

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

PAUL ABÉLY

114<sup>e</sup> ANNEE — 1956  
TOME DEUXIÈME

---

**MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE

# LA THERAPEUTIQUE PAR LA PSYCHOSE INDUITE (MESCALINE ET CHLORPROMAZINE) \*

PAR

J. POSTEL et P. COSSA (Nice)

Il y a bien longtemps que les effets de l'intoxication mescalinique intéressent les psychiatres et les psychologues. Mais c'est seulement depuis quelques années qu'on en a préconisé l'utilisation en thérapeutique psychiatrique sous le nom de « psychoses induites ou artificielles » (induced psychosis). La mescaline, démodée un moment au profit de l'acide lysergique ou LSD, a repris sa place à égalité avec celui-ci.

Le principe de la méthode est assez simple : on provoque la psychose artificielle par la drogue, puis on la stoppe brusquement au bout d'une heure ou deux par une forte dose de chlorpromazine, dans l'espérance de voir la disparition des phénomènes délirants et hallucinatoires, provoqués artificiellement, s'accompagner de celle des troubles psychopathiques antérieurs que pouvait présenter le sujet.

Herman C. B. Denber et Sydney Merlis avaient déjà publié, en 1954 [6], une première note sur la guérison spectaculaire de six schizophrènes traités par une injection de mescaline, suivie, une heure après, d'une injection de chlorpromazine. Mais il a fallu que Denber vienne, au dernier Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, rapporter une expérience portant sur 57 malades, presque tous schizophrènes, avec près de 50 % de rémissions, pour ébranler notre scepticisme et nous amener à traiter une série de schizophrènes, selon la méthode qu'il nous développa à Nice [5].

(\*) Travail du Centre neuro-psychiatrique et neuro-chirurgical des Hôpitaux de Nice, chef du Service, D<sup>r</sup> Cossa.

## I. — Mode opératoire

Voici le protocole thérapeutique de Denber [5], tel que nous l'avons suivi :

Le malade, à jeun, reçoit par voie intraveineuse une injection lente de 0 gr. 5 de sulfate de mescaline (1). La dose doit correspondre, en principe, à 10 mgr. par kilo corporel.

On lui demande ensuite de faire des associations libres de ses pensées. Il doit se laisser aller à dire tout ce qui lui passe par la tête. On évite autant que possible de l'orienter par des questions trop précises. Celles-ci doivent rester très neutres. On se contente de lui demander, en cas de mutisme prolongé, ce qu'il voit devant lui ou imagine.

Lorsqu'il ressent des phénomènes hallucinosiques, ou véritablement hallucinatoires, on tâche d'obtenir de lui des associations instantanées.

Une heure à une heure et demie après l'injection de mescaline, on injecte par voie intramusculaire 50 mgr. de chlorpromazine. 15 ou 30 minutes après celle-ci, le malade, lorsqu'il était agité, se calme et devient même parfois somnolent pendant quelques heures. La séance de traitement peut être alors considérée comme terminée. Il est inutile d'ajouter que le malade doit être constamment assisté par un psychothérapeute durant toute l'épreuve.

## II. — Matériel de notre étude

Notre expérience personnelle porte maintenant sur 21 observations qui constituent *le matériel* de cet article. Nos essais se sont poursuivis du 15 septembre 1955 au 15 avril 1956, et les malades ont pu être suivis jusqu'au 15 juin 1956. Nos malades se répartissent ainsi :

- 17 schizophrènes (obs. I à XVII) ;
- 3 délirants chroniques (obs. XVII à XX) ;
- 1 psychonévrose grave (obs. XXI).

Nous renvoyons à la fin de cet article pour le détail des observations. Cependant, nous tenons à signaler dès maintenant que,

(1) Nous remercions les Laboratoires Specia qui ont mis gracieusement à notre disposition un sulfate de mescaline, produit hors-commerce, intitulé « Psycho-actif 6674 RP ».

sur nos 17 schizophrènes, 5 étaient des malades dont la maladie évoluait depuis moins de deux mois, n'ayant encore subi aucun traitement (obs. I à V). Les autres présentaient une évolution déjà plus ancienne. On peut cependant distinguer parmi eux deux groupes :

ceux dont la maladie remontait à moins de deux ans (7 cas, obs. VI à XII) ;

ceux dont la maladie évoluait depuis plus de deux ans (5 cas, obs. XIII à XVII). Il s'agissait de schizophrènes « fixés », ayant eu chacun plusieurs cures insuliniques, et, dans un cas (obs. XIV), une intervention psycho-chirurgicale.

Nous allons rapidement décrire les différents troubles ressentis par nos malades au cours de l'épreuve. Après un court chapitre sur nos constatations électroencéphalographiques, nous aborderons le problème, encore bien flou, de la réversibilité de la psychose induite à la suite de l'administration de chlorpromazine. Nous terminerons enfin par l'énumération et le bilan bien décevants des résultats que nous avons obtenus.

### III. — Le syndrome mescalinique

Il serait inutile d'insister sur les effets de la mescaline si, depuis qu'elle est expérimentée sur des malades et non plus sur des gens sains, ou présumés tels, le tableau de l'ivresse mescalinique ne s'était montré passablement différent de ce que l'on avait l'habitude de voir.

Cette drogue a été employée par de nombreux auteurs dans leurs recherches psychopathologiques. La richesse de ses hallucinations colorées a donné lieu à de nombreuses considérations, parfois plus poétiques que scientifiques. Nous citerons seulement ici les ouvrages de K. Béringer [1] et de K. Zucker.

Plus récemment, J. Delay et H.-P. Gérard [2, 3, 4] ont repris cette étude, décrivant avec beaucoup de rigueur les différents aspects physiques et psychiques de l'intoxication par la mescaline.

Denber [5, 6], décrivant à son tour l'état psychique qui suit l'injection de mescaline, considère que celle-ci n'est pas véritablement une psychose, ni une névrose, ni une intoxication simple. C'est un état dont les manifestations peuvent être très variables, allant de la fureur au sommeil, et d'un état de cons-

science presque normal à la psychopathie la plus grave du type démentiel ou profondément dissociatif.

Deux points séparent essentiellement ce que nous avons constaté des descriptions de ces différents auteurs :

1° Nos sujets étaient tous des psychopathes graves. Tout à fait indifférents à l'épreuve, ils ne cherchaient aucunement à y « collaborer ». Nous n'avons donc pratiquement jamais bénéficié de ces fines auto-analyses obtenues avec les étudiants ou les médecins, sujets habituels des études citées plus haut. Aussi, comparativement à la richesse des descriptions antérieures, ce que nous avons vu nous apparaît-il bien peu de chose. L'imagerie de nos malades a été extrêmement pauvre ; à tout le moins s'est-elle fort mal extériorisée. Beaucoup de nos sujets sont demeurés somnolents ou négativistes pendant toute la durée de l'épreuve.

2° Alors que, dans les travaux antérieurs, la mescaline était généralement administrée par voie orale ou intramusculaire, nous avons uniquement utilisé la voie intraveineuse. Nous avons donc constaté des périodes de latence beaucoup plus courtes, et les effets de l'intoxication mescalinique ont été bien souvent très brutaux, revêtant d'emblée le tableau de ce qu'on pourrait appeler « la période d'état ». Nous n'avons donc jamais pu utiliser ces phénomènes repères, dont parlent J. Delay et H.-P. Gérard, pour suivre facilement la marche chronologique de l'intoxication mescalinique.

\*  
\*\*

Le syndrome provoqué par l'injection de mescaline est un syndrome complexe, à la fois clinique et biologique. Nous allons en passer en revue les différents éléments, tels qu'ils nous sont apparus chez nos malades.

#### 1° SYNDROME CLINIQUE.

1. *Perturbations somatiques* : L'importance des *signes physiques* paraît assez variable :

Le plus frappant et le plus constant est *une modification du tonus végétatif* qui se fait dans le sens d'une hypersympaticotonie, plus nette chez les sujets habituellement vagotoniques. Quelques minutes après l'injection intraveineuse, apparaît une

mydriase qui persistera pendant toute l'épreuve. Nous l'avons notée chez tous nos sujets. Cette brusque modification du tonus végétatif est sans doute à l'origine des sensations nauséuses et vertigineuses ressenties par le malade au début de l'épreuve. Elle s'accompagne souvent de vomissements. Ce malaise disparaît en général au bout de 10 à 15 minutes. Il a persisté chez trois de nos malades pendant toute l'épreuve (obs. XVIII, XIX, XX).

*Les modifications circulatoires* sont, elles, plus ou moins importantes. En général, le pouls est augmenté d'une manière modérée et la tension artérielle légèrement élevée. La tachycardie ne s'accompagne jamais, du moins chez des sujets sains, de troubles du rythme cardiaque. On note également une élévation du rythme respiratoire : polypnée à 20, 25, 30 inspirations par minute, parfois exagérée par l'anxiété du malade et s'atténuant en général au bout d'une demi-heure.

*Au point de vue neurologique*, nous n'avons pas été frappés, comme certains auteurs, par la diminution de la force musculaire. Par contre, les réflexes sont vifs, exagérés dans leur amplitude, parfois même polycinétiques. Outre la mydriase déjà notée, l'atteinte du système nerveux central paraît surtout se manifester par des troubles de la série cérébello-vestibulaire : ataxie, troubles des mouvements intentionnels, maladresse. Les sensations vertigineuses fréquentes au début de l'épreuve sont allées dans notre obs. XIII jusqu'à un véritable vertige rotatoire. Nous n'avons jamais observé de nystagmus, ni ces mouvements involontaires de type athétosique que citent Delay et Gérard [2]. Nous avons été frappés cependant, chez plusieurs de nos sujets (obs. IV, II, XIII, XIV), par des expressions mimiques involontaires : sourires de plus en plus béats s'accompagnant à la fin d'une véritable crise de fou-rire (obs. I, IV, XVI) que le malade n'arrivait pas à réprimer.

