

Académie royale
des
Sciences coloniales

CLASSE DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires in-8°. Nouvelle série.
Tome V, fasc. 5 et dernier.

Koninklijke Academie
voor
Koloniale Wetenschappen

KLASSE DER NATUUR- EN
GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Verhandelingen in-8°. Nieuwe reeks.
Boek V, aflev. 5 en laatste.

Psychoses et névroses en Afrique centrale

PAR

J. VYNCKE

MÉDECIN DU GOUVERNEMENT
A USUMBURA (RUANDA-URUNDI).



Avenue Marnix, 30
BRUXELLES

Marnixlaan, 30
BRUSSEL

1957

PRIX : F 200
PRIJS :

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES

MÉMOIRES

KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR KOLONIALE
WETENSCHAPPEN

VERHANDELINGEN

CLASSE DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES
KLASSE DER NATUUR- EN GENEESKUNDIGE
WETENSCHAPPEN

TABLE DES MÉMOIRES
CONTENUS DANS LE TOME V

VERHANDELINGEN BEGREPEN IN BOEK V

1. Géochronologie africaine 1956 (161 pages, 1 figure, 1957) ;
par A. HOLMES et L. CAHEN.
 2. Recherches antituberculeuses (96 pages, 1957) ; par J. ANDRÉ.
 3. Quelques algues des rapides de la Ruzizi à Bugarama (Ruanda-
Urundi) (64 pages, 9 planches, 1957) ; par H. KUFFERATH.
 4. Sur l'état actuel du problème des bilharzioses en Afrique
centrale et particulièrement au Congo belge (84 pages,
1 figure, 1957) ; par J. SCHWETZ.
 5. Psychoses et névroses en Afrique centrale (136 pages, 1957) ;
par J. VYNCKE.
-

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES

Classe des Sciences naturelles et médicales

MÉMOIRES

KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR KOLONIALE
WETENSCHAPPEN

Klasse der Natuur- en Geneeskundige
Wetenschappen

VERHANDELINGEN

Nouvelle série — Nieuwe reeks

In-8° — V — 1957

Avenue Marnix, 30
BRUXELLES

Marnixlaan, 30
BRUSSEL

1957

IMPRIMERIE J. DUCULOT

S. A.

GEMBLOUX

Psychoses et névroses en Afrique centrale

PAR

J. VYNCKE

MÉDECIN DU GOUVERNEMENT
A USUMBURA (RUANDA-URUNDI).

Mémoire présenté à la séance du
24 novembre 1956.
Rapporteurs : MM. A. DUBOIS et A. DUREN.

AVANT-PROPOS

Ce travail a été réalisé à l'Hôpital Prince Régent Charles à Usumbura.

En charge de la Section de Médecine interne depuis novembre 1951 jusqu'au mois de mai 1954, nous nous sommes efforcé d'y créer un Service de Psychiatrie.

Nous tenons à remercier M. le Dr BAUDART, Médecin-chef des Services Médicaux du Ruanda-Urundi et M. le Dr STEYAERT, Médecin-Directeur de l'Hôpital Prince Régent Charles, qui nous ont laissé toute liberté quant à l'organisation de ce service.

Nous remercions spécialement le Dr BAUDOUX qui, chargé d'une mission psychiatrique au Congo en 1950, nous a, depuis lors, guidé dans nos différents stages psychiatriques, et M. le Professeur NYSSSEN, de l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann à Bruxelles, qui nous a permis d'effectuer un stage intéressant et instructif dans son service.

Nos remerciements vont également aux Révérendes Sœurs Infirmières, les infirmiers et aide-infirmiers indigènes qui, détachés au Service de la Médecine interne, ont non seulement accepté de soigner les malades mentaux dans leurs différentes salles, mais l'ont fait avec amour, tact et compréhension.

Parmi le personnel infirmier indigène, nous devons une reconnaissance spéciale à l'Assistant médical indigène, MASUMBUKO Pie, qui nous a été d'une aide inappréciable de tous les jours dans l'examen et l'interrogatoire des malades.

Le Professeur Dr P. G. JANSSENS de l'Institut de Mé-

decine Tropicale « Prince Léopold » à Anvers et le Dr Jacques RAVESCHOT de Duffel ont bien voulu, après lecture du manuscrit, nous faire part de certaines critiques et suggestions, pour lesquelles, nous leur demandons de bien vouloir trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

Psychoses et névroses en Afrique centrale

1. INTRODUCTION

Dans ce travail, nous étudions les psychoses et les psychonévroses telles qu'elles se présentent chez les populations de l'Afrique centrale et spécialement des territoires du Ruanda-Urundi.

Cette étude s'occupe avant tout des psychoses et des psychonévroses des populations autochtones.

En appendice, nous donnons quelques chiffres et quelques considérations sur les affections psychiatriques des Européens et Asiatiques, qui vivent parmi les populations indigènes. Nous n'avons pas développé cette partie de notre étude.

Non que le problème psychiatrique européen dans les tropiques ne soit pas d'importance. Au contraire.

Mais nous trouvons qu'il faut d'abord étudier les affections mentales chez l'indigène. A notre connaissance, il y a très peu d'études faites au Congo belge et au Ruanda-Urundi, dans ce domaine. Il est urgent, à notre avis, de s'en occuper, non seulement dans un but curatif, mais également et surtout dans un but préventif.

Il faut se rendre compte que nos populations indigènes sont en pleine évolution, en plein « *cultural change* ». Nous savons que chaque changement, que chaque bouleversement dans les habitudes, les coutumes, les croyances pose de graves problèmes d'adaptation à ceux qui y sont soumis. Si cette adaptation ne se fait pas ou se fait mal, des sentiments d'insécurité, de frustration,

avec toute la gamme des tensions émotionnelles, peuvent se développer et constituer un terrain propice à l'éclosion de troubles psychiques graves.

La prévention de ces troubles est une des grandes tâches de la psychiatrie indigène. Non moins grande est la tâche du traitement précoce des affections mentales. La psychiatrie a fait, dans les dernières années, des progrès énormes. Il est actuellement possible, dans une très grande mesure, de prévenir le passage à la chronicité de ces troubles, pourvu qu'on s'y attaque à temps.

L'importance de ce fait n'échappera à personne, si l'on pense aux frais énormes qu'imposent à la Société ces cas chroniques, tant par les soins qu'ils réclament pour le restant de leurs jours que par les constructions coûteuses que nécessite leur hospitalisation.

PREMIÈRE PARTIE

Généralités.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION :

CONDITIONS DANS LESQUELLES CE TRAVAIL A ÉTÉ EFFECTUÉ

Ce travail a été effectué non pas dans un hôpital psychiatrique, mais dans un Hôpital de Médecine générale : l'Hôpital Prince Régent Charles à Usumbura.

Les malades, qui font l'objet de nos observations, provenaient :

1) En partie du Service de Médecine Interne. C'est le cas pour la plupart des psychonévroses ;

2) En partie, ils étaient envoyés par les médecins des autres postes du Ruanda-Urundi et des provinces environnantes, ou par les médecins spécialistes attachés à l'Hôpital ;

3) Une partie nous était directement amenée par le Service de l'Ordre Public ou par les autorités coutumières indigènes. C'était le cas pour les éléments dangereux dont le comportement troublait l'ordre public ;

4) Enfin un certain nombre de cas était envoyé pour mise en observation en vue de déterminer leur responsabilité mentale dans les actes asociaux ou indéliçats qu'ils avaient commis.

Nous ne connaissons pas de précédent en Afrique d'un hôpital de médecine générale où ont été admis pendant une période assez longue (2 1/2 ans — actuellement presque 5 ans) tous les malades mentaux qui se présentaient ou qui y furent envoyés. On n'a fait aucune distinction parmi eux. On acceptait aussi bien les agités que les calmes. Ils furent hospitalisés dans les salles communes de la Médecine interne (180 lits). On trouvait dans ces salles des schizophrènes à côté des cas d'affection gastro-intestinale, etc.

Pour les malades les plus difficiles et les plus agités, on disposait de 8 cellules d'isolement. On y mettait souvent les cas d'agitation furieuse, les premières heures ou les premiers jours de leur entrée à l'hôpital. Personne n'y restait d'ailleurs longtemps. Nous reviendrons là-dessus dans le chapitre du traitement. Aucune salle n'était fermée à clef. Les portes de l'hôpital étaient grandes ouvertes, nuit et jour. Nous avons toujours un nombre assez grand de cas en observation pour expertise mentale. La plupart d'entre eux avaient commis des meurtres, incendié des cases, attaqué et blessé des gens. Ils étaient en salle avec d'autres malades, autant que possible dans la salle réservée aux prisonniers malades. Théoriquement, un policier indigène montait la garde devant cette salle. Mais il était souvent en « position fictive » et on retrouvait les malades, dont il avait la surveillance, se promenant dans les corridors de l'hôpital ou même devant l'entrée de l'hôpital, regardant les passants.

Il y avait des salles pour hommes et des salles pour femmes, les unes à côté ou en face des autres et facile-

ment accessibles aux uns et aux autres. Ceci ne nous a pas donné ou très peu de complications. En tout cas, pas plus que l'on n'en rencontre dans la vie de tous les jours, en dehors de l'hôpital.

Le personnel qui soignait les malades mentaux était le même que pour les malades de la Section de Médecine interne. On ne faisait aucune distinction entre les malades.

Au début, le personnel — aussi bien européen (deux Révérendes Sœurs infirmières) qu'indigène — était un peu mal à l'aise. Mais cela n'a guère duré ; le temps de s'habituer à ce nouveau genre de malades.

CHAPITRE II

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

Nos statistiques comportent 509 cas : 350 psychoses, 159 psychonévroses.

En Europe, 40 % des consultants dans un service de psychiatrie sont des psychonévroses (Stephen BARTON HALL [4]) ⁽¹⁾.

Ce pourcentage, dans notre statistique, est de 31 %.

1. *Au point de vue sexe*, nous trouvons :

Hommes	286
Femmes	201
Enfants	22
	<hr/> 509

Il ressort de ces chiffres qu'en Afrique, les hommes paient un plus large tribut aux troubles psychiques et mentaux.

Des statistiques américaines (citées par HENDERSON et GILLESPIE [2]) donnent comme répartition :

Hommes	52 %
Femmes	48 %

Nos pourcentages, si nous considérons l'ensemble des psychoses et des psychonévroses, s'établissent comme suit :

Hommes	56 %
Femmes	39 %

(1) Les chiffres entre [] renvoient à la bibliographie, p. 098.

Si nous considérons à part, comme nous le faisons plus loin, les *psychoses*, ces pourcentages deviennent :

Hommes	61 %
Femmes	33 %

Tandis que pour les *psychonévroses* où le nombre de femmes dépasse celui des hommes (voir plus loin à la partie des psychonévroses), les pourcentages sont :

Hommes	45 %
Femmes	52 %

2. *Au point de vue des différents groupes de la population*, nous trouvons les chiffres suivants :

Barundi	262 cas
Congolais	157 cas
Banyarwanda	90 cas

Nos malades provenaient principalement de la population du Centre Extra-coutumier d'Usumbura (± 30.000 habitants). Nous savons que les Congolais, c'est-à-dire les indigènes originaires du Congo belge, constituent une partie importante de cette population. Mais nous n'avons pas de chiffres exacts. Pas plus d'ailleurs, que de la fraction des populations du Ruanda-Urundi (Barundi et Banyarwanda) qui forment l'autre partie de la population de ce centre.

D'autres malades venaient de l'intérieur. Usumbura étant situé en pays Urundi, il est normal que les habitants de ce pays, les Barundi, aient fourni un plus grand nombre de malades. Le Ruanda étant plus éloigné d'Usumbura, les malades Banyarwanda n'arrivaient pas aussi facilement.

