancé**

Les suites opératoires dépendaient beaucoup de la pathologie initiale, et de l'agressivité de la lobotomie subie. Les résultats ne seront pas les mêmes selon que le patient aura été largement lobotomisé, ou partiellement lobotomisé.

Selon Cosyns-Duret, durant la période post-opératoire, “le lobotomisé est avant tout un être indifférent, apathique et aboulique. Ses centres d’intérêts sensoriel et intellectuel sont limités au concret, ses facultés spéculatives sont réduites, son attention est instable et vagabonde. La diminution de sa spontanéité et de son initiative idéomotrice, jointe à une indulgence exagérée envers soi-même, crée en lui un état de dépendance narcissique vis-à-vis du monde extérieur, rappelant curieusement le type infantile. En plus de cette diminution globale de ses capacités intellectuelles et de son affectivité, le malade leucotomisé peut, évidemment, garder des troubles mentaux préexistants à l’opération comme des idées délirantes, des hallucinations et des obsessions (23)”.

Il peut exister une période de confusion mentale variable et une indifférence cédant au bout de 1 à 4 semaines généralement. Il peut exister des réactions excessives aux diverses stimulations, avec démangeaisons, des réactions érotiques ou encore des “peurs instinctives des piqures, avec parfois réactions de fuite, nécessitant deux ou trois personnes pour les immobiliser” : “Les réactions provoquées par des stimulations simples, telles que le pincement, la piqure, le chatouillement, le froid, sont généralement vives, immédiates, accompagnées de réactions de défense, et souvent associées à des réactions émotives telles que le fou-rire ou une attitude légèrement hostile, avec des réponses verbales diverses (“laissez-moi, vous m’embêtez”, etc.). [Chez certains malades, les stimulations paraissent provoquer des réactions érotiques.] Dans le premier mois post-opératoire, les malades ont souvent une peur instinctive des piqures, avec parfois réactions de fuite, nécessitant deux ou trois personnes pour les immobiliser (24)”.

Au niveau sensoriel, il existe très souvent une légère photophobie, avec larmoiement. Le bruit est souvent mal supporté. Au niveau affectif, certains patients présentent une “incontinence émotionnelle”, avec rire et pleurs immotivés, ou alors l’inverse, une absence de réaction affective. Comme cette patiente qui déclara : “Là où j’ai remarqué une différence, c’est au point de vue affection ou plus exactement, émotionnel. Il me semble être devenue incapable de ressentir une forte émotion : qu’il s’agisse du récit d’un accident tragique, d’une lecture touchante ou d’un film sentimental, plus rien ne m’émeut : je ne sens surtout plus monter en moi cette grosse émotion qui gonfle le cœur et monte à la gorge. Enfin, il paraît qu’il y a au cinéma les gens qui pleurent et ceux qui ne pleurent pas : je suis maintenant dans ceux qui ne pleurent pas”. Cette patiente insistait également sur le caractère de libération ressentie après la lobotomie : “Tout s’est passé comme si un bouquet de fleurs, ligoté de ficelles et emballé dans un papier serré, était tout à coup délié et mis dans l’eau : ainsi toutes mes facultés, libérées, se sont de nouveau épanouies, chacune a sa place. Mais il ne suffit pas que le bouquet soit délié, il faut aussi qu’il soit mis dans l’eau, et cette eau, cela a été, pour moi, l’affection et la compréhension sympathique dont j’ai été entourée (23)”.

La plupart des auteurs s’accordaient sur la nécessité d’une rééducation après lobotomie. Perret déclare ainsi en 1955 : “la rééducation de la pensée abstraite et les difficultés d’adaptabilité sociale paraissent évidentes à la plupart des observateurs avertis. Ceci est d’ailleurs une remarque générale à opposer aux résultats un peu trop optimistes, nous semble-t-il, prétendant que la lobotomie n’entraîne pas de déficit intellectuel. Le patient devait en effet réapprendre les gestes simples de la vie courante (s’habiller, se laver, contrôler ses sphincters). La psychothérapie des troubles mentaux subsistants était souvent nécessaire. L’affectivité du sujet opéré devait également être stimulée (25)”.