*Au point de vue sensoriel*, nous avons noté parfois une hyperacousie, certains sujets entendent les moindres bruits, les plus lointains (obs. I bis) ; ils remarquent surtout avec une intensité très forte des bruits familiers auxquels nous restons inattentifs (obs. I bis). On note une hyperosmie fréquente ; l'acuité olfactive est augmentée, le sujet ressentant violemment, avec plaisir ou déplaisir, certaines odeurs (fumée du tabac dans les obs. I bis, V).

Par contre, l'acuité visuelle est souvent diminuée, en parti-

culier pour la vision rapprochée. Mais il ne s'agit sans doute que d'un trouble de l'accommodation concomitant à la mydriase. L'examen du fond d'œil pratiqué chez 12 de nos malades a montré une légère dilatation veineuse et un rétrécissement souvent discutable des artères du fond d'œil (mêmes observations notées par Delay et Gérard, Ey et Rancoulé, etc...).

Peut-être plus importants que les troubles sensoriels, *les troubles sensitifs* sont souvent marqués : dysesthésies, paresthésies, trouble du sens des attitudes. Mais ils nous paraissent plus psychiques que neurologiques et nous les étudierons à propos des troubles illusionnels et hallucinatoires.

Enfin, nous avons noté des crises pilomotrices, avec frissons, évoluant par vagues successives (crise vagotonique ?) (obs. I et I bis).

2. *Perturbations psychiques* : Mais les effets les plus importants, les plus spectaculaires, observés au cours de l'intoxication mescalinique, ceux-là-même qui sont à l'origine de son utilisation thérapeutique, restent évidemment les troubles mentaux qu'elle provoque.

*Les manifestations psychiques* ne sont pas simplement d'ordre sensoriel. Elles sont très variées. Nous les envisagerons rapidement sous quatre chapitres différents : modification de l'humeur, troubles psychosensoriels, troubles de la vigilance (abaissement du niveau de conscience), troubles oniroïdes et délirants.

a) *Les troubles thymiques* peuvent aller de l'excitation à la dépression la plus profonde. D'après la plupart des travaux antérieurs, certains sujets sont particulièrement excités, en particulier au stade de début de l'intoxication. Leur excitation s'accompagne souvent d'une agressivité, rarement dangereuse pour l'entourage, et qui disparaît assez vite. Elle s'accompagne de logorrhée, avec fuite des idées, jeux de mots, associations de type phonétique, agitation, grands gestes, parfois lamentations et même, dans certains cas, hurlements et cris. Cet état d'excitation du début est en effet rarement euphorique et très souvent, surtout chez la femme, il s'accompagne de crises de larmes, de gémissements. Malheureusement, la majeure partie de nos sujets, qui étaient, ne l'oublions pas, des psychopathes, sont demeurés plongés dans un état de stupeur dont il était difficile de les tirer. Nous nous sommes heurtés là à un obstacle majeur dans notre étude thérapeutique.

b) *Les troubles psychosensoriels* n'apparaissent en général qu'au bout d'une dizaine de minutes, lorsque les modifications de l'humeur (du moins dans le sens de l'excitation) se sont apaisées. Ils correspondent certainement à une phase d'intoxication plus profonde par la mescaline. « Ils ont donné au peyotl sa célébrité. » (Delay et Gérard).

Suivant le sujet, suivant aussi le degré et l'importance de l'intoxication, ces phénomènes psychosensoriels iront de la simple modification perceptive aux troubles hallucinatoires vrais. Nous devons répéter ici ce que nous disions plus haut des troubles thymiques : Parce que nos sujets étaient des psychopathes graves, ils en ont extériorisé assez peu.

*Les troubles de la perception* représentent le premier stade : D'ordre surtout visuel, ce sont des illusions modifiant les lignes droites en les recourbant, en les déviant : modification de l'aspect géométrique des objets. Comme dans l'observation 31 de K. Béringer [1], deux de nos malades ont vu les carrelages de la pièce s'allonger, se transformer en losanges. On note également une disparition de la perspective : « Tout paraît plat », nous déclare notre malade n° 5 (1).

Il faut souligner, sur le plan de l'art et de l'esthétique, une particulière « fraîcheur » de la perception qui, non critiquée par l'expérience et par l'éducation, n'est pas séparée de son aspect plastique, n'est pas « intellectualisée ». Mais, si les formes prennent ainsi une expression nouvelle comme le masque vu par le sujet n° I bis, qui devient grimaçant, c'est surtout dans le domaine de la couleur que les modifications de la perception sont nettes et riches. Comme l'écrivent Delay et Gérard, « les plans colorés acquièrent par rapport à leurs supports une autonomie..., la couleur est devenue facteur essentiel de l'organisation des formes ». Les tâches les plus ternes prennent du relief et s'entourent souvent d'un cerne de couleurs complémentaires d'aspect très impressionniste. Les visages sont particulièrement colorés, d'une manière caricaturale. C'est ainsi que notre malade n° XIX est particulièrement frappée par la rougeur de notre infirmière major qui est de fait assez pléthorique.

(1) Il y aurait là, d'ailleurs, matière à étudier ces troubles perceptifs qui sont certainement une régression à des stades infantiles où la perspective n'était pas encore une notion apprise. De même un rapprochement se propose de lui-même avec l'étude des retards intellectuels objectivés par le test de Bender, dont les images géométriques restent déformées dans la conscience des oligophrènes.



On note également une rémanence des images, lorsque le malade ferme les yeux et bientôt l'apparition de phosphènes lorsqu'on presse légèrement sur les globes oculaires (signe de Lipmann). A un stade plus avancé, apparaissent les *hallucinoses* : simples taches colorées, brillantes, éclatantes, qui, peu à peu, s'organisent en suites multiples, se succèdent de manière kaléidoscopique, en formes plus ou moins précises selon l'imagination du sujet. Celui-ci a bien conscience de ce phénomène hallucinosique. Il le critique et le fait disparaître dès qu'il ouvre les yeux. Mais, peu à peu, ces « vagues hallucinosiques » se rapprochent en bouffées qui coïncident peut-être avec des phases d'hypervagotonie. C'est progressivement et sans limites nettes que cet état hallucinosique peut se transformer en véritable état hallucinatoire. Tout est question d'abaissement du niveau de conscience, et ce sont les sujets les plus hallucinés qui sont rentrés le plus vite et parfois d'emblée dans cet état hallucinatoire.

Après la sphère visuelle, c'est le domaine cénesthésique et somatognosique qui semble le plus touché par la mescaline : sensations viscérales multiples et bizarres, impression de membres morts ou amputés, perte de la notion des attitudes des membres (obs. II, III, VI), et même, dans certains cas, héautoscopie (obs. II et V).

c) *Abaissement du niveau de conscience* (troubles de la vigilance). — L'intoxiqué passe progressivement de l'état de conscience normal à un état dégradé le conduisant peu à peu à une ivresse plus ou moins stuporeuse. Lorsque le malade a atteint cet état, il est très difficile de l'en sortir, et il y retourne dès que cesse la stimulation. La plupart de nos malades sont entrés assez rapidement dans cet état. Ils reposaient calmement en décubitus dorsal ou parfois couchés en chien de fusil, les yeux clos, la respiration calme. Deux de nos malades sont même allés jusqu'à un état précomateux. A ce stade, l'anxiété, considérée par Denber comme la base sur laquelle se développent les symptômes de l'intoxication mescalinique, nous paraît bien dépassée. Et l'injection de largactil qui va, elle, assoupir le sujet pendant quelques heures nous a paru parfois superflue.

d) Car les *phénomènes délirants* qui devraient représenter, en quelque sorte, l'aspect positif de la dissolution mescalinique se sont rarement extériorisés chez nos malades. Nous espérions voir la personnalité du sujet se projeter dans l'ivresse mescalinique. En fait, nous n'avons obtenu que des éléments très pau-

vres. Très souvent, nous posions à nos malades les questions suivantes : « A quoi pensez-vous ? Que voyez-vous devant vous ? Quelles images avez-vous devant les yeux ? Qu'est-ce que cela vous suggère ? Que ressentez-vous ? Est-ce agréable, est-ce pénible ? » Malgré ces rappels, si les plus délirants extériorisaient plus ou moins facilement et spontanément leur délire habituel, les autres se taisaient ou n'exprimaient que les troubles psychosensoriels qu'ils ressentaient.

Dans de rares cas, nous avons pu préciser, par des interrogatoires rétrospectifs faits quelques heures après, ou dans les jours suivants, certaines créations délirantes. Mais le malade n'était plus dans les conditions affectives de l'épreuve, et ces éléments n'ont jamais aidé la psychothérapie.