Notons également qu'Usumbura, la capitale, attire beaucoup d'indigènes de l'intérieur. Ils y séjournent un certain temps, le temps de gagner de quoi payer l'impôt, et puis retournent dans leurs villages. Cette population flottante, très importante, n'est pas recensée avec les habitants du Centre-extra coutumier.

Ces indigènes, dont beaucoup étaient descendus pour la première fois de leurs collines, qui se trouvaient seuls, abandonnés, la plupart du temps sans nourriture et sans abri, dans ce monde inconnu, hostile, de la grande ville, développaient avec une fréquence impressionnante les troubles psychiques les plus variés.

Tout ceci pour dire que, tout en constatant le nombre plus élevé des cas Barundi et tout en sachant que la population du Ruanda et de l'Urundi est à peu près égale — chaque pays compte \pm 2.000.000 d'habitants — il n'est pas possible de fournir des chiffres exacts permettant de dégager une prédisposition éventuelle plus marquée chez l'une ou l'autre de ces populations.

Ce n'est pas le cas pour la population congolaise du Ruanda-Urundi. Ils ne sont que quelques milliers. Nous n'avons pas de chiffres exacts, mais ils ne sont pas plus de 15 à 20.000. Cette petite population nous a fourni 157 cas. Il est évident que la morbidité mentale est très élevée chez eux, beaucoup plus élevée que chez les populations Banyarwanda et Barundi.

A quoi en attribuer la cause ?

Il s'agit d'une population qui participe tout entière à un changement complet dans sa vie et ses habitudes,

Ils ont, tous, totalement rompu avec leur milieu coutumier. La plupart, surtout la jeunesse, ont complètement abandonné croyances et coutumes ancestrales. Ils veulent vivre comme les Européens, avec lesquels ils sont constamment en contact. Que cette situation donne lieu à pas mal de conflits, de difficultés d'adaptation, ne laisse aucun doute.

Ceux qui ne peuvent pas intégrer ces changements, ceux pour qui la tension émotionnelle y afférente est trop forte, réagissent par un effondrement psychique.

Nous avons nettement l'impression — malheureusement nous ne pouvons pas l'étayer à l'aide de chiffres — que les Banyarwanda et les Barundi (les habitants du

pays), soumis à ces mêmes changements, dans ce même Centre extra-coutumier, font une adaptation plus facile, plus souple, et manifestent moins de conflits et moins de tensions. On remarque beaucoup moins chez eux certains signes d'une mauvaise santé mentale, tels que l'aggressivité, l'irritabilité, l'abus d'alcool, l'inconduite.

Il semblerait que chez eux, le passage à cette civilisation technologique, comme on l'a appelée, se fait sans trop de heurts. La structure de la société, totalement différente, dans laquelle ces populations ont grandi et dans laquelle leur personnalité s'est formée, y est vraisemblablement pour beaucoup de chose. Ce problème, à lui seul, nécessiterait une étude.

Une autre étude est à faire parmi ces populations. On sait que les mères Bahutu (les Bahutu sont des Bantous et forment 90 % de la population) ont une manière tout à fait différente de celle des mères Batutsi (les Batutsi sont des Hamites et forment 9 % de la population), d'élever leurs enfants. L'enfant Bahutu ne quitte pas sa mère. Il est littéralement attaché à elle. Elle le porte devant ou derrière, mais elle le porte.

La mère Mututsi confie son enfant à une ou à des servantes.

La relation mère-enfant est complètement différente dans les deux cas. Certains (BOWLBY [3]) ont prétendu que cette relation mère-enfant du tout jeune âge joue un rôle prépondérant dans la vie émotive et psychique de l'individu, de sorte que, pour autant qu'elle s'est avérée déficiente, elle pourrait être à la base de troubles psychiques de l'âge adulte.

Si cette assertion est vraie, il faudrait que les Batutsi fassent plus de psychoses et psychonévroses que les Bahutu. Pour permettre cette comparaison, il aurait fallu connaître tous les cas de troubles psychiques du Ruanda-Urundi.

Malheureusement, cela n'a pas été le cas. Les malades

du Ruanda, qui étaient calmes et qui ne troublaient pas l'ordre public, ne venaient pas à Usumbura.

Ils ne figurent donc pas dans nos statistiques. C'est l'explication du nombre peu élevé des cas Banyarwanda [90].

3. *Au point de vue instruction*, le problème que nous venons de traiter pourrait servir d'introduction et de réponse éventuelle à cette question qu'on s'est souvent posée : *les évolués sont-ils plus frappés par la maladie mentale ?*

Cette question est, à notre avis, difficile à résoudre.

Si l'on comprend par « évolués » les indigènes qui ne vivent plus suivant les coutumes indigènes, qui essayent de modeler leur vie sur celle des Européens, alors nous croyons que le paragraphe précédent donne une réponse nettement affirmative à cette question.

Si l'on prend le terme « évolué » dans le sens qu'on lui donne généralement au Congo et au Ruanda-Urundi, c'est-à-dire des indigènes « instruits », qui ont une instruction supérieure à celle de l'école primaire, nous devons dire qu'il nous est impossible de dire quel pourcentage a présenté des troubles psychiques. Nous ne connaissons même pas approximativement le nombre total de ces évolués au Ruanda-Urundi.

Nous donnons ici le relevé du nombre d'« évolués » ou « instruits » qui figurent dans nos statistiques :

Sur 350 psychoses :

17	« évolués »	Barundi sur 190 cas ;
9	»	Congolais sur 103 cas ;
3	»	Banyarwanda sur 57 cas.

Soit, au total, 8,3 % des cas.

Sur 159 psychonévroses :

14	« évolués »	Barundi sur 72 cas
10	»	Congolais sur 54 cas.
2	»	Banyarwanda sur 33 cas.

Soit, au total, 16 % des cas.

La seule conclusion qu'on peut en tirer c'est que les évolués font plus facilement des psychonévroses.

On est frappé par le fait que les évolués Banyarwanda n'interviennent respectivement que pour 5 % dans les psychoses et pour 6 % dans les psychonévroses.

4. *Nous n'avons pas réparti nos cas suivant l'âge.* On sait combien il est difficile d'obtenir l'âge exact des indigènes. On peut estimer que environ 80 % de nos cas avaient entre 20 et 40 ans.

5. *Influence du climat.* Les indigènes eux-mêmes sont convaincus que les troubles mentaux sont plus fréquents en saison sèche (fin avril à fin octobre).

Nous avons classé par mois les entrées à l'Hôpital ou les premiers examens de 442 cas.

Voici la répartition :

Psychoses et psychonévroses ensemble.

Janvier	40
Février	35
Mars	51
Avril	41
Mai	29
Juin	26
Juillet	24
Août	36
Septembre	49
Octobre	30
Novembre	38
Décembre	23

On pourrait s'imaginer en voyant cette statistique, qu'on se trouve en Europe avec la recrudescence souvent remarquée lors des changements de saison (printemps et automne). En effet, mars et septembre donnent le plus grand nombre de cas.

C'est donc plutôt vers la fin de la saison sèche (mars) et le début de la saison des pluies (octobre) qu'il y aurait

une éclosion plus forte des troubles mentaux. A signaler que les plus fortes pluies de la saison se situent en mars.

Considérant psychoses et psychonévroses à part nous obtenons :

Premières manifestations ou premières consultations.

	<i>Sur 284 — Psychoses</i>	<i>Sur 138 — Psychonévroses.</i>
Janvier	26	14
Février	27	8
Mars	28	23
Avril	24	17
Mai	20	9
Juin	20	6
Juillet	16	8
Août	28	8
Septembre	37	12
Octobre	18	12
Novembre	23	15
Décembre	17	6

6. *Influence de l'hérédité.* Des études dans ce domaine s'avèrent très difficiles en milieu indigène. Nous n'avons pas spécialement étudié ce facteur.

Toutefois, l'étude des cas de la famille du nommé RASA nous montre très bien cette influence.

RASA, c'est le grand-père. Il serait mort fou. De son vivant, il insultait et frappait les gens sans rime ni raison. Il était dangereux lorsqu'il avait bu.

Il eut 12 enfants de 4 femmes différentes. Parmi ces enfants, nous avons soigné deux de ses fils. Les autres n'auraient pas montré de signes de troubles mentaux.

Un des fils, le nommé RWAMA aurait fait une première crise de folie il y a dix ans, à l'âge de 25 ans, après la ponction d'un abcès au cou. Il aurait été lié pendant 3 ans. Nous l'avons vu à l'occasion d'un accès de délire confuso-onirique. Il voyait un lac et des gens qui s'y noyaient. Des animaux, surtout des lions, l'attaquaient. On lui envoyait des flèches.

Son frère ROTA, plus jeune, et d'une mère différente,

aurait fait des crises analogues en 1946 et en 1949. Il aurait vu, comme dans un rêve, des lions et des vaches qui se ruaient sur lui pour enfoncer leurs cornes dans son ventre.

Nous l'avons examiné après qu'il venait de faire une 3^e crise, pendant laquelle il avait sérieusement blessé sa belle-sœur. Il l'avait prise pour un animal. A noter qu'il était obsédé par l'idée de mettre le feu à sa case.

Ce ROTA a 5 filles. Une est nerveuse, tandis que l'aînée, âgée de 17 ans, et encore à l'école, vient de faire un délire mystique, dans lequel elle voyait la Sainte Famille, habillée à l'indigène, et notamment Jésus qui ne portait qu'un « *shimbiwe* » (étoffe que les indigènes nouent entre les jambes).

Parmi les Mulâtres, nous avons relevé des troubles mentaux chez deux sœurs. L'une, non mariée, est une schizophrène, forme hébéphrénique-type. L'autre, mariée, a fait une dépression très grave à l'occasion de troubles domestiques. Nous avons relevé encore parmi les mulâtres des troubles maniaco-dépressifs chez une mère, et un accès de manie aiguë chez son fils.

En tout, nous avons relevé dans nos statistiques huit cas chez des mulâtres. Nous ne connaissons pas le nombre exact des mulâtres adultes dans la région d'Usumbura, mais il ne doit pas dépasser la trentaine. Il est dès lors évident que les mulâtres paient un tribut très lourd à la maladie mentale. L'hérédité est peut-être chargée, mais nous croyons que des facteurs psychogènes, les traumatismes psychiques qu'ils encourent continuellement, jouent le plus grand rôle.

Nous ne pourrions mieux les illustrer que par l'observation de la nommée A..., âgée de 35 ans (Obs. 36 C.).

Elle a déjà été hospitalisée à différentes reprises pour une maladie de la tête. Elle a trois enfants, qui vivent avec elle à B... où elle cohabite avec un Européen. Une de ses filles, encore petite, est en Europe. Son père, un Européen, l'a prise avec lui. Un fils travaille à Usumbura.

Elle sent et elle croit qu'on lui a enlevé son âme. Ce sont les Blancs de B... qui l'ont prise (Il est probable qu'il s'agit du père de sa petite fille).

C'est pour la seconde fois qu'on lui ôte son âme. La première fois, elle a été enlevée par magie, et amenée chez le « munganga » pour en faire des médicaments. La seconde fois, elle a été volée un matin à l'improviste. Son âme est actuellement chez Dieu. Elle était sans tache, car elle a été élevée par les Sœurs. C'est malheureux, le sort des mulâtres, dit-elle. On les marie sans qu'elles en savent quelque chose. Elle avait un mari qui l'avait épousée sans la connaître et sans qu'elle le connaisse (son mari était mulâtre). Il l'a répudiée peu de temps après le mariage. Le divorce a été prononcé devant le juge, qui a obligé son mari à lui verser de l'argent, mais elle n'a jamais reçu un demi-franc. Par après, elle s'est mariée à un Européen. Ils ont eu un enfant, Marianne, que l'Européen a amené en Europe. Lui, il l'a laissée ici toute seule, et comme elle devait vivre, elle a dû se contenter du revenu de son tricotage et de sa méconduite avec les Européens et les Noirs.