## Résultats et complications

L'analyse des résultats des lobotomies est rendue difficile, en raison du caractère parfois très subjectif des évaluations post-opératoires, du suivi à court terme dans certaines séries, et de critères de réussite très variables selon les auteurs. C. Feuillet publie en 1959 ses doutes concernant la véracité de tous les résultats publiés, sans pour autant condamner cette technique qu'il considère donner "d'assez bons résultats", "dans des affections mentales très graves". Il dit : "Reste à examiner la qualité des résultats éloignés de la lobotomie préfrontale et la question des séquelles propres à l'intervention. C'est un chapitre passablement épineux, de tous le plus controversé et le plus confus, celui aussi - disons-le franchement -, où le besoin de documents pleinement objectifs et probants se fait le plus vivement sentir. Certes, toute statistique importante de lobotomies ne manque pas de faire état d'excellents résultats sociaux et de belles réussites individuelles. On trouve des lobotomisés médecins, légistes, musiciens, etc., etc... Freeman y ajoute, ce qui ne manque pas de piquant, la mention d'un psychiatre opéré et promu, par la suite, chef de service dans un grand établissement spécialisé. Nous connaissons tous des lobotomisés mariés depuis l'intervention, bons époux et bons pères de famille. Mais il est certain que plus que ces énumérations d'exemples édifiants, on souhaiterait des études individuelles exhaustives.

Rien ne vaut ici l'examen direct. Je pense par exemple à une jeune femme lobotomisée en avril 1952 et mariée ultérieurement, jeune femme que son mari trouve parfaite. En direct c'est une pure schizophrène totalement apathique et passive - le mari qui s'occupe de tout à la maison - même de lever et d'habiller sa femme - est sans doute un philosophe peu exigeant en matière de perfection.

On pourrait, sans difficulté, multiplier des faits semblables, et la tolérance ou l'aveuglement de certaines familles à l'égard de leurs malades réintégrés au foyer, passe parfois toute croyance, l'attitude inverse n'étant d'ailleurs pas rare (6)".

Nous pouvons également citer ce prêtre d'une commune belge, lobotomisé en 1943 à l'âge de 43 ans pour une anxiété malade avec tentative de suicide. Plutôt satisfait, il raconte dans un courrier adressé à son chirurgien, un an après la chirurgie, les modifications constatées : - "Intelligence : tout en ayant conservé une parfaite lucidité, je ne peux mieux résumer mon impression qu'en disant que pour mon intelligence, je semble avoir vieilli d'une dizaine d'années. Je puis encore fournir du travail intellectuel, mais j'ai beaucoup perdu de ma facilité d'invention. - Affectivité : dans ce domaine, je n'ai rien à noter si ce n'est une plus grande sensibilité du côté sexuel. Alors que pratiquement toute ma vie je n'ai eu presque aucune difficulté de ce côté, je dois beaucoup plus me surveiller de ce côté. - La manière de dire la messe, d'entendre les confessions : dans le temps, cela représentait un effort de conscience et de tension très grand. J'en profite ici pour signaler que ce sentiment très vif et très aigu d'hyperconscience que j'avais autrefois et qui me faisait toujours dans la moindre conversation et le plus banal événement découvrir à l'arrière-plan toute une perspective cosmique, a pratiquement disparu. Je me rends compte que je suis beaucoup moins consciemment éveillé, mais j'en fais volontiers mon deuil. Voici, Docteur, en gros ce que je puis vous signaler objectivement dans mon cas. J'en profite pour vous remercier encore de tout cœur de votre dévouement à la fois si compréhensif et si fidèle (23)".

Concernant les complications, les plus fréquentes sont représentées par les crises d'épilepsie (de 1 à 23%), suivi des céphalées chroniques (15%). Le syndrome frontal est très débattu, et varie selon les auteurs de 5 à 100 % des cas...