\*  
\*\*

Au total, les troubles mentaux provoqués par la mescaline paraissent très variables suivant les individus. Sur le normal, ils sont d'autant plus riches et pittoresques que le sujet est plus cultivé, qu'il s'attend davantage à « avoir les yeux émerveillés ». Sur le malade mental, et d'abord peut-être parce que celui-ci se désintéresse de l'épreuve, qu'il est tout entier livré à son anomalie, il en va tout autrement. L'épreuve ne semble plus créer beaucoup de nouveau. Comme le soulignent H. Maurel et Mme Wilhem [9], chez le névrotique, elle extériorise assez souvent les thèmes de la névrose ; dans les psychoses comportant un délire bien structuré, elle provoque l'exposition des thèmes par le malade (mais pas beaucoup plus qu'une conversation un peu insistante) ; dans les dissociations profondes, elle ne donne plus rien.

## 2° LE SYNDROME ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUE.

Si nous n'avons pas étudié spécialement les modifications humorales corrélatives de l'ivresse mescalinique, par contre, nous nous sommes intéressés aux modifications du tracé électroencéphalographique. Nous avons pu suivre plusieurs de nos malades au cours de leur traitement par mescaline-largactil, sous contrôle électroencéphalographique. Nous avons constaté que :

1. Quelques minutes après l'injection intraveineuse de mescaline, l'amplitude du rythme alpha diminuait considérablement,

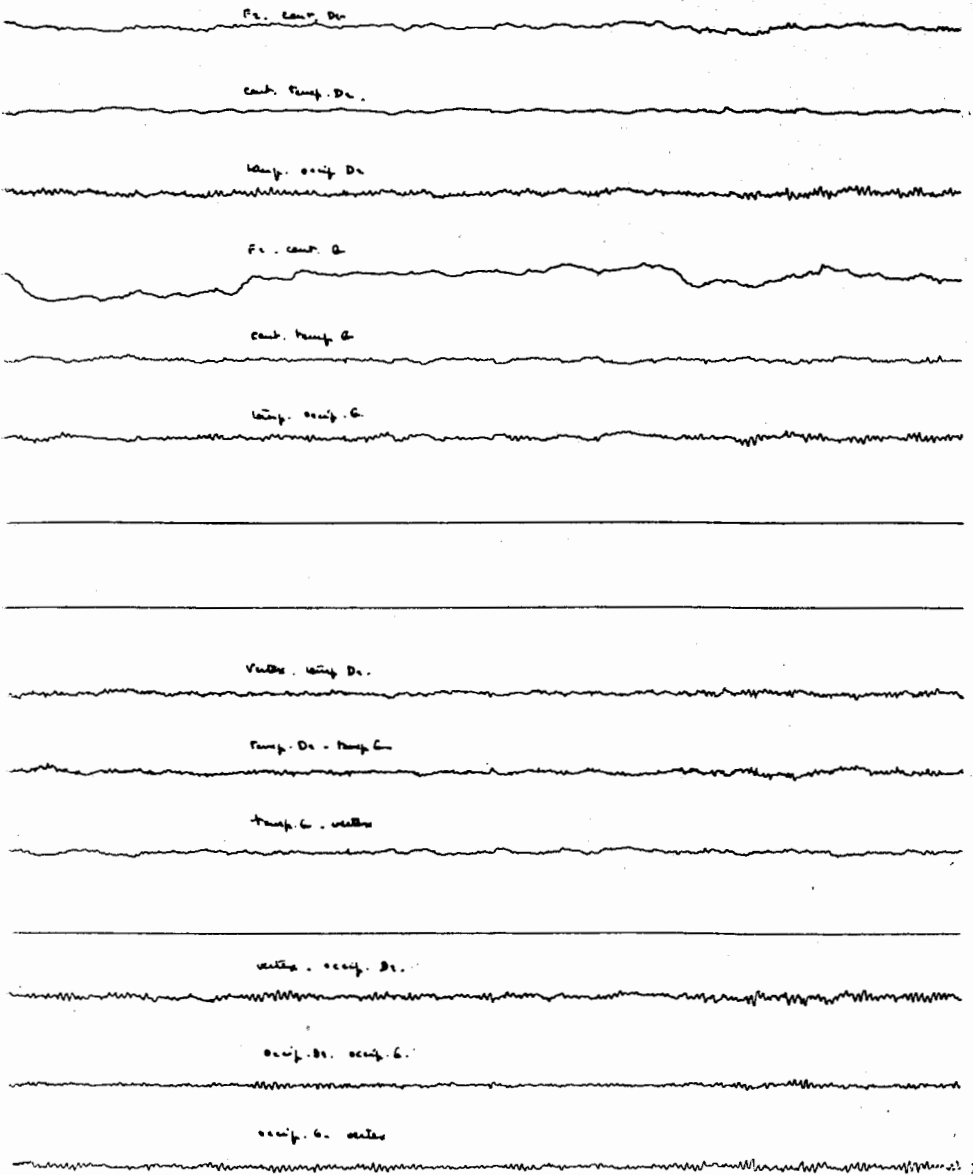


FIG. 1. — Obs. n° 5. — Tracé de repos avant l'épreuve.

allant jusqu'à l'aspect de tracés plats (voir reproduction ci-jointe des tracés enregistrés chez notre malade V). Par contre, les rythmes ne paraissent pas modifiés. Au cours des hallucinations, il existe une véritable réaction d'arrêt avec aplatisse-

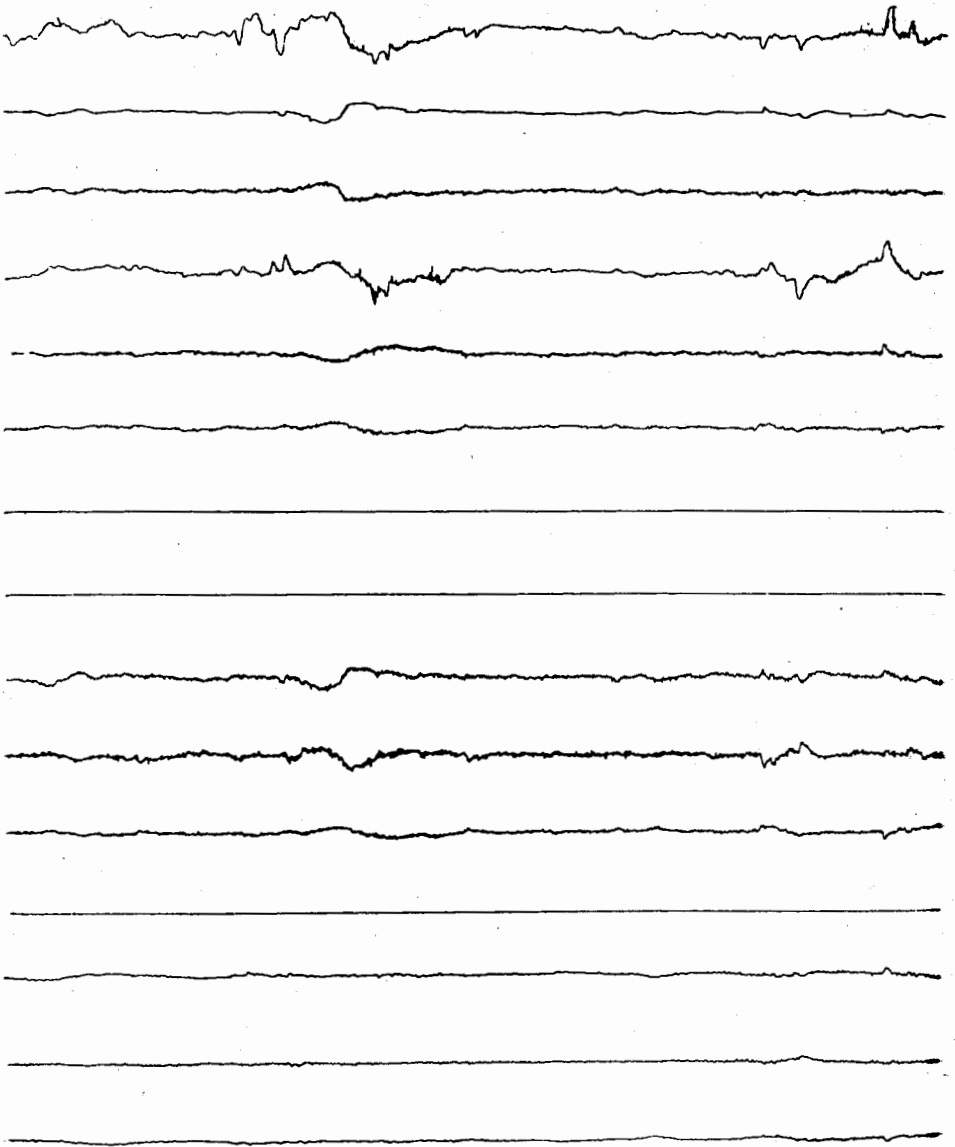


FIG. 2. — Obs. n° 5. — 10 minutes après injection de 500 milligr. de mescaline.  
Noter l'aplatissement du tracé.

ment plus ou moins complet du tracé. C'est évidemment dans les régions occipitales que ces modifications sont les plus nettes.