Un de ceux-ci la contamina. Elle porta plainte chez le médecin, mais on lui donna tort.

A d'autres moments, elle revient encore à l'histoire qu'on lui a volé son âme. On l'enivre par magie, pour qu'on puisse venir la frapper, l'enlever, la rôti ou aller la jeter en Europe où elle pourra mourir de faim et de froid.

On lui fait ça, à elle qui n'a jamais fait du tort à personne. Le Médecin Provincial lui a fait une piqûre pour qu'elle parle au sujet d'un meurtre. On l'a amenée à la Radiographie, mais pourquoi toutes ces tracasseries ? Elle n'a fait du tort à personne. Elle est malheureuse. On la persécute parce qu'elle parle de Dieu et de Marie. Mais, est-ce que c'est mal de parler de Dieu. Fait-on du mal en l'adorant ? On veut la pendre, les planches du cercueil sont prêtes. Mais on n'a pas vu de couteau ou de poison. Ce sont les Blancs seuls, qui ont de la magie. Ils lui disent qu'ils vont l'endormir par Radio et que, pendant son sommeil artificiel, on ira l'enterrer vivante. Mais pourquoi, Seigneur ? Les Blancs ont dit que la magie vient de l'Afrique. C'est une erreur. Les Blancs vous endorment magiquement par des fluides. C'est pourquoi ils ont noirci son enfant avant de la voler.

On voit que le thème revient, toujours autour de ce problème déchirant, qu'on lui a pris son enfant.

Le fond de tout le problème, c'est que la communauté européenne rejette les mulâtres, et que ceux-ci ne veulent

ou ne peuvent plus retourner dans la société indigène. Ce dernier facteur psychogénétique est plus important dans leurs si fréquentes manifestations malades au point de vue mental que le facteur hérédité.

7. *Influence de la Religion.* Il y a une tendance à attribuer une action pathogène aux croyances et coutumes indigènes dans la genèse des troubles mentaux chez le Noir.

Nous pensons que si quelqu'un en Europe croit qu'on travaille sur lui par l'électricité ou par radio, ou si un indigène en Afrique se croit envoûté, poursuivi par des mauvais esprits ou autres puissances occultes, il n'y a, au fond, rien de très fondamentalement différent. Ils cherchent une explication, l'un et l'autre, aux phénomènes étranges qu'ils ressentent.

Nous ne croyons pas non plus à l'action pathogène du christianisme, que beaucoup d'indigènes ont adopté assez récemment. Certes, il y a des délires mystiques où des éléments d'ordre chrétien jouent un grand rôle, mais il y a des délires également à base d'envoûtements et d'ensorcellements. Nous donnons plus loin, dans le chapitre des délires et des bouffées délirantes, des observations à ce sujet.

Nous avons observé, parmi les postulantes et les religieuses indigènes, 8 cas de troubles psychiques. Parmi les abbés indigènes, nous en avons relevé 3. Ces chiffres peuvent paraître d'importance, surtout que les Sœurs et les abbés indigènes ne sont pas si nombreux au Rwanda-Urundi.

Toutefois, il est probable que la vie de couvent ou de séminaire, qui pose déjà de si grands problèmes d'adaptation à ceux qui y entrent en Europe, est un des facteurs prédominants dans la genèse de leurs troubles.

Le fait qu'ils ont non seulement rompu complètement avec toutes croyances ancestrales, comme les évolués,

mais qu'ils ont délibérément adopté toute une autre philosophie et structure de vie, est un autre facteur non moins important.

Ce sont ces deux facteurs qui se trouvent, à notre avis, à la base du nombre élevé des manifestations mentales pathologiques dans les milieux religieux indigènes.

DEUXIÈME PARTIE

Les psychoses.

CHAPITRE PREMIER

LES MÉTHODES D'EXAMEN

Nous ne donnons pas, dans cette étude, une description symptôme par symptôme, des grands syndrômes psychotiques.

Nous citons plutôt des observations, en long et en large, telles que nous les avons directement prises chez l'indigène.

Nous procédons de cette façon pour différentes raisons. D'abord les observations sur les affections mentales du Noir de l'Afrique centrale, ne sont pas encore nombreuses. Ensuite, nous pensons que l'affection mentale, qui est déjà en elle-même une histoire très personnelle, ne peut être mieux étudiée que dans le milieu, dans le cadre où elle s'est produite.

Nous donnons ici la copie du modèle de l'examen physique, neurologique et psychiatrique, tel qu'il a été couramment employé pour les observations de nos malades.

EXAMEN PHYSIQUE

1. ASPECT GÉNÉRAL.

Développement

Constitution physique

Nutrition générale (floride, cachectique)

Stigmates ou signes de dégénérescence

Système adipeux et pileux

Circulation périphérique

2. SYSTÈME GLANDULAIRE.

Ganglions

3. TÊTE.

Crâne

Yeux

Nez

Bouche

Dents

Pharynx

Oreilles

4. COU ET THORAX.

Thyroïde

Carotides

Poumons : Inspection

Percussion

Auscultation

Cœur : Volume

Rythme

Palpitation

Choc de la pointe

Tons

Souffle

Seins

5. ABDOMEN.

Cicatrices

Circonférence

Tumeurs

Rigidité

Sensibilité

Organes : Foie

Rate

Intestins

Estomac

Rein — Vessie

6. ORGANES GÉNITAUX ET RECTUM.

Cicatrices

Malformations congénitales

Toucher vaginal

Toucher rectal

Menstruation : troubles

7. OS, ARTICULATIONS, COLONNE VERTÉBRALE.

Position — État

Mobilité

Anomalies et déformations

8. MUSCULATURE.

Tonus

Force

Tremblement, fibrillations

Spasmes

Zones de défense et de douleur

9. MENSURATION.

Poids

Taille

Température

Pouls

Respirations (à la minute)

Tension artérielle : debout

assis

couché

10. EXAMEN DE LABORATOIRE.

Recherche et dosage d'albumine et sucre dans les urines. B/W. Kahn
dans le Sang

Dosage de l'urée dans le sang

11. RÉSUMÉ DES DONNÉES POSITIVES.

12. DIAGNOSTIC.

13. RECOMMANDATIONS.

14. COMMENTAIRE.

Examiné le...

EXAMEN NEUROLOGIQUE

NOM : AGE : DATE : PLACE :

A. NERFS CRANIENS.

1. Perçoit les odeurs
Identifie les odeurs

2. Champ visuel
Acuité
Fond de l'œil

3 — 4 — 5.

Mouvements extra-oculaires : Front — Yeux.

Convergence

Nystagmus

Ptosis

Enophthalmos ou Exophthalmos

Pupilles :

Grandeur

Forme

Égalité

Réaction à la lumière

Réaction à l'accommodation

Réaction à la douleur

Consensuel

6. Sensitif : ouate
pointe d'aiguille
réflexe cornéen

Moteur : Masseter

Mouvement latéral de la mâchoire

Réflexe : Mâchoire

7. Front

Yeux

Bouche

Grimaces

Goût

Réflexes

8. Acuité auditive : air

os

Test calorique

9 et 10.

Sensibilité du palais

Mouvement du palais

Réflexe de la déglutition

Avaler

Parler

11. Sternocléido-mastoïdien Muscle

Trapèze

12. Sortir la langue

Tremblement de la langue

Atrophie de la langue

Fibrillation de la langue.

B. SYSTÈME MOTEUR :

Force : Membres supérieurs

Membres inférieurs

Tonus : Membres supérieurs

Membres inférieurs

Coordination :

Doigt sur le nez

Talon au genou

Mouvements rapides des mains

Fibrillation

Atrophie

Mouvements involontaires

C. SENSIBILITÉ.

Pointe d'aiguille

Attouchement ouate

Chaleur

Froid

Vibration

Sens de position : doigts

orteils

Stéréognosie

Mouvements descriptifs :

Mains

Jambes

Sensibilité profonde

Douleurs musculaires

Douleurs névralgiques

D. RÉFLEXES :

0 = absent

+ = existent mais diminués

++ = Normal

+++ = Hyper

++++ = clonus intermittent

+++++ = clonus permanent

Biceps Dr. G.

Triceps

Radial

Digital
Abdominaux : supérieurs
 inférieurs

Grémastérien
Rotulien
Achilléen
Plantaire

E. MARCHE ET STATION DEBOUT.

Ataxie statique (Romberg)

Marche :
 tabétique
 cérébelleuse
 spasmodique
 hémiplegique
 parkinsonienne.

F. SIGNES D'IRRITATION MÉNINGÉE.

Raideur de la nuque

Lever la jambe étendue

G. CRÂNE.

Circonférence

Lésions traumatiques

Exostoses

Percussion

H. COLONNE VERTÉBRALE.

Spasme musculaire paravertébral

Cyphose

Scoliose

Lordose

Spina bifida

1. SYSTÈME NERVEUX AUTONOME :

Sphincters : vésical
 rectal

Transpiration

Autres symptômes

EXAMENS SPÉCIAUX :

1. Champ visuel

2. R. X.

3. Liquide céphalo-rachien : albumine
 éléments
 B. W.... Benjoin colloïdal

4. E. E. G.

RÉSUMÉ ET DIAGNOSTIC.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

NOM : AGE : SEXE : CHEFFERIE : TERRITOIRE :

I. PREMIER CONTACT :

- a. Conversation à batons rompus
- b. Noter la collaboration du malade : mutisme
indifférence
réticence
- c. *L'aspect du malade :*
- d. Curriculum vitae du malade :
Faire raconter au malade sa vie depuis sa naissance jusqu'au
jour de l'examen :
Enfance :
Milieu familial :
Début de l'école :
Études :
Camaraderie :
Puberté :
Vie sentimentale :
Mariage :
- e. *Passé pathologique :*
 - 1. *Antécédents héréditaires :* père
mère
frères et sœurs :
 - 2. *Antécédents personnels :*

II. INTERROGATOIRE :

- a. de l'entourage :
- b. du patient lui-même (son histoire) :

III. EXPLORATION DES FONCTIONS INTELLECTUELLES:

- a. *Orientation :*
1. Dans le temps et l'espace
Quelle année ?
Quel jour de la semaine ?
Où êtes-vous ?
 2. Personnelle et générale :
Age approximatif
Lieu de naissance
Chef
Sous-chef
Domicile actuel

b. *Attention :*

1. Faire répéter une courte phrase en swahili :
en kirundi :
en kinyarwanda :
2. Répéter les chiffres :
2, 5, 0, 8, 4, 7.
une première fois
une deuxième fois
une troisième fois.
3. Effacer une lettre sur deux.
Texte.
Effacer tous les e ou les a (pour les lettrés)
Sélectionner des papiers différemment colorés (illettrés)
4. Sur un papier avec des dessins carrés ou triangulaires, faire suivre les dessins qui ont des traits en même direction.

c. *Mémoire :*

1. Répéter dans le même ordre les mots suivants :
Kitukura Impuzu Ingwe
2. Répéter ce qu'on a vu sur une image.
3. Raconter une fable.

d. *Vitesse et association des idées :*

1. Lente ou rapide.
2. Que vous disent ces mots : pays ?
couteau ?
crayon ?
rouge ?

e. *Imagination :*

(se remarque dans l'interrogatoire)

f. *Jugement :*

1. Définition du mot : ennemi (umwansi).
2. Quelques questions du tsédek.
3. Calculez : $4 + 3 = 9 - 4 = 3 \times 3 = 10 : 5 =$
4. Quelle est la différence entre :
Escalier et échelle (*idaraza n'urwego*) ?
Mensonge et erreur (*kubesha n'ukuhuba*) ?
Richesse et honneurs (*kutunga n'ugushimwa*) ?
5. Idées délirantes.

g. *Perception :*

confuse :
déformée :
hallucinée :

IV. AFFECTIVITÉ :

a. Indifférence :

- b. Exaltation, émotivité :
- c. Trouble des sentiments familiaux :
- d. Anxiété :

V. ACTIVITÉ ET COMPORTEMENT :

VI. VOLONTÉ :

- Négativisme ou
- Coopération
- Suggestibilité
- Impulsions
- Stéréotypie

Diagnostic :

Le modèle de l'examen physique et le modèle de l'examen neurologique ont été emprunté au *Manual for psychiatric Case Study* par Karl A. MENNIGER [4].