### La fin de la lobotomie

Dès 1950, des voix s'élèvent pour dénoncer la lobotomie. Pour Schwartz en 1950, la lobotomie constitue "une castration primitive de l'espèce la plus horrible". Le 8 avril 1951, le Pr Henri Baruk, psychiatre à la Maison de Charenton, dénonce dans un argumentaire à charge, la terrible erreur de la lobotomie : "1°) Ces opérations n'ont pas un effet curatif, mais elles visent simplement à atténuer certains symptômes gênants, soit pour le malade, soit pour l'entourage, notamment l'anxiété ou l'agitation. 2°) Même à ce simple point de vue symptomatique, les résultats sont incertains, et après une amélioration transitoire on peut voir l'aggravation des symptômes que l'on prétendait calmer, notamment en ce qui concerne l'agitation. 3°) Même dans les cas où une amélioration passagère paraît avoir été obtenue dans des troubles comme l'anxiété, cette amélioration n'est souvent obtenue qu'au prix d'un fléchissement de la personnalité et plus spécialement de la personnalité morale, telle cette malade que nous avons observée, que l'on qualifiait de trop bonne mère par le souci excessif qu'elle avait de la santé de ses enfants, et qui après l'opération, était devenue tellement indifférente qu'elle était incapable de remplir ses devoirs familiaux et qu'elle dut être internée ! De tels traitements risquent de dégrader la personnalité et de réaliser de véritables victimes, avec une déchéance définitive. 4°) En outre, ces traitements peuvent faciliter des abus très graves. Ils ouvrent la voie à se délivrer de malades gênants en faisant exécuter cette opération qui parfois même prend l'allure d'une sanction. Le risque est d'autant plus grave que des facteurs inconscients peuvent agir soit sur le médecin, soit même sur les infirmiers qui, par paresse, peuvent pousser à cette thérapeutique pour s'éviter le travail pénible de soigner des malades difficiles et pour s'en débarrasser par la chirurgie. 5°) La mesure ainsi prise est d'autant plus grave que l'on transforme un trouble fonctionnel plus souvent guérissable qu'on ne le croit en une lésion organique définitive, dont les conséquences tardives sont encore plus redoutables et dont les plus fréquentes sont l'épilepsie, la déchéance morale et la démence. En outre, l'habitude de telles thérapeutiques constitue pour le psychiatre un entraînement à la paresse, à la baisse de l'examen clinique, de l'esprit de recherche et de dévouement à l'égard de ses malades, carence que l'on marque par des thérapeutiques artificielles qui trompent le public. 6°) Les bases scientifiques de cette thérapeutique ne sont pas solides. Les expériences faites sur les animaux sont insuffisantes et plutôt alarmantes. À ce sujet, nous avons, avec notre regretté ami le neurochirurgien Pr Puech, effectué des lobotomies et opérations sur les lobes frontaux chez les singes dans notre laboratoire de neurochirurgie expérimentale chez les animaux de la Maison Nationale de Charenton. Tous nos animaux, après des suites opératoires excellentes et après une période plus ou moins longue où ils paraissaient peu modifiés, sont devenus ensuite de plus en plus impulsifs et tous sont morts trois ou quatre ans après d'épilepsie (7). (...) Les essais entrepris chez l'homme prennent plutôt la forme actuellement d'une expérimentation dangereuse plutôt que d'une vraie thérapeutique. C'est pourquoi, je m'adresse tout spécialement aux médecins Juifs. À l'heure où la conscience des médecins de divers pays est tourmentée par ce problème médical et moral, il serait grave que le peuple Juif laisse effectuer dans son pays des expériences sur des êtres humains qui, par certains côtés, pourraient rappeler des souffrances dont il a été lui-même victime. Si le peuple Juif a tant souffert d'avoir été l'objet de la plus affreuse violation de la personne humaine, il se doit de donner l'exemple et d'être à la tête de la défense des droits sacrés de l'homme dans tous les domaines".

Il dira à propos de cette technique chirurgicale, “la guerre la plus acharnée que j’ai menée concerne la lobotomie. (...) La bataille des électrochocs et de la lobotomie s’est étendue sur de nombreuses années et j’ai eu le bonheur de voir les thèses que je soutenais avec d’autres l’emporter enfin à peu près partout dans le monde, (...) je me suis toujours rangé parmi les adversaires de cette technique que je considère comme barbare et dangereuse. J’ai été ainsi fidèle à la ligne de conduite qui a toujours été la mienne : joindre les données scientifiques aux sentiments d’humanité”.