2. L'injection de largactil fait réapparaître progressivement un tracé normal sans qu'on puisse noter d'anomalies particu-

LA THERAPEUTIQUE PAR LA PSYCHOSE INDUITE

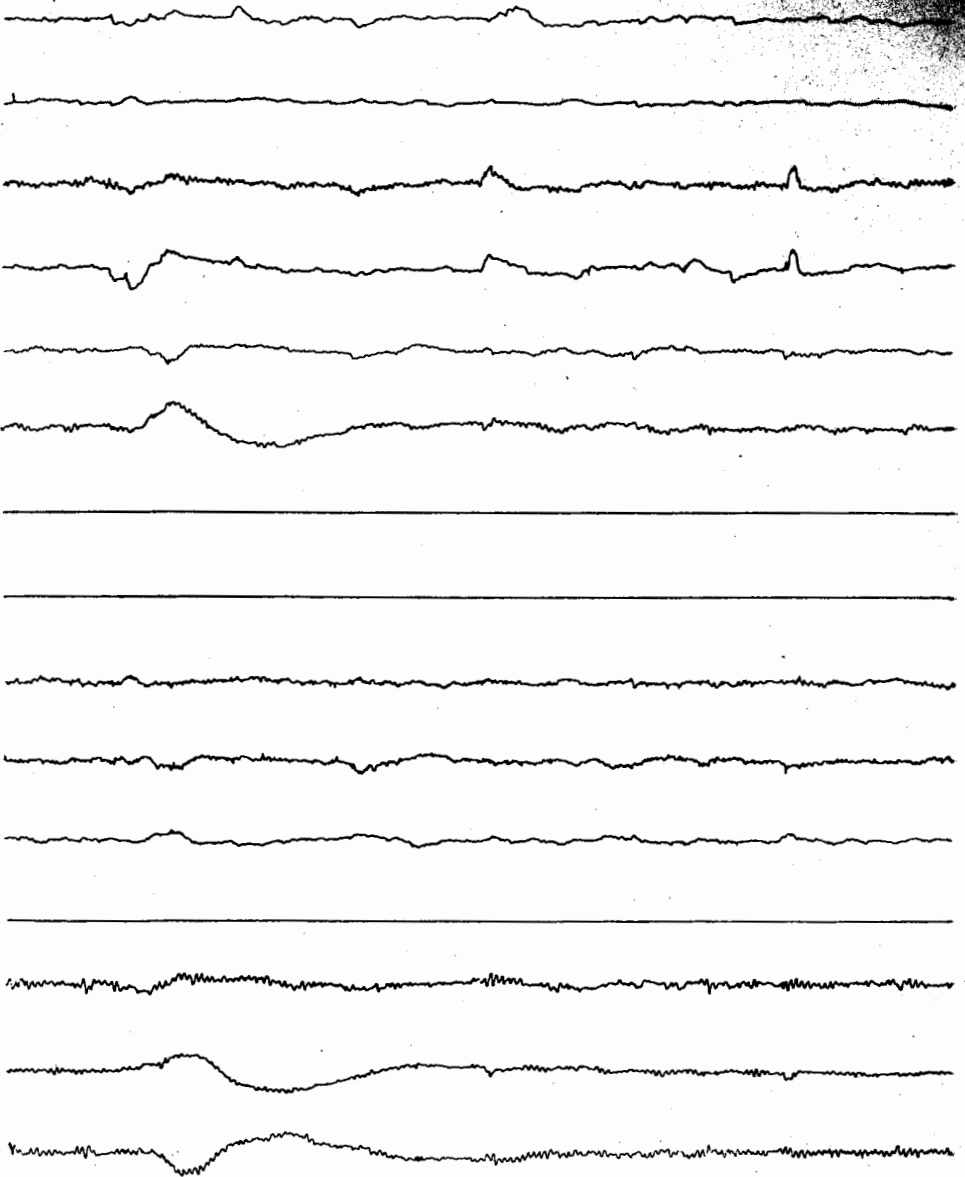


FIG. 3. — Obs. n° 5. — 10 minutes après injection de 50 milligr. de chlorpromazine.  
Retour du tracé à l'état antérieur.

lières de transition. Nous avons cependant noté une fois un net ralentissement des rythmes.

Ces constatations paraissent en accord avec celles de Verdeaux

et Marty [13] pour qui les modifications électroencéphalographiques amenées par la mescaline portent essentiellement sur le rythme alpha et la sensibilité à la lumière. Cependant, d'après leurs expériences, il n'y aurait pas d'altérations très notables chez des sujets ayant un tracé normal.

Les recherches récentes de Schwartz et ses collaborateurs [11] semblent confirmer ces données. Ceux-ci ont injecté la mescaline par voie intraventriculaire chez le chat. Ils obtiennent ainsi un bas voltage avec de véritables crises de pointes qui semblent en rapport avec l'excitation directe par la substance au niveau du plancher du troisième ventricule. Ils injectent dans un deuxième temps de la sérotonine sans obtenir de changements essentiels.

Sur une série de sujets normaux, les mêmes auteurs [10] ont constaté qu'au bout de cinq à trente minutes le tracé électroencéphalographique modifié par la mescaline se normalisait. Nous abordons ici le problème assez mal éclairé de l'action de la chlorpromazine sur la psychose mescalinique.

#### IV. — Le problème de la réversibilité de la psychose induite

Il est bien évident que, sans la chlorpromazine, il n'aurait pas été possible d'envisager seulement l'utilisation thérapeutique des psychoses induites par la mescaline et l'acide lysergique. Il faut rappeler à ce propos qu'on stoppait parfois, au cours d'expériences plus anciennes, l'excitation mescalinique par différents produits, soit barbituriques, soit opaciés. Mais le meilleur produit était peut-être la scopolamine, et c'est ainsi que Ey et Rancoule [7] avaient calmé leur malade, M. H..., 10 heures après l'injection de mescaline. Alors que leurs expériences étaient purement spéculatives, ils avaient noté, chez la malade qui présentait un syndrome parkinsonien post-encéphalique avec gros troubles du caractère et troubles hallucinosiques, une nette amélioration après leurs essais.

Comment agit donc la chlorpromazine ? On sait que cette drogue a une action dépressive très nette sur la substance réticulée. Elle s'est montrée la substance la plus apte à stopper les psychoses expérimentales provoquées par la mescaline ou l'acide lysergique. Cette action a été tout particulièrement étudiée par Schwartz et ses collaborateurs dans le travail signalé plus haut [10] et basé sur des épreuves électroencéphalographiques

et psychométriques serrées. Cinq à trente minutes après l'administration de la chlorpromazine chez onze sujets normaux intoxiqués par la mescaline, la réapparition d'un tracé électro-encéphalographique normal s'accompagnait d'une sédation des troubles hallucinatoires. De toute évidence, déclarent-ils, on ne peut admettre un antagonisme chimique direct entre la chlorpromazine et la substance hallucinogène. Il faut donc supposer, soit que la chlorpromazine agit en bloquant les phénomènes hallucinatoires, soit que ceux-ci se trouvent, par elle, coupés de la conscience à laquelle ils n'arrivent plus.

La première hypothèse est la plus simple ; elle nous paraît la plus vraisemblable. C'est ainsi d'ailleurs que Marrazi et Hart [8] considèrent que la mescaline a un effet adrénurgique inhibant surtout les synapses centrales. Cet effet pourrait être annulé par l'action adrénolytique de la chlorpromazine. Tout récemment, J. Delay et ses collaborateurs [12] ont étudié chez le lapin l'antagonisme de la chlorpromazine et de la mescaline ; ils ont ainsi constaté que la chlorpromazine diminuait l'hypertension et l'hyperpnée provoquée par l'injection de sulfate de mescaline d'une façon considérable. Et ils concluent que l'antagonisme des deux substances, sur le plan neuro-végétatif, permettrait en partie de donner quelques bases physiologiques aux observations faites en clinique humaine sur la suppression par la chlorpromazine des manifestations psychosensorielles provoquées par la mescaline.

Cependant, cet antagonisme des deux substances n'est pas encore parfaitement élucidé, et seules des connaissances neuro-physiologiques plus précises permettront de le faire.

#### V. — Résultats thérapeutiques

Voici maintenant les résultats thérapeutiques obtenus chez nos vingt et un malades :

I) Dans les cinq schizophrénies récentes (obs. I à V), nous avons noté une légère rémission de l'état d'excitation chez la malade I, qui présentait une schizophrénie de forme hébéphrénique. Cette rémission incomplète et transitoire a été tout à fait insuffisante et on a dû commencer une cure de Sakel quelques jours après ;

légère amélioration également transitoire dans l'obs. II (schizo-

phrénie paranoïde chez un oligophrène) ; le malade a dû être secondairement interné ;

légère amélioration également transitoire dans l'observation III (schizophrénie simple), mais rechute rapide et nécessité d'une cure d'insuline ;

dans l'observation IV, on a noté une nette amélioration et la malade a pu secondairement sortir et être considérée comme guérie (mais ne s'agissait-il pas d'une bouffée polymorphe aiguë seulement ?) ;

enfin, le cinquième malade, qui présentait une schizophrénie de forme hébéphrénique, d'apparition récente, a subi deux traitements mescaline-largactil ; il a eu une rémission partielle et toute transitoire, il a dû être interné quelques jours plus tard.

Donc, sur ces cinq schizophrènes « neufs », quatre rémissions transitoires et une seule guérison (obs. IV). Malheureusement, dans ce cas, le diagnostic de schizophrénie chronique restait discutable.

II) Parmi les sept malades présentant des symptômes schizophréniques évoluant depuis trois mois à deux ans et ayant subi des traitements divers, on note trois rémissions transitoires seulement (obs. IX, XI, XII). Les autres malades n'ont absolument pas été modifiés par le traitement. Aucune guérison.

Parmi les schizophrènes évoluant depuis deux ans, on note une seule rémission temporaire (obs. XV). Aucune guérison.