Le modèle de l'examen psychiatrique est en grande partie de notre propre composition.

En ce qui concerne les observations qui suivent, nous ne retenons :

a) De l'examen psychiatrique : que les descriptions des malaises, tels que le malade les a décrits lui-même ;

b) De l'examen physique et neurologique : que les éléments pathologiques.

Les examens neurologiques ont été faits, pour la plupart par le Dr JANSSEN, neuro-pathologue de l'I.R.S. A.C.

Les examens du sang (goutte épaisse), des selles, de l'urine, furent exécutés au Laboratoire de l'hôpital même.

Les ponctions lombaires ont été faites en grande partie par le Service de la Maladie du Sommeil à Usumbura.

Les réactions de BORDET-WASSERMANN dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ont été exécutées par le Laboratoire Médical d'Astrida. La réaction de BORDET-WASSERMANN dans le liquide céphalorachidien

n'a été demandée que pour les cas où elle était positive dans le sang ou lorsqu'on se trouvait devant un liquide céphalo-rachidien pathologique.

Des radiographies ont été obligeamment prises par le Dr JANOT, radiologue de l'Hôpital, dans les cas où on le jugeait nécessaire.

Quelques malades ont été soumis à une encéphalographie gazeuse. Actuellement, depuis qu'il y a un service de Neurochirurgie, on pratique presque systématiquement l'encéphalographie dans chaque cas.

Comme on peut le voir dans le modèle de l'examen psychiatrique, quelques tests d'intelligence très simple y sont intégrés.

Il serait intéressant, mais cela dépasse un peu le cadre de ce travail, de donner quelques-unes des réponses très pittoresques que provoquait parfois la définition de certains mots qui y figurent.

Nous avons pratiqué d'autres tests. Ils ne se trouvent pas sur le protocole de l'examen psychiatrique parce que tous les malades n'y ont pas été soumis. Il aurait fallu un psychologue full-time, pour que tous les malades puissent subir les tests. Il s'agit des principaux tests de projection : test de RORSCHACH et *Thematic Aperception test* de MURRAY (*T. A. T.*).

On sait que le test de RORSCHACH consiste dans l'interprétation de différentes taches d'encre sur 10 planches. Le *T. A. T.* de MURRAY consiste en une série de 20 planches représentant des scènes de la vie courante. Nous tenons à réfuter ici les affirmations de certains auteurs français qui ont prétendu que, dans le test de RORSCHACH, le Noir ne donne généralement que des réponses de détails, que les réponses anatomiques dominent et que les réponses de sexe sont absentes. Les protocoles de nos RORSCHACH montrent que les choses se passent tout différemment.

Nous avons abandonné les *tests de contradiction*, dans

le genre de VERMEYLEN. Les Noirs ne saisissent pas les contradictions sur un dessin, sur une surface plane. On dirait qu'ils ne saisissent bien la contradiction qu'en relief. Nous sommes convaincus que des tests de contradiction, exécutés en relief, par exemple une tête en argile (argile, parce que c'est une substance facile à se procurer), avec les oreilles trop hautement placées serait autrement évocatrice dans l'esprit du Noir que la tête avec les oreilles trop hautement placées qui fait l'objet de la première planche du test de contradiction de VERMEYLEN.

Adapté quelque peu aux circonstances locales, *le test tsedek* de BARUK [5], appelé par lui *test de la conscience morale* pourrait se montrer d'une grande utilité chez le Noir.

Quiconque a séjourné en Afrique sait que la notion du juste est très développée en milieu indigène.

L'étude de ces tests présente, à notre avis, un grand intérêt. Toutefois, il faudrait pouvoir les faire à plus grande échelle.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION

1. Répartition des 350 cas de Psychose.

a) *Au point de vue sexe :*

Hommes	214
Femmes	117
Enfants	19

b) *Au point de vue population :*

Barundi	190
Congolais	103
Banyarwanda	57

2. Classification.

Nous donnons ci-après la classification des 350 psychoses que nous avons personnellement observées à l'Hôpital Prince Régent Charles pendant une période de 2 1/2 ans.

Parmi ces cas sont classés 23 cas d'épilepsie sans troubles psychotiques et 25 cas de trypanosomiase avec troubles mentaux.

Le nombre des cas trypanosés peut paraître élevé mais il faut tenir compte du fait que l'Hôpital d'Usumbura était devenu, à un certain moment, le centre d'Arsobalisation pour les Trypanosés arsено-résistants.

Nos propres statistiques du Service de la Médecine

interne ne comportaient que six cas de Maladie du Sommeil.

Voici comment nos cas se classifient :

1) <i>Psychoses affectives</i> :	
1. Psychoses d'excitation :	
a) Manie aiguë	16 cas.
b) Manie chronique	6 cas.
2. Psychoses dépressives :	
Mélancolie	24 cas.
3. Psychoses maniaco-dépressives :	
Cyclothymie	18 cas.
2) Psychoses schizophréniques :	39 cas.
3) Psychoses paranoïaques :	
Paranoïa	26 cas.
4) Psychoses délirantes aiguës ou	
Bouffées délirantes	26 cas.
5) Psychoses organiques :	114 cas.
Toxi-infectieuses :	61
Trypanosés	25
Séniles	14
Puerpérales	9
Traumatiques	5
6) Épilepsie	57 cas.
7) Déficience Mentale :	14 cas.
Non classés :	10 cas.

Les pourcentages s'établissent comme suit :

Psychoses affectives :	18 %
Schizophrénie :	11 %
Paranoïa :	7,4 %
Psychoses délirantes aiguës ou	
Bouffées délirantes :	7,4 %
Psychoses organiques :	32,5 %
Épilepsie :	16,2 %
Déficience Mentale :	4 %
Non classés :	2,8 %

Dans le cas où on enlèverait les 23 cas d'épilepsie sans troubles psychotiques et les 25 cas de Trypanosomiase avec troubles psychotiques, mais qui sont venues augmenter nos chiffres, pour la raison citée plus haut, il

faudrait augmenter les pourcentages, sauf pour l'Épilepsie et les Psychoses organiques, de 1,3 %. Le pourcentage de l'Épilepsie deviendrait alors 11,2 % et celui des Psychoses organiques 28,4 %. Pas un grand changement en somme.

3. Comparaison avec d'autres classifications et statistiques.

Notre statistique diffère fortement de celle de GORDON au KENYA. Nous citons sa statistique (120 cas) telle que l'a publiée A. DUBOIS dans la *Pathologie du Congolais* (*Ann. Soc. B. Méd. Trop.*, 1944) [6].

Psychoses organiques	<table><tr><td>Syphilis</td><td>: 26</td></tr><tr><td>Sénilité</td><td>: 6</td></tr><tr><td>Épilepsie</td><td>: 6</td></tr></table>	Syphilis	: 26	Sénilité	: 6	Épilepsie	: 6	38
Syphilis	: 26							
Sénilité	: 6							
Épilepsie	: 6							
Psychoses confusionnelles (dont 2 malariennes et 4 pneumonie)		: 16						
Psychoses affectives		2 (manie)						
Psychoses des adolescents		26 -dont 4 avec S.-						
Psychoses paranoïdes		1 (étranger)						
Déficience mentale :		16						
Divers : absence de folie	}	19						
simulation								
cas indigestionnés								

Comme A. DUBOIS le fait remarquer, cette statistique se signale par l'absence quasi-complète des psychoses affectives.

Nous avons constaté 18 % de psychoses affectives. En Europe ce pourcentage serait de 16 %. Ce chiffre est cité par GORDON [7]. Il faut noter qu'il doit appartenir à une statistique vieille déjà d'au moins vingt ans. Depuis ce temps, surtout en Europe, ces pourcentages doivent avoir changé ; si ce n'était que par le fait que beaucoup plus de gens, grâce aux progrès de la médecine pendant ce laps de temps, atteignent un âge plus avancé. Les psychoses séniles sont certainement devenues plus

fréquentes. Dans une analyse des premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques des États-Unis en 1950, les psychoses séniles interviennent pour 27 %.

Voici, d'ailleurs, cette liste telle qu'elle a été publiée par la *National Association for Mental Health* [8] des États-Unis :

Schizophrénie	21 %
Psychose sénile et psychose par artério-sclérose cérébrale	27 %
Psychose maniaco-dépressive	6 %
Alcoolisme	5 %
Psychose d'involution	5 %
Paralyse générale	4 %
Paranoïa	1 %

Dans nos statistiques, nous n'avons que 11 % de Schizophrénies. Nous avons 7,4 % de Paranoïa. Il faut tenir compte du fait que différentes écoles psychiatriques ont une tendance à faire de la paranoïa une forme de schizophrénie.

A noter aussi que cette statistique américaine diffère sérieusement de celle donnée par LEWIS [9] quelques années auparavant dans *Biology of the Negro*, 1942, où le pourcentage des Schizophrénies est de 36,5 % et celui des maniaco-dépressives de 15,3 %

Nous donnons ci-après la statistique de GRÉGOIRE (de Léopoldville). Elle a été publiée également par A. DUBOIS, dans la même étude sur la *Pathologie du Congolais* [6].

Elle porte sur 155 cas.

1. Idiotie et débilité congénitale	6
2. Psychoses épileptiques	7
3. Psychoses syst. hallucinat. Chr.	
Psychoses à forme interprétative	2
4. Schizophrénie	28
5. États maniaco-dépressifs	41
6. Psychoses paludéennes	6
7. Syphilis cérébrale	24
Paralyse générale	8
8. Trypanosomiase	19
Trypanosomiase plus syphilis	4

Elle diffère de la nôtre par la fréquence des psychoses syphilitiques, par le petit nombre de psychoses épileptiques et l'absence de psychoses délirantes aiguës ou bouffées délirantes.

Je crois qu'elle porte principalement sur des cas chroniques. Elle se rapproche de nos chiffres quant au fait de la prédominance des psychoses affectives sur les psychoses schizophréniques.

Cette même prédominance, nous la retrouvons dans une analyse de 490 nouveaux cas, admis durant l'année 1952, dans les hôpitaux psychiatriques, de Ceylon (chiffres cités par W. G. WICKREMESINGHE) [10].

Voici la classification de ces 490 cas :

Schizophrénie	81
Psychose manico-dépressive	100
Dépression involutionnelle	5
Épilepsie	4
Réactions organiques	17
PSYCHONÉVROSES :	
Hystérie	28
Névroses d'anxiété	38
Névroses d'obsession	2
Hypochondrie	5
TROUBLES DE CARACTÈRE :	
Comportement et intelligence	22
Autres troubles ⁽¹⁾	188

A noter dans cette classification que les psychonévroses sont incluses et que 188 cas non classés est un peu beaucoup.