Ley en 1954 publie *La tentation psychochirurgicale* où il dénonce l’atteinte grave de la dignité humaine : “Plus aucun médecin, à l’heure actuelle, ne conteste que la psychochirurgie constitue une atteinte grave à la personne humaine. Elle lèse directement le cerveau d’une manière indélébile, et c’est ce qui lui confère un caractère d’exceptionnelle gravité. Sans doute, les conséquences de ces altérations peuvent-elles être en grande partie compensées par la rééducation, mais il n’en est pas moins vrai que le lobotomisé reste un frontal, un très petit frontal parfois, mais un frontal quand même [...]. Sans doute, l’expérimentation thérapeutique est-elle une nécessité. Mais sa condition essentielle est qu’elle ne soit pas plus dangereuse que la maladie elle-même. Or, lorsqu’on parcourt la littérature de la lobotomie, on constate, hélas, que les préoccupations expérimentales ont souvent dominé le souci thérapeutique : très fréquemment, il s’agit d’essais tentés en désespoir de cause - et sans aucune idée directrice bien précise. D’autre part, certains esprits localisateurs auront peut-être des idées trop précises : quelle tentation pour eux de se dire que, tout en soulageant ces pauvres aliénés qui souffrent (ou dont la personnalité est quand même déjà si altérée qu’on ne peut plus leur faire grand mal...), on va pouvoir “déconnecter” successivement les diverses areas de Brodmann et voir ce qui va se passer... On se défendra bien entendu de faire de l’expérimentation *in anima vili* : ce sera toujours un traitement, mais on fera en cours de route des observations intéressantes... (8)”.

Mais c’est véritablement l’arrivée de la “lobotomie chimique” avec le premier neuroleptique qui mettra un frein brutal à l’essor de la lobotomie. La chlorpromazine fut mise au point en 1951 par le chimiste français Paul Charpentier, et sera reprise en médecine ensuite par deux psychiatres de l’hôpital Sainte-Anne à Paris, Jean Delay et Pierre Deniker, pour ses effets anti-psychotiques. D’abord commercialisée en France sous le nom commercial de Largactil en 1952, elle sera reprise ensuite aux États-Unis sous celui de Thorazine en 1954. Ce nouveau traitement va réduire drastiquement le nombre de lobotomies dans le monde. En France, à partir de 1955, les lobotomies vont devenir exceptionnelles, même si la dernière lobotomie retrouvée remonte à 1991.