III) Les trois délires chroniques évoluant chez les malades âgés de 30 à 49 ans (dont deux étaient nettement hallucinatoires) ne semblent pas avoir été modifiés par le traitement mescaline-largactil : l'observation XVIII est celle d'une femme de 45 ans qui présentait un délire chronique assez pauvre ; l'observation XIX est celle d'un délire chronique hallucinatoire chez une femme de 40 ans, celle-ci a subi trois épreuves à la mescaline, suivie de largactil. Chaque fois, la mescaline la faisait délirer d'une manière très intense. Mais elle se retrouvait après le traitement dans un état identique à celui qu'elle présentait au début. L'observation XX est celle d'une femme, âgée de 49 ans, atteinte de délire hallucinatoire chronique, qui a dû être internée peu de jours après le traitement mescaline-largactil.

IV) Pour terminer, nous avons essayé le traitement de Denber chez une de nos malades, âgée de 20 ans, assez débile, présentant



une névrose purement caractérielle. Elle a subi une épreuve mescaline-largactil, suivie, dans les jours suivants, de quatre narco-analyses, et elle a quitté le service, nettement améliorée, après un mois d'hospitalisation.

### Résumé et conclusions

A l'exemple de Denber, nous avons, chez 21 psychopathes, injecté par voie veineuse de la mescaline (500 milligrammes), que nous avons fait suivre, une heure et demie après, de l'injection de 50 milligrammes de largactil. Nos constatations sont assez différentes de celles de nos devanciers :

1° Sur le plan neurologique, sans doute, avons-nous retrouvé les modifications somatiques habituellement rencontrées après absorption ou injection de mescaline : hypersympathicotonie (et notamment mydriase), élévation de tension artérielle, tachycardie, troubles sensoriels divers. Par contre, chez nos psychopathes, le syndrome psychique, extériorisé après injection de la drogue, n'a eu ni la richesse, ni l'intensité, ni la variété décrites par les auteurs qui ont expérimenté sur des sujets normaux et cultivés, ou par les médecins qui se sont eux-mêmes soumis à l'épreuve. Tout se passe comme si l'intoxication mescalinique était d'autant plus riche en activité hallucinatoire que le sujet est plus cultivé, qu'il est plus élevé dans la hiérarchie mentale, et qu'il s'attend davantage à voir la plante émerveiller ses yeux. Ainsi s'expliquerait l'opposition entre ce qu'ont décrit poètes, peintres ou esthètes, et ce que nous avons constaté : plus nos malades étaient mentalement déçus, moins ils ont réagi. L'un d'entre eux (obs. IX) est particulièrement frappant à cet égard : enfoncé dans sa démence, porteur d'une atrophie cérébrale objectivée par la pneumoencéphalographie, il n'a rien manifesté après l'injection de mescaline, rien traduit après le réveil.

2° Sur le plan thérapeutique, notre déception a été grande. Sans doute, les mécanismes de guérison invoqués par Denber paraissaient-ils peu convaincants. Nous espérions cependant retrouver ses résultats thérapeutiques. Il n'en a rien été : sur cinq schizophrénies récentes, nous avons obtenu quatre améliorations tout à fait transitoires (quelques jours) et une seule guérison. Mais celle-ci concerne une malade qui ne présentait peut-être qu'une bouffée schizophrénique aiguë. Sur douze schizo-

phrènes dont la maladie était plus ancienne et qui avaient déjà subi divers traitements (électrochocs, cure de Sakel, leucotomie), nous n'avons noté que quatre améliorations aussi transitoires. Trois délires chroniques n'ont absolument pas été modifiés. Seule une névrose caractérielle chez une débile semble avoir été considérablement améliorée par ces traitements suivis de quelques séances de psychothérapie sous-narcose.

Peut-être les résultats seraient-ils plus encourageants si l'on répétait les séances chez un même malade. Nous l'avons fait dans quatre cas, mais seulement deux ou trois fois par sujet, — ce qui est peu. Nous n'avons rien constaté de plus.

Au total donc, l'injection de mescaline (quant à présent et sous le mode opératoire utilisé jusqu'ici) ne nous paraît constituer, ni un moyen d'exploration sûr du psychisme malade, ni un procédé de traitement efficace. Il n'est pas exclu que d'autres modes opératoires, et notamment la répétition des séances, conduisent à modifier ce dernier point de vue.

#### OBSERVATIONS

Obs. I. — B. Yvonne, 22 ans, hospitalisée le 11-4-56. Syndrome schizophrénique à forme hébéphrénique, évoluant depuis deux mois chez une jeune fille aux antécédents chargés : sœur internée dans un hôpital psychiatrique parisien.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 12-4-56 à 9 h. 30.

9 h. 40 : refuse de parler ; souriante ; éclats de rire ; puis retombe dans une somnolence, paraissant très affectée.

9 h. 50 : mydriase peu importante. Mimique souriante, se terminant par un véritable éclat de rire. Mais refuse de nous dire ce qu'elle voit.

10 h. 5 : ébriété souriante.

10 h. 10 : paraît de plus en plus ravie.

10 h. 20 : somnolente.

10 h. 40 : largactil, 50 mgr. intramusculaires. Devient très somnolente.

17 h. : à nouveau assez agitée. Toujours incohérente dans ses propos. Assez moqueuse. Ne dit rien au sujet de l'épreuve subie. Ne se souvient d'aucune hallucination.

Ainsi, la mescaline, chez cette malade, n'a eu qu'un effet très pauvre. Aucun trouble psycho-sensoriel n'a pu être extériorisé.

Le 13-4-56 : état inchangé.

Le 14-4-56 : devient catatonique. Crises d'agitation.

Le 15-4-56 : une narco-analyse précise l'importante dissociation de la pensée.

Une cure de Sakel est alors entreprise. On assiste, au bout d'une

dizaine de comas insuliniques, à une légère rémission de l'état d'excitation. Mais la malade reste très incohérente ; nombreuses fausses reconnaissances, etc...

Obs. II. — P. Victor, 33 ans, hospitalisé le 14-3-56 pour schizophrénie paranoïde. Il s'agit d'un débile mental, au crâne très aplati, présentant depuis deux mois un syndrome délirant mal structuré, à thème de persécution. Hallucinations avec sentiment d'action extérieure (se croit ensorcelé).

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 16-3-56 à 11 h.

11 h. 15 : malade béat, très euphorique. Déclare ne rien voir.

11 h. 20 : réflexes tendineux très vifs. Mydriase légère. Nous serre la main avec effusion.

11 h. 25 : « Je vois de jolies choses orientales... des petits théâtres. C'est très joli ». Aucune association.

11 h. 30 : « Vous êtes Victor (il s'appelle Victor). Vous êtes Victor, et moi aussi je suis Victor. Nous sommes le même, en double... le même ». Héautoscopie projetée sur nous, difficile à faire préciser par le malade:

11 h. 45 : « Je vois des ondulations, des vagues très claires ».

12 h. 15 : « Ça va... Je vois encore des images... mais je sens qu'on agit sur moi (?) ». Reste euphorique. Sourires béats.

12 h. 30 : largactil, 50 mgr. intramusculaires. Somnolence allant progressivement jusqu'au sommeil.

Le 17-3-56 : état identique à celui de l'avant-veille. Se souvient de ses hallucinations colorées, mais ne les critique pas. D'abord très réticent sur son délire, finit par l'extérioriser.

Le 21-3-56 : calme. Narco : n'extériorise aucun trouble psycho-sensoriel véritable, en particulier aucune hallucination psychique.

Est interné deux jours plus tard, en raison des conditions sociales et à la suite d'une reprise anxieuse de son délire.

Obs. III. — M. Josette, 22 ans, hospitalisée le 21-3-56 pour une schizophrénie avec idées délirantes mystiques évoluant depuis deux mois. Très négativiste à l'entrée, barrages, dissociation de la pensée.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 26-3-56 à 10 h. 30.

10 h. 35 : envie de vomir ; pouls à 120.

10 h. 40 : mydriase. N'accuse aucun trouble de la perception.

10 h. 55 : parle alors volontiers durant une heure ; déclare « qu'elle doit se marier... mais ne peut pas encore car elle est malade... ». Extériorise tout un fond névrotique avec préoccupations sexuelles. Très puérile par moments... « Les médecins vont me guérir, puis je me marierai ». Raconte une mystérieuse histoire de fiançailles avec un inconnu qu'elle n'a jamais revu, mais qui l'attend.

12 h. 30 : troubles de la perception. Hallucinations colorées stati-

ques, puis mouvantes, projetées sur le mur en face d'elle. A eu pendant quelques minutes une impression de partage de son corps : « Le côté gauche, le côté du cœur, c'est moi, c'est une femme, mais le côté droit, c'est un homme, et c'est pourquoi je ne pourrai jamais me marier ». Pleure.

12 h. 50 : largactil intramusculaire, 50 mgr.

Le lendemain, nette amélioration, ébauche de critique. Narco : très axée sur une histoire sentimentale très platonique et sans doute imaginaire.

Réaggravation dans les jours suivants.

Cure de Sakel commencée le 29-4-56 ; tentative de suicide.

Cure non encore terminée.

Obs. IV. — M. Germaine, 19 ans. Hospitalisée le 9-3-56. Jeune fille aux antécédents chargés (mère internée). Entrée dans un état d'anxiété confusionnelle avec idées délirantes de persécution assez polymorphes, et anxiété grave.

Extériorise sous narco quelques troubles psycho-sensoriels, en particulier hallucinations psychiques, avec vague délire de persécution. Comportement très apragmatique. Crises d'excitation. Discordance. Schizophrénie hétéroforme ?