Par contre dans les statistiques de SHELLEY et WATSONS [11] pour le Nyassaland, nous avons à nouveau l'inverse : Prédominance des Schizophrénies sur les psychoses affectives.

(¹) Ces autres troubles comprennent : épilepsie sans psychoses, équivalents épileptiques, maladies physiques, diagnostics incertains, pas d'anomalies psychiatriques.

Voici leurs chiffres :

Schizophrénies	35,7 %
Psychoses affectives	21,4 %
Psychoses organiques	16,7 %
Épilepsie	13,1 %
Psychopathies	8,3 %

TOOTH [12] au Gold Coast, a un chiffre à peu près égal au nôtre, en ce qui concerne la Schizophrénie (en mettant les psychoses paranoïaques ensemble avec les Schizophréniques). Il donne 19,5 %. Nous avons 18,4 %.

Sa statistique diffère de la nôtre par un plus grand nombre d'états délirants (22 % contre 7 %) et un nombre plus petit de psychoses organiques (18,5 %).

En ce qui concerne les psychoses organiques nous avons à peu près le même pourcentage que CAROTHERS [13] au Kenya (32,5 % contre 31,4 %).

Nous avons plus de cas épileptiques et moins de cas de Schizophrénie. Il donne respectivement 3,4 % et 30,4 %. Il est dommage que nous n'ayons eu connaissance du travail de CAROTHERS que lorsque le texte de cette étude était pratiquement achevé. Il aurait été extrêmement intéressant et fructueux de comparer certaines de nos constatations avec celles de CAROTHERS dans ce travail que nous considérons comme le premier « classique » de la psycho-pathologie africaine.

Pour autant qu'il soit encore possible, nous essayerons d'y référer, par-ci et par-là, dans le texte qui suit.

En Afrique au Sud, dans le Rapport Annuel du *Commissionner for Mental Hygiene* (1950) nous trouvons un nombre très élevé de Schizophrénies (52,3 %). Ce même rapport signale un pourcentage de 23,9 % de psychoses organiques et 9,2 % d'épileptiques.

En Indonésie, on signale la fréquence des psychoses toxi-infectieuses (VAN WULFTEN PALTHE [14]). Ces psychoses interviennent dans notre statistique pour 17,4 % (61 cas). Contrairement à ce qui se passe en Indonésie,

nous n'avons pratiquement pas de psychoses syphilitiques.

Mais la différence la plus frappante est que les statistiques indonésiennes ne contiennent pas de cas de psychose maniaco-dépressive (KOUWENAAR [15]).

Si nous signalons ici, en long et en large, toutes ces statistiques, dans un certain sens si discordantes, c'est qu'il nous semble qu'elles pourraient constituer éventuellement d'hypothèses de travail intéressantes pour la pathogenèse des troubles mentaux en général.

CHAPITRE III

LES PSYCHOSES AFFECTIVES

1. La manie aiguë (16 cas).

Voici un cas-type : Celui de Secubongo, âgé de 25 ans.
Obs. N° 57-B.

Il parle continuellement. Un flot de paroles. Il répond aux questions, mais déraile dès les premiers mots. Il s'excite. Il faut, à chaque instant, le ramener au sujet demandé et le calmer. A la question : en quelle année sommes-nous ? il répond correctement, mais y ajoute tout de suite : « la douzième année du pape Ancia ». Lorsqu'on lui demande son lieu de naissance, il répond : « A Muyabara, à côté de Mulobe, où vous trouverez des cultures, des plantes magiques (Amen.) etc. ».

Il est joyeux et euphorique.

Il a donné à GATERETSE toute une propriété de bananeraies et voilà que celui-ci le fait lier.

Auparavant, il avait trouvé un cimetière fleuri, où montent des fourmis noires.

Il veut la mission de Kushubi (il est originaire de cette région). Mettez-vous en ligne, s'écrie-t-il, comme les lignes de patates douces, partout on le fait ainsi (son attention est attirée par une lignée de petits flacons de médicaments dans la salle de consultation). Regardez ces flacons où s'alignent ces buttes de patates. Ca fait en tout 40 buttes, 40 personnes conduites par 40 policiers (à ce mot il se retourne brusquement en arrière, fait une mimique d'ahuri, se lève et se met en position de garde-à-vous). Puis il fait le signe de la Croix au nom du Père et du Fils et du Saint-Esprit. Amen, Amen, c'est la droite, la droite c'est ici. Une couverture avec un bon savon et du bleu et ainsi de suite ».

On retrouve chez lui tous les principaux symptômes de la maladie : la bonne humeur euphorique, la logorrhée

intarissable, l'association des idées, tantôt par assonance (*vovo, vovodekere*, qui veut dire : ami, amusez-vous), tantôt par répétition tels que les 40 (voir ci-devant), la mobilité de l'attention (il voit les flacons et enchaîne là-dessus), l'hypertrophie du moi avec une teinte mégalo-manique (il a donné des propriétés à GATERETSE).

On voit que la manie, chez l'indigène, présente le même tableau que chez l'Européen.

Une femme maniaque (*Obs. N° 29-B.*), nous faisait des clins d'œil, exactement comme nous l'avons vu souvent chez les maniaques en Europe.

Une autre (*N° 95-C.*), au paroxysme de l'excitation, ne tarissait pas d'invectives et crachait dans la figure de ceux qui l'approchaient.

Dans le premier cas, nous avons un exemple de familiarité, dans le second, un exemple d'injure, qu'on ne rencontrera jamais dans la vie normale d'un indigène, surtout vis-à-vis d'un Européen ou de l'autorité.

2. La manie chronique.

Nous considérons comme manie chronique les cas qui n'ont pas montré de changement dans leur état d'excitation maniaque pendant tout le temps que nous les avons observés, soit 2 1/2 ans. Dans aucun des six cas, 5 hommes et une femme, on n'a constaté des hallucinations. Ils n'étaient plus très jeunes. Trois parmi eux devaient avoir entre 35 et 40 ans, les trois autres avaient dépassé la quarantaine.

Le cas le plus typique et le plus grave était celui du nommé YUMA (*Obs. N° 7-C.*). A son arrivée à l'hôpital, il avait déjà passé trois ans à la maison, lié à un arbre. Pendant tout le temps que nous l'avons connu à l'hôpital, il est resté aussi euphorique, aussi logorrhéique, mais également aussi difficile, aussi excitable, aussi dangereux qu'il ne l'était le premier jour de sa rentrée à l'hôpital.

Avant de devenir malade, il avait été chauffeur. De n'importe quel camion qui passait devant l'hôpital, il pouvait encore, après des années de maladie, donner la marque, etc... Le moindre mot, la moindre chanson, déclenchait chez lui, automatiquement, par assonance la plupart du temps, mais aussi par association d'idées parfois, un flot ininterrompu de mots, de chansons. Il parlait français, arabe, lingala, kirundi, le tout pêle-mêle.

Il suffisait de donner le premier ton d'un chant religieux des enfants de l'école, pour qu'il le chante tout entier, jusqu'au dernier couplet, malgré une incohérence apparente dans ses propos. Il faisait d'ailleurs suivre ces cantiques par des chants musulmans, qu'il connaissait tout aussi bien.

C'est le seul de tous nos malades qui n'ait jamais logé en salle commune. Pendant la journée, il était dehors, mais le soir on l'enfermait. Nous étions obligés, pour ne pas devoir l'enfermer continuellement, de lui donner des cures répétées d'électrochocs. Nous nous empressons de dire que ceci n'était pas une coutume dans notre service. Il nous est arrivé très rarement de répéter une cure d'électrochoc. Nous avons rarement dépassé le chiffre de 12 chocs par cure. Nous y reviendrons plus loin dans le chapitre sur la thérapie. Mais dans le cas de YUMA, la seule façon de le tenir plus ou moins en liberté (nous avons scié nous-mêmes les fers qu'on lui avait mis au village trois ans auparavant), était de le soumettre périodiquement à une cure d'électrochocs. Les autres cas n'ont pas donné tant de déboires. Ils restaient très difficiles, se querellaient et s'excitaient pour un rien.

Avec beaucoup de précautions, évitant le moindre petit inconvénient ou contretemps, il y avait moyen de les tenir en liberté à l'hôpital. On a essayé de les renvoyer au village, mais ils y étaient à peine de 24 heures que la bagarre avait déjà éclaté et qu'on nous les ramenait.

3. Mélancolie.

Obs. N° 43-B. : ... BERNADETTE, âgée de 30 ans.

Son mari l'a abandonnée il y a trois ans. Elle vit seule avec 5 enfants. Un enfant est mort vers l'époque où son mari l'a quittée. Son père et sa mère sont morts. Tous tués par Dieu, dit-elle ; il a ce droit.

A l'interrogatoire, elle est assise la main sur la joue. Elle a l'air très triste et est en train de marmotter quelques paroles entre ses dents. Quand on l'écoute attentivement, on entend qu'elle est en train de supplier : « Mon Dieu, pardonnez-moi et... Qu'avez-vous fait ? Maintenant Dieu se tait, il est en train de me juger ». Ici elle se tait longtemps. Puis elle reprend et se parle de nouveau à elle-même. Dieu l'a envoyée à l'hôpital pour qu'on l'opère aux fins d'alléger ses peines (Quel bel exemple d'auto-punition). Quand elle sera morte, elle pourra se reposer un peu. Dieu lui prend son cœur et lui ferme ses narines (sans doute signifie-t-elle que Dieu veut l'asphyxier).

« Dieu, épargne mon enfant. Il n'a pas de péchés » s'écrie-t-elle.

Si on veut, on lui coupera la tête. Elle souffre de la maladie des oiseaux (? ?). Elle ne guérira probablement pas, mais si elle meurt, c'est bien, Dieu est maître de tout.

La dépression d'humeur, les périodes de mutisme, les idées d'indignité et de culpabilité constituent les principaux symptômes de cette observation.

Obs. N° 10-B. : ... KAMOYE, 33 ans.

Il s'est blessé lui-même au ventre, un jour que le diable lui avait commandé de se tuer. Ce jour-là il n'était plus maître de lui-même. Une impulsion intérieure, involontaire, irrésistible le poussait vers cette lance qui devait en finir avec sa vie.

Il était malade depuis longtemps. Il avait consulté médecins, guérisseurs, sorciers, sans aucune amélioration. Après avoir eu plusieurs injections dans les bras et dans les fesses (sic), il prit la résolution d'aller chez le guérisseur pour voir si ses médicaments n'auraient pas plus d'effets que les médicaments des Blancs. Il consulta quatre guérisseurs différents. On lui dit que sa maladie était due à ces « génies » aériens qui se déplacent avec certains vents envoyés par certains esprits. Ces « génies » ou ces *bitega* donnent lieu à diverses perturbations chez lui : ils produisent un ramollissement palpable au niveau des sutures des os du crâne. Il ressent une forte douleur à cette place

et s'il y pousse un peu fort avec son doigt, il sent que celui-ci pourrait s'y enfoncer comme dans une banane mûre.

Son mal alla en s'aggravant. Il avait peur que son cerveau ne passât dans son nez. De petites douleurs comparables à celles provoquées par des gouttes d'eau tombant de très haut se manifestent dans son ventre. Il lui semblait que son cerveau pourrissait et que de nombreux vers s'agitaient dans son crâne. C'est ce qui explique selon lui, qu'un beau jour, où il n'avait pas de lucidité, ce fameux ordre intérieur lui vint et que, sans le vouloir, il faillit se tuer.

Voilà son histoire. Il est anxieux, triste et préoccupé. Son regard montre qu'il a peur de quelque chose. Nous classons ce cas comme un cas de mélancolie anxieuse avec idées délirantes d'hypochondrie. Nous croyons que la tentative de suicide s'est produite lors d'un raptus anxieux.