## Conclusion

La lobotomie était un geste chirurgical plus de l’ordre de l’expérimentation que de la thérapeutique. Cette technique est apparue à une période où la psychiatrie était dépourvue de thérapeutique efficace, et se pratiqua en France essentiellement de 1947 à 1955. Les indications étaient variées, les techniques nombreuses, et les résultats difficilement analysables. L’apparition du premier neuroleptique mettra un frein brutal à la pratique de cette technique chirurgicale, certainement la plus décriée de toute l’histoire de la médecine. Au final, c’était “un terrible cas de conscience avec une double culpabilité : celle de ne pas faire ce qu’il faut faire et celle de faire ce qu’il ne faut pas”.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) "The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1949". *Nobelprize.org*. Nobel Media AB 2014. (Accessed at [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1949](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949)).
- (2) ZANELLO M., PALLUD J., BAUP N., PEETERS S., TURAK B., KREBS M.O., et al.- History of psychosurgery at Sainte-Anne Hospital, Paris, France, through translational interactions between psychiatrists and neurosurgeons. *Neurosurg Focus*. sept 2017 ; 43(3) pages
- (3) MESLE F., VALLIN J.- La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ?, *Population*, 36 ème année, n°6, 1981, 1035-1068.
- (4) PLAZE M., KREBS M.O. - From shock therapies to new neuromodulation techniques. *Soins Psychiatr.*, juin 2013 ; (286), 30-33.
- (5) LEVÊQUE M., CABUS S.- *La chirurgie de l'âme*, Paris, J.C. Lattès, 2017.
- (6) FEUILLET C. - Remote results of prefrontal lobotomy. *Rev médicale de Nancy*. juin 1959 ; 84, 628-641.
- (7) BARUK H. - La médecine mosaïque et la lobotomie, *Histoire de la médecine hébraïque* (8 avril 1951). pages
- (8) LEY J. - The temptation of psychosurgery. *Acta Neurol Psychiatr Belg*, mai 1954 ; 54 (5), 317-330.
- (9) BREJOT A. - Essai sur la place de la lobotomie dans le drame familial. 1951.
- (10) MASSION-VERNIORY L., DUMONT E. - Considérations sur la leucotomie unilatérale. *Acta Neurol Psychiatr Belg*, mai 1954 ; 54(5), 331-350.
- (11) ANGLADE L., FRAILLON J., FESSARD J., MAUNOURY P. - 5 Years' experience with lobotomy at the Sarthe Psychiatric Hospital ; failures and social rehabilitation. *Ann Med Psychol* (Paris), mars 1955 ; 13 1(3), 420-429.
- (12) MASSOT N. - Results in 120 cases of lobotomy. *J Med Lyon*. 20 oct 1955 ; 36 (859), 745-748.
- (13) FROMENTY L. - Reflections on 100 personal cases of prefrontal lobotomy. *Rev Otoneuroophthalmol*. 1956 ; 28 (3), 157-168.
- (14) LAZORTHES G., GAYRAL L., ANDUZE-ACHER H. - 10 years of psychosurgery : 1954-1965. *Ann Chir*. sept 1967 ; 21(15), 1003-1009.
- (15) LAZORTHES G., ESPAGNO J., ANDUZE-ACHER H., VAN HONG N. - Frontal operations and organic pain (à propos of 21 cases). *Neurochirurgie*. mars 1963 ; 9, 97-100.
- (16) WERTHEIMER P, MICHON L. - Lobotomy in pain from cancer. *Lyon Chir*. 1957; 53 (4) : 614-616.
- (17) CATTAN R. - Indications et résultats de l'électrocoagulation préfrontale dans la rectocolite ulcère-hémorragique. *Acta Gastroenterol Belg*. 1957 ; XX : 515-524.
- (18) BUCAILLE M. - Electrocoagulations du cerveau préfrontal. *Acta Gastro-Enterol Belg*. 1957, pages
- (19) CATOIRE J. - Une psychochirurgie nouvelle : L'Iridium 194 par voie transorbitaire. *Scalpel (Brux)*. 1959 ; 112 (44) : 1063-1076.
- (20) COQUET P., KOHLER C., LECUIRE J., ROCHE M. - Psychosurgical interventions (lobotomies & topectomies) as treatment of various severe & irreducible agitation states in children & adolescents; evaluation of 22 cases with study of late results. *Pediatric*. 1958 ; 13 (2), 167-173.
- (21) TERRIER L.M., LEVÊQUE M., AMELOT A. - Brain surgery : Most lobotomies were done on women. *Nature*. 30 août 2017 ; 548 (7669), 523.
- (22) VERSPREUWEN R. - Les indications de la psychochirurgie. *Acta Neurol Psychiatr Belg*. 1954 ; LIV : 351-358.
- (23) COSYNS-DURET S. - Considération sur la psychothérapie après lobotomie. *Acta Neurol Psychiatr Belg*. 1954 ; LIV : 378-385.
- (24) MESSIMY R. - Sur les troubles sensitifs et sensoriels observés après lobotomie ou topectomie préfrontales. *Arq Neuropsychiatr*. 1952 : 305-314.
- (25) MONDAIN P, POCHARD M. - Long-range results of lobotomy in 34 mental patients. *Toulouse Méd*. 1956 ; 57(5) : 375-381.

### RÉSUMÉ

*Mise au point en 1936 par Egas Moniz, la lobotomie se définit comme un acte chirurgical lésionnel et définitif sur le cerveau, en sectionnant les fibres blanches des lobes frontaux dans le but de traiter certaines pathologies psychiatriques. Des milliers de patients furent lobotomisés à travers le monde, avec des conséquences gravissimes sur la personnalité et le respect de la dignité humaine. En France, cette technique s'est répandue principalement dans les années 1947-1955. Nous avons essayé de comprendre comment une telle technique, aussi barbare que la lobotomie, avait pu se répandre au monde entier pendant des années, et même se voir récompenser d'un prix Nobel ? Nous avons retracé l'histoire de ce dérapage chirurgical, à partir d'une revue de la littérature inédite de 1935 à 1985 dans le pays où la lobotomie fut présentée pour la première fois au monde, en France, et où la mise au point du premier neuroleptique, 16 ans plus tard, par un chimiste français, mit un frein brutal à cette pratique chirurgicale.*

### SUMMARY

*Pioneered in 1936 by the Portuguese neurologist and politician Egas Moniz, lobotomy is a lesional and definitive surgery on the brain, which consists of splitting white fibers in the frontal lobes. Thousands of patients have been lobotomised around the world with serious consequences for their personalities and for human dignity in general. This surgical technique has been extensive in France mainly from 1947 to 1955. The vast majority of the medical indications concerned mental disease. This surgical technique ended when the first neuroleptics arrived.*