Traitement : mescaline intraveineux, 500 mgr. le 28-3-56 à 10 h. 40.

10 h. 45 : excitation importante, quelques nausées, pouls à 100.

10 h. 50 : devient très euphorique.

10 h. 50 : très euphorique.

10 h. 55 : visage béat, rires continuels. Mydriase ++, polypnée.

11 h. : réflexes tendineux très vifs, extrémités froides mais ne parle pas, pousse seulement de petits cris. Mimiques d'intense satisfaction.

11 h. 5 : « Je regarde le diable... (comment est-il ?)... oh ! chaque fois, ça recommence... Toutes les couleurs ? »

11 h. 10 : « c'est très joli » (?).

11 h. 15 : a voulu se lever. Petit évanouissement.

11 h. 30 : redevient béate. Pouls à 100. « Je vois un peu de tout, ça recommence »... Nombreux sourires. Rit d'ailleurs chaque fois qu'on le lui suggère. Balance sa tête.

11 h. 45 : euphorique et somnolente.

11 h. 50 : injection intramusculaire de 50 mgr. de largactil.

17 h. : malade éveillée et souriante.

Les jours suivants, la malade est calme, semble améliorée. Narco le 13-4-56 : la malade critique assez bien son délire ancien. Elle ne semble plus ressentir de troubles psycho-sensoriels.

Rémission, et sort guérie le 11-6-56.

Obs. V. — T. Louis, 22 ans. Hospitalisé le 24-2-56, pour une schizophrénie hétéroforme. Comportement très bizarre ; incohérence.

Idées délirantes multiples. Agitation et crises de violence. Ambivalence. Test de Rorschach typique d'une hébéphrénie.

Traitement : mescaline, 300 mgr. le 1-3-56 à 11 h. 20.

11 h. 35 : pouls rapide à 100, polypnée (22/m.), pas de mydriase.

11 h. 40 : « Je vois des bouteilles de lait... Je vois des rayons, des rayons X, verts et jaunes ».

« Je revois mon enfance, quand j'étais à l'école... »

« C'est à la suite des inondations, ça m'a tourné la tête, dans la tête. J'ai eu des pressions qui m'ont forcé à venir ici, des pressions dans la tête... »

« C'était le cinéma dans la tête... Je vois des ombres qui s'ajoutent. »

Tendance à une symbolisation visuelle des problèmes posés par sa situation. Rationalisme « géométrique ».

« Je vois des notes de musique, des accords. »

12 h. : pouls à 86, respiration à 17, mydriase.

« Je vois un geste, une parole... dans vous... des atomes. »

« Mon père, je ne m'en occupe pas... Je n'en veux pas. Si, je l'aime bien, pour des raisons pécuniaires, en tout et pour tout. »

...« Non, je ne veux pas fumer, j'ai trop fumé, c'est écrit sur mes livres » (il épelle ses mots).

12 h. 10 : il est de plus en plus difficile de sortir le sujet de son état de demi-sommeil, entrecoupé de quelques gestes brusques, d'éternuements.

« Je sens que je suis mon ombre..... »

Il semble rechercher le sommeil, se retourne dans son lit.

« Je veux de la peinture blanche » (?).

12 h. 15 : de plus en plus somnolent. « Je cherche du blanc propre pour respirer dans un air pur. »

12 h. 30 : « Je vois de la pluie. » Mimiques d'euphorie, de béatitude; sourires.

12 h. 35 : largactil intramusculaire, 50 mgr. ; somnolence.

Le lendemain : état inchangé.

3-3-56 : à nouveau, mescaline, 500 mgr. intraveineux à 11 h.

11 h. 5 : hyperémotivité, pouls à 100, excitation.

11 h. 15 : voit de nombreuses couleurs ; impression que sa chambre change.

12 h. 30 : héautoscopie. « Je vois un jeune homme au-dessus de mon lit. C'est moi... mais moi, je ne suis pas là... Je suis au-dessus. C'est moi, je me vois couché sur mon lit. »

11 h. 45 : mydriase ++. « Je vois du blanc, dit-il, en synchronisation, en radiations. » Mais il est plongé dans un état stuporeux dont il est assez difficile de le sortir.

12 h. 15 : largactil intramusculaire, 50 mgr.

12 h. 30 : profond sommeil.....

.....

18 h. : à peu près éveillé. Contact facile. « Excusez-moi, ma tenue est malpropre, mais je suis mieux, maintenant... » « Je crois que j'ai dormi, mais je ne m'en souviens pas bien. »

« Il y a du lait sur le visage des enfants... pour leur sauver la face (?)... »

On lui parle de son cinéma dans la tête. Il sourit.

Reste bien discordant, et dès qu'on ne lui parle plus retombe dans son état d'indifférence, mangeant sans conviction.

Evolution : après une rémission transitoire de l'état d'excitation, devient très dangereux et violent. Impulsions clastiques.

Internement le 5-3-56.

Obs. VI. — M. Hélène, 21 ans. Hospitalisée le 7-3-56 pour un syndrome schizophrénique sur fond névrotique évoluant par accès négativistes, avec crises cataleptiques hystériques.

Rentrée dans un état de négativisme absolu.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 9-2-56 ; élévation du pouls, polypnée, larmolement durant quelques minutes. Reste bloquée et ne parle pas.

Largactil une heure après. Etat inchangé.

Sortie de cet état après trois électrochocs. Amnésie complète, lacunaire pour l'accès récent. Rechute rapide.

Internement.

Obs. VII. — F. Esther, 27 ans. Hospitalisée le 29-11-55 pour une schizophrénie paranoïde avec délire incohérent à thème de filiation princière, idées mystiques, idées d'éternité, etc..., évoluant depuis 15 mois. Gros troubles du comportement.

Traitement : mescaline, 300 mgr. le 13-12-56 à 9 h. ; état hyperthy-mique, rires, sanglots, puis rires. Alternatives de gaieté extrême et de tristesse.

« On m'amuse, on m'a mis de la graine de savant dans la tête. » Refuse de s'engager sur ses anciennes idées délirantes.

Une heure et demie après : largactil intramusculaire, 50 mgr.

Aucune modification.

Le lendemain, à nouveau mescaline, 500 mgr. intraveineux. Extériorisation d'idées délirantes très paranoïdes (Palais de Monaco, foules de malades atteints de choléra qui meurent en se tordant de douleur. « Je suis sous l'influence du tableau d'Israël, etc... »).

Puis s'enferme dans un autisme dédaigneux.

Largactil, 50 mgr.

Aucune rémission dans les jours suivants. Cure de Sakel. Sort à la fin de celle-ci, le 26-2-56, mais pronostic très réservé.

Obs. VIII. — B. Donàte, 27 ans. Hospitalisée le 24-12-55 pour une schizophrénie de forme simple évoluant depuis un an et demi sans

traitement. Tableau de « démence précoce fixée ». La malade paraît très hallucinée.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 4-1-56 ; fous-rires immotivés, petite réaction émotionnelle. « Je suis bien mal, c'est mon père qui m'a amenée l'autre jour. J'étais malade. Vous m'avez toute tournée avec cette piqûre... »

N'extériorise aucun délire, aucun trouble psycho-sensoriel.

Une heure après, largactil intramusculaire, 50 mgr.

Le lendemain, à nouveau mescaline, 500 mgr. intraveineux : réaction émotionnelle simple. Aucun trouble psycho-sensoriel. Largactil.

Deux jours plus tard, à nouveau mescaline, 500 mgr. : nausée. Toux fréquente. Ne délire pas. Une heure après, largactil, 50 mgr.

Evolution : pas d'amélioration. Mise en cure de Sakel. Sort à la fin de celle-ci, très améliorée. Va bien le 24-5-56.

Obs. IX. — S. Antonia, 28 ans. Hospitalisée le 21-9-55 pour une schizophrénie hébéphréno-catatonique évoluant depuis plusieurs années, déjà traitée par deux cures de Sakel, et leucotomie. Réhospitalisée pour gros troubles du comportement, apragmatisme. Très dissociée, hébétée, démence profonde avec détérioration mentale objectivée par une encéphalographie montrant une importante atrophie corticale.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 19-10-55 ; s'est mise quelque temps à crier : « On va me tuer ». Paraissait très hallucinée. 1 h. après, injection d'une ampoule de 50 mgr. de largactil. Pas de changement.

Le jour suivant, nouvelle séance de mescaline-largactil : aucun effet.

Evolution : pas d'amélioration. Internement.

Obs. X. — F. Joseph, 25 ans. Hospitalisé le 2-3-56 pour une schizophrénie avec syndrome d'influence, avec hallucinations verbales auditives et psychiques.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux. Grosse obnubilation, vomissements, salivation abondante.

Etat de collapsus assez grave traité par syncortyl et tonicardiaques. Largactil, 50 mgr. une heure après. N'a pas déliré, n'a extériorisé aucun trouble psycho-sensoriel.

Aucune amélioration. Très négativiste. Devient dangereux et violent. Interné quelques jours plus tard.

Obs. XI. — D. Marinette, 36 ans. Hospitalisée le 5-1-56 pour un syndrome schizophrénique évoluant depuis plusieurs années. La malade est parfaitement indifférente, enfermée dans un autisme profond ; le contact est très difficile, les barrages nombreux ; ébauches d'attitudes catatoniques. Test de Rorschach confirmant le diagnostic de schizophrénie catatonique.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 21-1-56 ; peu de

réaction. La malade pleure, demande à revoir sa mère, et déclare voir « une image rose dans la pièce ». On n'extériorise aucun délire. Largactil une heure après. Aucun résultat.