Ce qui rend le cas intéressant, c'est la tentative de suicide. Le suicide est très rare parmi les populations du Ruanda-Urundi, les Banyarwanda et les Barundi. C'est le seul cas dont nous avons connaissance parmi ces populations. Chez les Congolais, le suicide est beaucoup plus fréquent, même parfois pour des bagatelles. Ce fut le cas chez une femme de soldat. Son mari, après une dispute, lui ayant dit qu'il allait la tuer avec une balle de fusil, elle lui répondit : « Vous n'en aurez pas l'occasion, je vais me pendre moi-même ». Ce qu'elle fit. Heureusement on put la sauver à la dernière minute.

Cette rareté de suicide chez les Barundi et Banyarwanda corrobore la thèse (psychanalytique), comme quoi le suicide serait une agression envers soi-même. Nous voyons en effet très peu de phénomènes d'agressivité parmi ces populations autochtones du Ruanda-Urundi.

4. Psychoses maniaco-dépressives.

Voici d'abord l'observation de NSASAPURA, âgé de 24 ans.

A fait l'école primaire plus une année au groupe scolaire d'Astrida.

Obs. N° 2-B.

Il se sent anormal depuis février 1952 (cette observation a été faite fin 1953). A ce moment là, sans que rien de spécial ne se soit passé, il éprouva une envie irrésistible de courir et de parler tout haut. Il sentit lui-même qu'un élément nouveau s'était glissé dans son cerveau et « fouettait son esprit », comme il le dit. A force de crier et de courir, tout en se rendant plus ou moins compte de son étrange état, il attrapait mal à la tête. Il dit lui-même qu'il était comme dans ces moments d'accalmie qu'éprouvent les fous agités. Les gens de son entourage toutefois remarquaient qu'il devenait de jour en jour plus excité. Aussi, un mois après le début, durent-ils le lier et l'enfermer. Sa tête lui tournait. Il sentit en lui une force formidable qui le poussait à se mouvoir et agir. Ses facultés n'avaient jamais été aussi épanouies, dit-il. Mais bientôt il sombra dans un abrutissement dont il ne se rendit compte qu'un mois après. Vers cette date il était à nouveau bien et on le délia. Il avait un appétit et une soif que rien ne pouvait apaiser. « Il était, dit-il, comme un affamé, qui après une famine acquiert une possibilité double d'avaler la nourriture ».

Mais le mois de juin suivant, avec sa sécheresse, lui brûla à nouveau le cerveau. Il sentait des ondulations de sang dans sa tête, comme le font les vagues du Tanganyika (le lac). Il commençait à faiblir comme les récoltes fanées par un soleil trop brûlant.

Son sang stagnait dans son front et sa nuque s'anémiait. Il était de nouveau fou, comme l'avait dit un guérisseur de sa région.

Par après, il eut encore plusieurs périodes d'anomalie et de bonne santé mais, en août passé, comme le soleil devenait de nouveau plus fort, il redevint agité. Il se promenait partout, donnait des discours à tout qui passait et qui voulait l'entendre. Il prenait tout ce qui lui tombait sous la main, jusqu'au jour où, roulant sur le vélo d'un *karani* (clerc), il fut amené au Commissaire de Police, qui le fit emprisonner.

Voilà son histoire. Il est très actif, il s'amuse à tout regarder. Il voudrait aider à l'Hôpital et devenir infirmier. Il n'existe pas un objet accessible à sa main qu'il ne tourne et retourne en tous sens. Dès qu'il voit un morceau de papier, il veut écrire des lettres. Il écrit son auto-observation, car, dit-il, il sait écrire et parler le

français. En effet, il se met à balbutier les quelques mots de français qu'il connaît, mais son auto-observation est faite en kinyarwanda, swahili et français, d'après la facilité du terme trouvé. Il collectionne un tas de petits objets : des clous (pour faire une armoire). Il tient précieusement et exhibe à qui veut la voir, une lettre au Commissaire de police. L'adresse est biffée à trois reprises, mais tout cela ne le gêne nullement. Au-dessus de tout cela règne chez lui une bonne humeur inexplicable, une gaîté sans nuages, qu'il change en ironie lorsqu'il s'agit de traiter avec des inférieurs « qui n'ont rien appris à l'école ». Il écrit vite, en grands caractères, et remplit des pages et des pages, mais les propos qu'il y tient ne sont pas toujours très cohérents.

On pourra le constater au sujet de quelques mots inducteurs qu'on lui présentait.

Il s'agit d'une évocation verbale.

1. — *Mot* : « C'est une pensée qui se présente à l'intelligence, qu'on peut dire, écrire et en faire allusion ».

2. — *Docteur* : « C'est un parent comme le Père, il soigne nos corps que nous, Banyarwanda, nous aimons comme notre âme.

» Il aime sans partialité, il soigne sans parti pris. Nous devons préférer le médecin au vétérinaire, car la peau de l'animal n'est pas récompensée après la mort. Il soigne l'âme, car le corps meurt. L'âme meurt aussi et va en enfer. Est-ce que le médecin soigne nos corps ? On n'en doute pas, beaucoup de Blancs nous ont donné l'intelligence, nous avons beaucoup de Noirs instruits. Je voudrais connaître le nombre des médecins noirs et des infirmiers du Ruanda-Urundi.

Remercions nos enfants Blancs et Noirs qui se sont offerts à Dieu. Les Noirs sont heureux parce que leur roi est allé en Europe et leur a amené des livres et des habits. Les Banyarwanda aident les Blancs dans le progrès de l'humanité : Le vicariat du Ruanda. Le groupe scolaire 1925. Ce type-là était fou. Je remercie le docteur parce que l'âme ne se fatigue pas... etc. »

Comme on peut le voir, après quelques idées plus ou moins bien ordonnées, il s'éloigne progressivement du

sujet et finit par divaguer. Les idées viennent en foule, s'arrangent mal, s'échappent par morceaux décousus et finissent par devenir incompréhensibles.

Avec certains autres mots inducteurs, l'incohérence était encore plus marquée. A noter enfin que dans son écriture on constate parfois des lettres qui manquent parce qu'il se précipite tellement pour pouvoir tout écrire.

C'est surtout la partie maniaque de sa maladie que nous décrivons ici. Mais il signale très bien, dans son interrogatoire, la périodicité de ses crises.

En opposition de cette observation avec prédominance des accès maniaques, celle qui suit est une psychose maniaque dépressive, où les périodes de dépression se font remarquer davantage.

Obs. N° 54-B., de la nommée E..., âgée de 20 ans, élève aide-accoucheuse.

Nous rapportons les observations de deux différentes crises (l'une au mois de mars, l'autre au mois d'août de la même année).

OBSERVATION DU MOIS DE MARS.

Elle est couchée dans son lit. Elle dit qu'elle voit que la maison va tomber. Elle entend de nombreuses voix qui lui disent de mauvaises choses. On l'entoure, on veut la tuer. On fait du feu autour d'elle, on veut la rôtir.

Attention, dit-elle, cette maison va encore une fois tomber. On l'a relevée tantôt, mais si elle tombe cette fois-ci, tout le monde périra dedans.

Tout le monde lui fait peur, elle ne sait pas dire pourquoi.

On est venu voler dans sa maison, on a tout pris. Il ne lui reste même pas un linge pour se couvrir. *Elle ne voit que du feu* autour d'elle. Si, au moins, les voleurs n'avaient pas fermé la maison, elle pourrait en sortir. « Qu'on fasse sortir tout le monde » s'écrie-t-elle. Elle supplie : « Ne me coupe pas mon bras ». Puis elle s'écrie : « On le coupe, on le met au feu ». Puis, « ne me tue pas de grâce, je travaille pour gagner

ma vie. Pourquoi voulez-vous me prendre mes biens ? Je vais vous accuser chez les Sœurs ». Puis, plus loin : « Je vois de petites vieilles femmes toutes nues. Oh ! quelle honte. Ma mère est morte, quand mon frère sera là, je ferai rôti ceux qui l'ont tuée, etc. ».

Elle a l'air plus ou moins confus. Elle sursaute dans son lit. Tout le monde lui fait peur. Elle veut toujours se couvrir la figure, comme pour se cacher. Elle a les yeux mi-clos. Elle est immobile.

Quand on ne l'interroge pas, elle n'interrompt son mutisme que de temps en temps, pour soupirer en prononçant le nom de Dieu. Il paraît qu'au début de la crise elle frappait tout le monde et prononçait des mots peu convenables.

OBSERVATION (2^{me}) DU 3/8/53.

Depuis quelques jours elle sent quelque chose de vague dans sa tête. Elle a un air indolent. Hier matin, elle accusait de légers maux de tête, qui l'ont empêché de venir faire la garde (d'aide-accoucheuse).

Ce matin, les autres aides-accoucheuses lui trouvaient un air drôle, absent. — Elle avait une mine très triste. Vers 10 heures, elle était couchée dans la pelouse, à côté de la Maternité. Elle se plaignait d'effroyables maux de tête. On la transporte au lit, où elle commença à s'agiter, à s'arracher les cheveux et à chercher la raison de ses terribles douleurs. On lui coupe la tête, on la fend en deux avec une hâche. On emporte un morceau de son crâne pour aller manger dedans. « Je ne mourrai pas », dit-elle. Vous voulez me tuer, Dieu me vengera.

» Voilà cette femme, grosse de trois mois, où a-t-elle trouvé son enfant ? Mais non tu mens. (Ici on voit qu'elle s'adresse à quelqu'un.) Que me veulent tous ces impurs nus ?

» D'ailleurs tu ne parles pas mieux que moi, pas même en français » (ici elle ergote quelque chose en français, elle semble continuer le dialogue). Puis : « Voilà ce type tout nu, il s'approche de moi avec un flambeau allumé ; il l'attise avec de l'essence et voilà qu'il vient tout verser sur mes cheveux. Sauvez-moi ». (Ici elle se lève brusquement, ouvre les yeux tout grands qu'elle tenait fermés depuis le début, puis se recouche.)

Après avoir sommeillé pendant quelque temps, elle recommence à parler, d'abord d'une façon indistincte, puis on entend :

« Cette vache est morte, cette poule est tuée, et moi je ne mange pas de poule. Vous me forcez, je ne prendrai pas même un os, allez-vous en.

» Mais non. (Elle semble refuser quelque chose à quelqu'un qui lui parle.) Vous êtes tous nus ! Et alors. Et alors ».

Et ainsi de suite. Elle continue à parler, les yeux fermés, apparemment endormie. Quand on lui parle, elle répond une fois, puis se rendort. On ne parvient pas à avoir des renseignements sur celui avec lequel elle semble dialoguer.

On retrouve dans ce cas cette peur d'être torturée (on va lui couper le bras), ces idées de catastrophe pour l'entourage (la maison qui va s'écrouler), si communes dans les accès mélancoliques.

Il a aussi le délire, qui, comme certains délires mélancoliques, s'accompagne d'hallucinations auditives et visuelles.

A la base de ces hallucinations, comme c'est souvent le cas dans le délire hallucinatoire, il y a un désir refoulé. Ici, nous avons à faire à une jeune fille indigène non mariée. Pour sa profession on lui a conseillé de ne pas se marier. Le désir sexuel refoulé par l'égo ou par la conscience n'a qu'une seule possibilité de se manifester : c'est sous le déguisement de ces hallucinations, où un symbolisme sexuel n'est que trop évident. (« Voici ce type tout nu, il s'approche de moi avec un flambeau allumé »...).

Nous terminons les psychoses maniaco-dépressives par un cas typique où les périodes mélancoliques et maniaques se succèdent.

Obs. N° 23 B : S..., mariée, 7 enfants, 30 ans.

L'entourage s'est rendu compte que la femme n'était plus normale, depuis environ six mois. On voyait qu'elle aimait la solitude, qu'elle restait pendant de très longues périodes sans dire un mot. Elle pleurait souvent et fuyait la compagnie des gens. Puis brusquement, depuis une

semaine, son humeur change. Elle sort de son mutisme, elle bavarde continuellement sur des petits riens, rit sans rime ni raison, et commence à se moquer des gens.

« Elle est de mine très gaie, avec une expression naïve. Elle répond brusquement, rapidement, sans réfléchir aux questions posées. Son père vit, dit-elle, et sa mère est en bonne santé (ce qui n'est pas vrai, tous deux sont morts). A la même question, quelques moments plus tard, elle répond que son père est mort mais que sa mère est en vie. Une fois elle prétend qu'elle a cinq enfants, une fois sept. Elle n'est plus réglée depuis tout un temps mais elle prétend qu'elle voit régulièrement ses règles. On voit qu'elle répond sans réfléchir. Et pourtant, à notre avis, ses réponses ont un sens. L'état de dépression du début s'est installé suite à une série de malheurs successifs (mort de son père et de sa mère, emprisonnement de son frère, tout cela à peu près en même temps) ».

Son mari ne semble pas s'être occupé spécialement d'elle ou des enfants. Bref, on a l'impression que ses réponses pourraient exprimer le désir que ces malheurs ne soient pas arrivés.

Il nous semble que les observations que nous venons de citer démontrent suffisamment à elles mêmes l'existence de la mélancolie et de la psychose maniaco-dépressive chez les Noirs d'Afrique Centrale.

CHAPITRE IV

LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES

Obs. N° 40-BM : Observation de DAHANA, âgé de 22 ans.

Il nous a été envoyé pour observation en vue de déterminer sa responsabilité mentale.

Voici les faits. Sa mère voulait qu'il construise une case pour la saison des pluies. Elle lui avait reproché son inactivité et sa paresse. Dans une brusque impulsion, il l'a tuée.

Nous reproduisons ici, textuellement, un de ses interrogatoires :

« Depuis quand et pourquoi êtes-vous ici ? »

Tout en caressant de gestes monotones automatiques sa bouche et son nez, il répond :

R. — Je suis ici depuis peu de temps, mais comme je ne sais pas calculer, je ne saurais vous dire quel jour je suis entré ici ni le nombre des jours que j'ai déjà passés ici. Je ne sais pas pourquoi on m'a mis à l'hôpital. Les policiers m'ont amené ici avec le seul plaisir de m'y colloquer.

C'est tout.

Q. — Pourquoi vous a-t-on emprisonné ?

R. — Je suis en prison parce que j'ai blessé l'arbre qui me donna le jour. On m'a mené en prison, mais j'étais personnellement là où nous l'avons conservé.

Et puis je demande qu'on me relâche. Mais là où je vais, ce n'est pas à s'aventurer seul, l'endroit est difficile.

Q. — Pourquoi ?

R. — Je n'en sais rien, ne me demandez pas davantage. Je ne vous dirai pas plus.

Q. — Pourquoi avez-vous blessé votre « arbre » ?

R. — (Avec une belle indifférence.) Parce qu'il m'agaçait trop. Il était plus fort que moi. Je n'avais personne pour m'aider à lui donner une râclée. C'était un de mes parents et nous étions dans une maison d'un autre membre de la famille. Comme il s'amusait souvent à me frapper, j'ai voulu lui rendre la pareille. J'ai pris un grand couteau qui servait à décortiquer le riz, je lui ai donné un premier coup au bras, puis d'autres coups à la poitrine et au ventre.

Après qu'il était mort, je l'ai laissé là toute la nuit. Le lendemain je courus vite pour demander à un certain, dont je ne sais pas révéler le nom, mais qui ne m'avait pas aidé à faire mon coup, de m'aider à l'enterrer.

On a porté le cadavre derrière la maison. On pensait qu'un voile de mystère resterait sur notre affaire. Quand nous étions en train de transporter le cadavre pour aller l'enterrer à l'endroit public, au marché, un inconnu nous présenta une place plus sûre pour l'enterrer.

Je ne suis pas encore marié et il voulait que je meure célibataire. C'est pourquoi je l'ai tué.

Q. — Avez-vous des frères ?

R. — J'en avais, mais tous ont disparu encore jeunes. Nous étions couchés ensemble, et le lendemain j'ai trouvé le lit vide.

Q. — Qu'est-ce que cet arbre dont vous parlez ?

R. — C'est ma mère, ma vraie mère, qui m'a engendrée avec mon père et celui-ci est de ma taille et de mon âge.

Q. — Qui vous a traduit devant le juge ?

R. — Ceux qui veulent manger. Mais je n'en connais encore aucun.

Q. — « Ceux qui veulent manger ». Qu'est-ce que cela veut dire ?

R. — Évidemment le mari de la femme qui est mon père.

Q. — A quoi est-ce que vous pensez maintenant ?

R. — Ma tête est vide de pensées.

Q. — Que méritez-vous après un pareil crime ?

R. — (Avec insolence.) Qu'on me rende une autre mère parce que je veux manger du cuit.

Et si on me punit, ma peine ne pourra pas dépasser une nuit (c'est-à-dire le temps qu'il a mis pour la tuer).

Q. — Aimiez-vous votre mère ?

R. — L'aimeriez-vous au-dessus de tout ?

Nous avons reproduit une partie de cet interrogatoire pour mettre en évidence le maniérisme excessif de son langage qui, même en milieu indigène, où l'on aime à

parler un langage symbolique, paraît tout à fait affecté et précieux.

Notons encore, à côté de réponses correctes, des réponses à côté et incohérentes.

En salle, il restait assis et immobile dans son lit tout le long de la journée. Tout ce qui bougeait, c'était la main droite avec laquelle il se frottait continuellement le nez et la bouche.

Il était indifférent à tout ce qui se passait autour de lui. Il n'adressa jamais la parole à un malade de la salle. Son regard restait fixé dans le lointain et un petit sourire guindé effleurait, en général, ses lèvres.

Souvent, lorsqu'on lui adressait la parole, une timidité outrée et exagérée se manifestait. S'il avait pu rougir, il l'aurait fait.

Tout ceci démontre que la Schizophrénie en Europe et en Afrique sont d'une analogie frappante. Nous retrouvons dans ce cas l'autisme, le maniérisme, le langage figuré, les réponses à côté, la timidité exagérée, l'inactivité complète et surtout les troubles d'affectivité, tels que nous les connaissons dans les cas européens.

Obs. N° 94 B: Obs. de KAMEGERE, 17 ans.

« Il a fréquenté l'école primaire jusqu'en 4^{me} année. Il dut renoncer à continuer ses études, car la fatigue qu'il ressentait ne lui permettait plus d'effectuer tous les jours les 10 km qui séparaient sa maison de l'école.

» A son arrivée à Usumbura, il obtint du travail, mais bientôt il dut le quitter à cause de sa mauvaise santé et sa faiblesse. Il devint somnolent. La vie qu'il menait, ressemblait à celle d'une tortue. Toute activité lui était devenue pénible. Il sentait que son attention et son intelligence s'affaiblissaient chaque jour davantage. Il avait des maux de tête, des douleurs aux bras, des bourdonnements d'oreille.

» Il dit qu'il n'entend pas bien, mais ce n'est pas l'audition qui est défectueuse, c'est plutôt le fait qu'il lui faut un certain temps avant qu'il comprenne le mot. Il y a un temps de latence, par la lenteur des procédés mentaux.

» Il est immobile. Il a la figure figée. On est étonné de constater qu'il puisse parler car beaucoup de statues ont un air plus vivant. Il garde l'attitude qu'on lui impose.

L'examen physique a révélé la présence d'œufs de Schistosomes *Mansoni* dans les selles ainsi que de nombreux ténias. L'examen du liquide céphalo-rachidien donna 0,8 d'éléments cellulaires par m³. »

Après cette observation d'une schizophrénie catatonique, nous donnons ci-après une observation d'une forme qu'on pourrait étiqueter de confusionnelle.

Obs. N° 127-B. — Il s'agit du nommé H..., âgé de 22 ans, commis au Service du Gouvernement.

Il fut d'abord hospitalisé dans un hôpital rural. Voici les notes du médecin à ce sujet.

Ne travaille plus parce qu'il se sent malade depuis quelques jours. Se plaint de douleurs continues dans le dos, de mal au côté, de crises de chaleur au thorax. Il mange très peu parce qu'il a mal au côté... Il dort beaucoup, sauf la nuit.

Le malade est absent d'esprit, mais répond quand même aux questions. Il fait les travaux lui imposés.

Changement de caractère : il va se promener lui, évolué, habillé de vieux vêtements usés et quitte son travail sans rien dire.

Se met plusieurs fois derrière le volant de l'une ou l'autre voiture des Européens du poste, urine en pleine rue 'in conspectu omnium', entre dans ma maison à 6 h. du matin disant qu'il va dormir.

Il a été hospitalisé pendant deux semaines. Tous les examens étant négatifs, j'ai cru avoir à faire à un simulateur.

Après sa sortie de l'hôpital, il a repris son travail, tout en donnant satisfaction.

Cette satisfaction n'a guère duré. Un mois après, il nous fut adressé en observation. De nouveaux troubles avaient fait leur apparition. Il était excité, euphorique. Il riait continuellement et faisait des remarques sarcastiques à propos de tout. Il ne voulait plus de son argent et mettait le feu à des billets de cinq francs. Deux jours après, cet état maniaque était suivi par une réac-

tion mélancolique. Il prétendait qu'on voulait le tuer, l'empoisonner. Il sentait qu'il allait mourir et voulait absolument se confesser. Le lendemain il demanda l'autorisation de pouvoir aller enterrer son frère. Il prétendait que son frère était mort, quoiqu'il l'eut encore vu la veille.

Il réclamait des médicaments pour son rhume, la moelle épinière, son ventre. Graduellement il devint de plus en plus confus. Un matin il se présenta à la consultation avec sa valise et ses effets personnels. Il voulait faire une vente publique. Ses propos et ses écrits (il écrivait beaucoup) devinrent plus incohérents.

Nous transcrivons textuellement comme exemple, un de ses écrits :

« Si un commerçant indépendant vend son rasoir pour 0,25 F, son stock serait vite épuisé et gagnerait 3.500 F qui la valeur d'un vélo qu'il n'ait pas de ver et qu'il ne fume pas. Seulement il faut un traitement supérieur pour commencer le Plan Décennal. Que les Missions s'y intéressent sinon elles ne pourront plus suivre le progrès.

Fides

H..... Jean. »

Un autre contient ceci :

« 7 questions.

Les 7 sacrements.

1. Qui est européen ?
2. Montrez-moi votre dame.
3. Montrez-moi un Anglais.
4. Montrez-moi votre agronome et le Gouverneur Liesnard.
5. Répondez-moi bien avant 10 h s.v.p. mille excuses.
6. Vos grades.
7. Vos journées.

J = Nani ou H... »

Ses dessins étaient aussi baroques que ses écrits. Il dessina une tête d'où sortaient un tas de fils reliés à une espèce de cadran. Le tout s'intitulait « le temps ». Le plus fort, c'est que plus tard nous avons retrouvé à peu

près le même dessin chez un schizophrène en Europe. Ceci nous a laissé franchement rêveur.

Cet état a persisté pendant à peu près un an. Il a d'abord reçu une série d'électrochocs, sans aucun effet. Après un traitement à l'insuline, à doses plutôt sub-comateuses, une amélioration nette s'est installée et il a pu quitter l'hôpital et regagner son village d'origine.