Trois jours plus tard, nouvelle injection de mescaline : 500 mgr. Réaction hyperémotive ; ni délire, ni hallucination. Largactil, une heure après.

Evolution : pas de rémission nette. La malade reste enfermée dans son autisme ; très incohérente. Internement quelques jours plus tard.

Obs. XII. — D. Michel, 31 ans. Hospitalisé le 26-3-36 pour une schizophrénie délirante de type paranoïde ; déjà traité par cure de Sakel, avec rémission de six mois.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 28-3-56 à 10 h. 40.  
10 h. 45 : quelques nausées, malade calme.

10 h. 50 : « J'y vois un peu de toutes les couleurs, marron surtout... les murs... des fois, je les vois un peu tordus. » Pouls : 85.

10 h. 55 : pleure par petits sanglots. Mydriase bilatérale, réflexes tendineux très vifs. Pleurs paraissant immotivés. « C'est l'âme des personnes qui me fait pleurer (?). » Aucune association.

11 h. 5 : plus calme.

11 h. 15 : « Je vois des couleurs... du violet, surtout... je pense un peu à la famille. » Nous rappelle ensuite ses hallucinations auditives : « Les voisins me traitent de vilains noms, toute la nuit... on m'a ennuyé... dans les quartiers. J'habite chez un marchand de vin qui me cassait des grenouilles (*sic*)... Il cherchait toujours à compliquer. Il m'ennuie encore maintenant, continuellement. »

11 h. 20 : pleure à nouveau, par hoquets.

11 h. 30 : calme.

11 h. 45 : assez obnubilé. Largactil intramusculaire, 50 mgr. : somnolence durant quelques heures.

Evolution : légère rémission. Tendance à critiquer ses idées de persécution. Une cure de Sakel est à nouveau entreprise. Etat stationnaire le 15-5-56.

Obs. XIII. — P. Thérèse, 29 ans. Hospitalisée le 23-3-56 pour une schizophrénie fixée, de type simple, évoluant depuis plus de 3 ans.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 26-3-56 à 9 h. 10. Nausées, vomissements, mydriase, vertige.

9 h. 15 : sourires béats. Refuse de parler.

9 h. 50 : somnolente, pouls assez faible. Réflexes tendineux vifs.

10 h. 40 : n'a pas parlé. Reste nauséuse, légèrement dyspnéique.

11 h. : injection de largactil, 50 mgr.

Evolution : légère amélioration, sort un peu de son autisme et de son état d'indifférence. Reprise par la famille.



Obs. XIV. — B. Monique, 26 ans. Hospitalisée le 14-3-56 pour une schizophrénie de forme paranoïde ancienne, déjà traitée par cures de Sakel et leucotomie. Très négativiste à l'entrée.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 15-3-56 à 11 h. Larmolement, mydriase rapide.

11 h. 5 : « Je vois des murs très clairs. Je ne croyais pas que vous étiez si blanc. »

11 h. 15 : mydriase très importante. Sensations nauséuses.

11 h. 25 : paraît dans un état d'ivresse béate. Très mécontente qu'on essaie de l'en sortir. « Je ne vois rien, je vous dis... fichez-moi la paix. »

11 h. 30 : paraît somnolente. Pousse quelques gémissements.

11 h. 45 : réflexes tendineux très vifs. Refuse de parler.

12 h. 15 : injection intramusculaire de 50 mgr. de largactil : somnolence.

17 h. 30 : parfaitement réveillée. Paraît un peu moins négativiste. Déclare ne se souvenir de rien.

Evolution : aucune amélioration dans les jours suivants. Attitudes identiques. Négativisme complet. Couchée en chien de fusil, refuse de parler et de s'alimenter. Internement.

Obs. XV. — G. Yvonne, 38 ans. Hospitalisée le 5-3-56 pour un syndrome schizophrénique évoluant depuis près de dix ans, avec idées délirantes polymorphes, phases d'excitation intellectuelle. Fond mental débile.

Traitement : mescaline intraveineuse, 500 mgr. le 24-3-56 à 10 h.

10 h. 5 : état d'excitation intense, pouls à 100, polypnée.

10 h. 10 : visions colorées multiples. Aucune association.

10 h. 30 : agitation anxieuse. Se lève. « Mais qu'est-ce qui m'arrive? »

10 h. 45 : mydriase importante, réflexes tendineux très vifs.

« Je ne veux plus rester. Je ne sais pas pourquoi... je vois des images. Je ne sais pas ce qu'elles représentent. »

10 h. 55 : la malade n'est plus anxieuse. Etat d'ivresse béate. Euphorie.

11 h. 15 : largactil, 50 mgr. intramusculaire : somnolence.

A 17 h. : bien éveillée. Ne se souvient pas de l'épreuve.

Evolution : nette rémission. Peut rentrer chez elle, quelques jours plus tard (mais a dû être internée, un mois après).

Obs. XVI. — P. Françoise, 31 ans. Hospitalisée le 4-3-56 pour un syndrome schizophrénique de forme hétérocatatonique évoluant depuis cinq ans. Traitements antérieurs par électrochocs et insuline. Rorschach en faveur d'une forme catatonique.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 7-4-56 à 16 h. Pleure, rit, déchire le papier qu'on lui tend. Rires en saccades, parais-

sant immotivés. Aucune hallucination, aucun trouble (extériorisé) des perceptions visuelles.

16 h. 45 : « Mon père est mort tuberculeux... pourquoi je suis partie? Vous ne le saurez pas. Cet hôpital est un enfer, c'est l'enfer. Mais vous savez tout. Je n'ai rien à vous dire. » Rires fréquents. Interrogatoire à peu près impossible.

16 h. 30 : « J'ai chaud. C'est l'électricité (?). »

17 h. : largactil intramusculaire, 50 mgr. : somnolence.

Aucune amélioration. Internement.

Obs. XVII. — V. Nelly, 29 ans. Hospitalisée le 14-1-56 pour une schizophrénie simple, ancienne, déjà traitée par cures de Sakel multiples. Tableau de schizophrénie simple. A l'entrée : parasitisme mimique, rationalisme morbide, ébauche de jargonophasie. Malade calme.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux : petite réaction émotive, mais blocage absolu. « Vous le savez bien », répète-t-elle seulement. 50 mgr. de largactil une heure après.

Nouvelle épreuve, deux jours après : petit état d'excitation, vomissements. 50 mgr. de largactil 1 heure et demie après.

Pas d'amélioration. Reprise cependant par sa famille qui refuse l'internement.

Obs. XVIII. — M. Marie, 45 ans. Hospitalisée le 20-12-56 pour un délire chronique. Rentre dans un état d'excitation anxieuse.

Traitement : mescaline, 400 mgr. intraveineux le 20-1-56 : état d'excitation intense. Très agressive. Prétend qu'on veut la tuer. Vomissements. Extériorise un délire de persécution mal structuré. Largactil une heure après.

Evolution : pas d'amélioration.

(Secondairement, à la suite d'une hystérectomie pour fibrome, a pu rentrer chez elle).

Obs. XIX. — L. Lucienne, 40 ans. Hospitalisée le 27-3-56 pour un délire chronique hallucinatoire (en partie hallucinosique d'ailleurs, majoré et cultivé curieusement par la malade). Evolue depuis 4 ans.

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 29-3-56 à 9 h. 50 : « Je sens que ça me pénètre dans tout le corps. dit-elle d'emblée, ça me monte des pieds, des bras, dans la tête... »

9 h. 55 : état nauséux, pouls petit à 110.

10 h. : assez somnolente. Mydriase bilatérale.

10 h. 15 : « Pourquoi on veut toujours me faire du mal, à moi... ce n'est pas bien. » « ...Jésus sera toujours là. Mes deux grandes seront près de moi... J'ai trop souffert. »

10 h. 20 : « Qu'est-ce que c'est que cette piqûre?... Je vois une ampoule. C'étaient des cygnes que je voyais au plafond. » « J'ai tant pleuré. Pourquoi tout ça ? Soyez ma force, Jésus. »

10 h. 25 : « Seigneur, ne m'abandonnez pas... On veut me faire mourir. Je vois une petite lumière, elle brille, c'est une flamme. »

10 h. 30 : pouls 90. Malade plus calme.

« Je vois toujours cette lumière qui est jolie, qui brille, comme des diamants... des diamants, j'aurais bien voulu en avoir, mais je suis trop pauvre. Non, je ne me plains pas... puisque j'ai Jésus... vous êtes là, ma force, ma lumière » (associations nombreuses, de type maniaque). « La belle lumière qui brille, des diamants... » « Ils me font du mal, mais moi, je veux ce qui est vrai et pur. »

10 h. 40 : pouls 85. Parle toujours, logorrhée de type maniaque. Rien de véritablement délirant. Prie, parle de ses deux enfants. Paraît très sensible à tous les bruits (remarque le froissement de nos feuilles). Voit toujours « la lumière qui brille... une petite fenêtre... Il y a un carreau ». Parle avec un personnage imaginaire. Dialogue où elle fait les demandes et les réponses.

10 h. 45 : réflexes tendineux plus faibles. « C'est abominable, n'est-ce pas ? que la terre tout entière me fasse du mal à moi, si petite... Une étoile, il faut qu'elle brille... » Continue à parler avec son interlocuteur imaginaire. Prend un plaisir certain à parler.

10 h. 50 : largactil intramusculaire, 50 mgr. : somnolence.

17 h. : malade calme.

Le lendemain, calme. Déclare se sentir beaucoup mieux. « Je suis bien reposée... et mes voix se sont éloignées... Ils me tracassent beaucoup moins souvent... Je me rappelle ce que je voyais hier... c'était beau... mais trop pénible... je ne veux pas recommencer. »

Nouvelle épreuve le 31-3-56 : 500 mgr. de mescaline intraveineuse à 9 h. 30.

9 h. 35 : somnolence.

9 h. 40 : commence à s'exciter.

9 h. 45 : à nouveau très logorrhéique.

10 h. : pleure. « Mais pourquoi... je n'ai rien fait. »

10 h. 5 : « Nous sommes des Allemands. Tu vois, on ne veut pas que tu habites dans cette maison (?). » Recommence son dialogue imaginaire.

10 h. 15 : « C'est des gens qui me voulaient du mal. Veux-tu sortir de cette maison, tu ne vois pas que la maison est inventée... »

10 h. 20 : « Des guerres, moi, j'y suis pour rien. On se venge » (à qui parlez-vous ? « C'était ce que j'avais dans la tête ». Puis se remet à dialoguer. Dialogue à plusieurs voix. Hallucinations nombreuses, revoit de nombreuses scènes... « A Dieppe, dit-elle, ils sont contre la fenêtre. »

10 h. 30 : continue à parler toute seule, sans arrêt. Semble moins impressionnée par le côté lumineux et coloré de ses hallucinations. Cutanés plantaires en flexion. Tendineux très vifs.

10 h. 40 : continue à dialoguer, sans arrêt. Eclats de voix. Devient très véhémement, puis triste.

10 h. 50 : largactil, 50 mgr. intramusculaires : somnolence.

Le 5-4-56 : injection de 10 cc. d'eau distillée intraveineuse : même ambiance. Recommence à parler seule. Reconnaît seulement qu'elle est moins fatiguée, et que la lumière et les formes qu'elle voit sont normales.

Le 6-4-56 : troisième épreuve à la mescaline ; même excitation logorhémique. On a l'impression que la malade se complait dans cet état.

Evolution : pas de changement notable. Est cependant reprise par sa famille quelques jours plus tard.

Obs. XX. — S. Edmée, 49 ans. Hospitalisée pour un délire hallucinatoire chronique avec idées de persécution, d'ensorcellement, syndrome d'influence (délire à deux, avec un ami psychopathe lui-même et fermement convaincu des idées délirantes de la malade).

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 27-3-56 à 10 h.

10 h. 05 : vomissements alimentaires. Pouls à 100. Mydriase.

10 h. 10 : « Je n'y vois plus, où suis-je ? »

10 h. 12 : « J'y vois tout trouble... ma raison sombre... »

10 h. 20 : agitation +++ ; se lève et embrasse les malades hommes.

10 h. 25 : « Le plafond est tout tordu... tout tourne... »

10 h. 30 : très gémissante. « Ma raison sombre... mais c'était vrai... c'est tout ça que le Bon Dieu m'a donné... je suis perdue... ayez pitié de moi. » ...« Je vois des couleurs... Qu'est-ce qu'on a fait pour me mettre ici... C'est pas possible comme ça... ça n'est pas normal... et les autres disent rien... qu'est-ce que c'est que ça... Je vois des ombres violettes, chinoises. »

10 h. 35 : haletante, s'agrippe à nous. « Ça ne va pas ça... qu'est-ce que c'est que cette histoire de flûte... mon cerveau est comme ci, comme ça... » « Non, je n'entends plus ces gens, mais ma raison sombre... je vois des ombres, des fantasmagories... Docteur, ayez pitié de moi... »

10 h. 40 : « Je ne vois pas clair... Il y a des ci, des là... c'est pas possible... Je vois ce que c'est, on a voulu me faire peur (?). »

10 h. 42 : « Tout chavire... j'étais bien une marionnette... Fantasmagorie, tout ça... c'était bien vrai... c'est pas la peine de rester comme ça, s'il y a tant de choses sur terre... il vaut mieux être sous terre. » « C'est cette piqûre que vous m'avez donnée... Oh ! la pauvre fille... c'est pas elle qui a fait ça. »

10 h. 45 : « Tout ce cinéma... et tout cet homme, c'est vous cet homme imaginaire... c'est pas possible... c'est pas moi qui ai fait cette histoire... tout le temps, ça va être cette machination » (mais ne parle plus des voix qu'elle entendait).

10 h. 50 : plus calme. Réflexes très vifs. Pouls à 95.

10 h. 55 : 50 mgr. de largactil intramusculaire.

11 h. 15 : dort.

17 h. : malade calme mais réticente.

Evolution 28-3-56 : La malade est très méfiante et réticente, restant inquiète. Elle finit par extérioriser ses hallucinations et ses idées de persécution. Internement.

Obs. XXI. — M. Francine, 20 ans. Hospitalisée le 10-4-56 pour un état dépressif assez atypique évoluant depuis huit mois sur un fond de débilité mentale. Un test de Rorschach a permis d'éliminer le diagnostic de schizophrénie, mais confirmé celui de débilité. La malade a cependant quelques obsessions à la limite du trouble xénopathique vrai. Elle est inquiète. Très suggestible à l'interrogatoire. Repli autistique fréquent. Troubles du comportement assez discrets. Echecs. Le diagnostic porté est celui de « névrose caractérielle chez une débile. »

Traitement : mescaline, 500 mgr. intraveineux le 12-4-56, à 9 h. 30.

9 h. 40 : excitation + + +. Mydriase. Voit des squelettes.

9 h. 45 : « J'appelle mon père. » « Oh ! je rétrécis... je suis élastique... je suis en nylon... je vois des squelettes. »

9 h. 50 : reste très anxieuse. « Non... on est à l'enfer. »

10 h. : à nouveau assez agitée.

10 h. 10 : « Je suis à l'enfer... tout est à l'envers... c'est de la pourriture. C'est l'enfer. »

10 h. 20 : « C'est l'enfer. »

10 h. 40 : injection de 50 mgr. de largactil. entraîne un profond sommeil.

17 h. : La malade est calme et reposée. Elle sourit : « Je voyais des étoiles... et des images colorées... puis l'enfer... des flammes, des faits horribles (?)... » « C'était dans ma tête. »

Evolution, 14-4-56 : très calme. Détendue. Aucun signe de schizophrénie. 16-4-56 : très mauvais souvenir de son épreuve de mescaline. « Je croyais être en enfer. J'étais toujours la dernière, tout le monde me poussait. Il y avait des serpents de toutes les couleurs qui crachaient des flammes. Mon corps se décomposait. Les murs étaient de toutes les couleurs, des gens passaient à travers. »

La malade subit alors une série de narco-analyses qui permettront d'extérioriser un fond névrotique ancien. Au cours de ces séances, elle parlera souvent de ses souvenirs de mescaline.

Nettement améliorée, elle quitte le service un mois plus tard.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1) BERINGER (K.). — Der Meskalinrausch. Springer, Berlin, 1927.
- 2) DELAY (J.) et GÉRARD (H.-P.). — L'intoxication mescalinique expérimentale. *L'Encéphale*, 37, 1948, p. 196-235.
- 3) DELAY (J.) et GÉRARD (H.-P.). — Les illusions de la mescaline. *L'Encéphale*, 39, 1950, p. 55-63.
- 4) DELAY (J.), GÉRARD (H.-P.) et ALLAIX (D.). — Illusions et hallucinations de la mescaline. *Presse médicale*, 81, 25 déc. 1949, p. 1210-1211.

- 5) DENBER (H. C. B.). — Mescaline-chlorpromazine : nouvelles techniques thérapeutiques. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française*, 1955, Nice.
  - 6) DENBER (H. C. B.) et MERLIS (S.). — A note on some therapeutic implications of the mescaline induced state. *Psychiatric Quart.*, 28, 1954, p. 635-640.
  - 7) EY (H.) et RANCOULE (M.). — Hallucinations mescaliniques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique. *L'Encéphale*, 23, 1938.
  - 8) MARAZZI (A. S.) et HART (E. R.). — Relationship of hallucinogens to adrenergic cerebral neurohumors. *Science*, 121, 1955, p. 365-368.
  - 9) MAUREL et WILHEM. — Intérêt clinique de l'épreuve mescalinique au cours de certains syndromes psychiatriques. *Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy*, séance du 27 novembre 1954.
  - 10) SCHWARTZ et BICKFORD (R. G.). — Reversibility of induced psychosis with chlorpromazine. *Proc. of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, 30, septembre 21, 1955, 19.
  - 11) SCHWARTZ (E.), WAKIN (G.), BICKFORD (R. G.) et LICHTENHELD (R.). — Behavior and electroencephalographic effects of Hallucinogen drugs. *Arq. of Neurol. and Psychiatr.*, 75, January 1956, n° 1.
  - 12) DELAY (J.), DENIKER, ROPERT et THUILLIER. — Antagonisme de la mescaline et de la chlorpromazine. *Société de biologie*, 24 mars 1956.
  - 13) VERDEAUX (G.) et MARY (R.). — Action sur l'électroencéphalogramme de substances pharmacodynamiques d'intérêt clinique. *Revue neurologique*, 91, n° 6, 1954, p. 405-427.
-