Nous pourrions citer encore maints exemples de nos cas de schizophrénie.

Nous avons depuis un an et demi, à l'hôpital, un schizophrène en salle, guéri maintenant par coma insulinique, qui ne dit jamais un mot à personne et dont la seule activité consiste en ceci : il se lève le matin, va s'asseoir, toujours à la même place, sur la pelouse en face d'un grand mur (l'herbe ne pousse déjà plus à la place où il est toujours assis) et rentre le soir dans son lit en salle.

Nous terminons ce chapitre sur les psychoses schizophréniques par une lettre d'un gardien de Prison à son Médecin de Secteur au sujet d'un schizophrène.

Si nous signalons cette lettre, c'est pour montrer que l'Électrochoc et le Coma insulinique ne sont pas les seuls traitements à appliquer dans la Schizophrénie.

Une psychothérapie bien comprise peut parfois donner des résultats surprenants.

Voici d'ailleurs la lettre :

« Monsieur le Docteur,

» J'ai l'honneur de porter à votre connaissance qu'il nous est désormais impossible de garder l'aliéné dont l'identité suit...

» Cet individu nous fut amené après qu'il eût tenté de mettre le feu à la hutte de son père à Kibingo. Après l'avoir examiné, vous l'avez déclaré comme dangereux pour la société et devant être enfermé. Il s'est comporté, depuis lors, en véritable énergumène semant la terreur parmi la population pénitentiaire de la prison. Quatre détenus ont déjà dû recevoir des soins prolongés suite aux coups que cet aliéné leur a portés sans motif valable.

» Le 30 janvier, après avoir ouvert un passage dans le toit des W. C.

de la prison, il tente de s'échapper et grimpe sur le toit de la prison et résiste aux soldats et policiers chargés de le faire descendre. Finalement un Agent de l'Administration réussit à le reprendre. Une semaine plus tard, enfermé au cachot après avoir roué de coups un détenu, il défonce la porte de la cellule, réédite le coup du toit et réussit à s'échapper de nuit, à la faveur d'un orage. Repris, il est mis à la camisole de force... qu'il brise le lendemain. Il blesse les deux soldats qui tentent de le maîtriser. On lui met alors menottes et entraves en acier... brisées le lendemain. Je décide alors de lui mettre doubles menottes et doubles entraves... lesquelles subissent le même sort que les précédentes. Tous les moyens dont nous disposons pour maîtriser cet énergomène ayant été épuisés, je ne puis plus garantir son internement. Comme il m'est également impossible de prendre encore quelque responsabilité quant aux agissements de cet homme, lequel est *obsédé par un désir de vengeance à l'égard de son père* qui, prétend-il, l'aurait empoisonné. »

Cet énergomène nous fut envoyé alors. Nous l'avons mis en salle commune avec les autres malades. Pendant tout son séjour à l'hôpital, il n'a provoqué aucune difficulté. Il était calme, et replié sur lui-même, comme tout schizophrène.

Une preuve de plus que le dicton de PINEL : « la contention excessive est le meilleur moyen d'entretenir l'agitation », reste toujours vrai.

Une preuve de plus aussi, à notre avis, de l'importance de facteurs psychothérapeutiques dans le traitement (séparation et éloignement du milieu familial dans ce cas-ci).

CHAPITRE V

LES PSYCHOSES PARANOÏAQUES

L'existence de la vraie paranoïa, la paranoïa simple, sans hallucinations, a été discutée (DE Vos, dans une communication au Congrès des Sciences Africaines à Johannesburg en 1949). GORDON, au Kenya, n'a pas constaté de cas de paranoïa.

Pour cette raison, nous donnons quelques observations en plus sous cette rubrique.

1. Paranoïa hallucinatoria ou paraphrenia.

Observation d'INASAYA, femme âgée de 30 ans.

Elle est maîtresse du ciel et de la terre. Elle distribue des chefferies à sa guise. Elle voudrait avoir de l'eau car elle vient d'accoucher. MUGANZARUGU a voulu la tuer en couche. Il voudrait lui prendre son royaume, mais puisqu'elle a un enfant, aucun autre ne pourra lui succéder. Elle voudrait du lait car une reine ne boit pas de l'eau. Tous ses chefs investis peuvent être tranquilles, car elle les protégera souverainement. Elle a mis de la fumée dans les tuyaux d'eau pour empoisonner les partisans de Muganzarugu. (Ici elle montre l'eau claire du robinet). Elle a envoyé ses troupes chez Muganzarugu pour l'empêcher de venir la troubler dans son royaume.

Le médecin ne pourra pas l'ennuyer, puisqu'il est son protégé. Dieu le père vient d'envoyer des gens pour la porter en tipoye (comme les Européens). Des anges du ciel lui chantent des hymnes.

Elle est NTARE I^{er} (le premier roi de l'Urundi). Son pouvoir n'a pas de limites. C'est impoli de questionner un roi. Le sol d'ici est digne de feu et de soif puisqu'il laisse sa reine mourir de faim.

Puis son corps commence à trembler. Elle dit que c'est Muganzarugu qui l'agite. Mais il ne pourra rien puisque cette lampe va briller

dans son cœur. Car elle voit, et elle veut montrer, une lampe qui éclaire le berceau de son enfant (est-ce que c'est une hallucination brodée sur le thème de l'étoile de Bethléem dans l'Évangile ?).

Lorsqu'on lui demande pourquoi elle est si maigre (car elle est maigre), elle répond : Est-ce qu'un Dieu mange ?

L'examen physique est complètement négatif. Un examen gynécologique n'a pas pu déceler l'origine des douleurs au bas-ventre, dont elle se plaint. Il s'agit probablement de troubles somatiques neuro-végétatifs concomitants.

Observation de MUBILIGI, homme de 30 ans. (Obs. 10-M. du 15-9-53).

En observation pour expertise médico-légale. A blessé deux femmes indigènes à coups de serpette, sans motif plausible.

« Il est de la race des « Munyiginya », la race des « Bami » (des rois) du Ruanda. Il est en prison parce qu'il a réclamé le « tambour royal ».

Un jour, en sortant de la prison, il alluma sa pipe. Il vit des étincelles et beaucoup d'autres choses qu'il n'a pas reconnues. Il voulait s'acheter une culotte et un singlet, mais après avoir payé, une histoire étrange se passa : une pièce d'un franc « revenait », comme mue par une force étrange, dans sa main.

Il a été amené à l'hôpital en camion et il se demande si ce transport en camion lui convenait bien, à lui, détenteur du « tambour royal ».

Après avoir passé quelques jours à l'hôpital, il dit qu'il veut retourner chez lui, qu'il devienne « Mwami » (roi) ou non, il désire retourner chez lui.

Il accepte même d'être simplement « l'oncle du Roi ».

C'est un petit mututsi, malingre, dont l'air dédaigneux montre qu'il veut s'imposer. La plupart du temps, on le trouve debout, les mains dans les poches, le dos légèrement incliné et se balançant ostensiblement. Il fait le grand.

Il parle lentement, comme le font les grands chefs. Tout ce qu'il dit, tout ce qu'il fait, dénote qu'il veut être un grand personnage.

A d'autres moments, il dit que Dieu l'a envoyé, qu'il a eu des révélations (il considère l'affaire du franc comme un signe certain de l'intervention divine). »

Cette idée d'une mission de Dieu est assez fréquente parmi nos paranoïaques noirs. Le nommé RUHIWA (*Obs. 9-M.*), âgé de 28 ans, prétend qu'il est l'envoyé de Dieu. Il est le détenteur de forces spéciales. Il doit passer partout pour prêcher. Il guérira tous les malheurs.

Il est envoyé par le grand-père de tous les hommes. Il dit ceci avec un petit sourire qui dénote l'importance du secret qu'il va révéler.

Vous ne savez pas, dit-il, qui est le grand-père, le Supérieur de tous : mais c'est Dieu, Dieu le Père.

Je dois enseigner cela à toutes les nations. Le sorcier guérit et le Blanc possède de bons médicaments. Si ces remèdes se rencontrent dans l'homme, le malade meurt. Voilà ma mission. Ici, son air devient plus menaçant et il ajoute : « Qui n'y croit pas, ne sera pas battu, mais l'Autre le punira ».

Sa mission date du 15 de l'année 1956 (Nous sommes en 1953 !). Il a vu Dieu lui-même. D'ailleurs, dit-il, un de ses yeux vous rendrait content pour le restant de vos jours.

Il a été emprisonné à cause de sa mission. On le persécute...

On voit très bien dans ce cas l'origine du délire de la persécution qui commence à se greffer sur le délire mystique mégalomane.

Nous ne pourrions mieux illustrer la genèse d'une *paranoia hallucinatoria* avec délire de persécution, que par un cas dont nous avons pu suivre l'évolution, dès le début, jour par jour. C'est le cas du nommé MUREKAM-BANZE (*Obs. 56-C.*).

« Il est venu à l'hôpital pour rester auprès de son enfant paralysé de la jambe droite. Pendant le premier mois de son séjour, son comportement était tout à fait normal.

C'était un père fortement préoccupé de la maladie de son enfant. Puis, tout doucement, il a commencé à se plaindre de vagues douleurs dans la poitrine. Il a voulu qu'on lui donne une feuille de température, comme à son enfant.

(N'étant pas malade, il n'en avait pas). On le trouva alors pendant tout un temps l'œil fixé sur sa feuille de température. Il était en train de comparer les deux feuilles.

Sur sa feuille de température l'inscription ne dépassait jamais la ligne noire (t° 37), tandis que sur celle de son fils, il y avait des températures plus hautes, des points au-delà de la ligne noire. Il réclamait parce qu'on avait oublié d'inscrire le n° de la salle sur sa feuille. On avait mal écrit son nom et son adresse. L'infirmier de la salle ne s'occupait pas de lui. Il l'ennuyait. Les autres malades de la salle commençaient à l'ennuyer à leur tour.

Ils devaient savoir qu'il avait été chef de quartier au Centre, qu'il avait été démis injustement et pourtant ils prenaient parti contre lui. Ils se moquaient même de lui et de son fils.

Il voulait porter l'affaire devant le Tribunal. Il voulait leur montrer qu'on ne devait pas le traiter comme n'importe qui.

Puis il trouva étrange que le policier de la salle XVI, la salle des prisonniers malades, était justement celui-là qui l'avait limogé comme chef de quartier. (Il avait été réellement chef de quartier, mais le pauvre policier de garde n'avait joué aucun rôle dans le fait qu'on avait mis un autre à sa place). Il en conclut qu'il voulait le poursuivre, même jusque dans l'hôpital. Il devint convaincu que c'était le policier qui était à l'origine de tous les mauvais traitements qu'il avait subis à l'hôpital et de la part des infirmiers et de la part des malades.

Il entendait maintenant nettement que le policier criait toutes les nuits qu'il allait faire un recensement et malheur à qui n'aurait pas ses pièces d'identité... »

Comme on le voit, cette réaction paranoïaque s'est développée graduellement. Son délire d'interprétation n'était pas encore fixé au début. Puis, il s'est cristallisé autour de sa destitution de chef de quartier (un événement qui datait déjà de quelque temps auparavant). Il est certain que cette histoire l'avait blessé profondément dans son amour-propre. Mais sans cet autre malheur, la longue et grave maladie de son enfant, il est peu probable que la réaction paranoïaque se serait produite.

Dans le cas du nommé KAHUNGU (*Obs. 60-B.*), un délire paranoïaque s'est développé après qu'il fut exproprié pour une construction gouvernementale. Il racontait :

« Maintenant je sens que mon intelligence est plus éveillée, alors que je n'ai fréquenté aucune école. Je sens que la Providence m'a

envoyé des richesses. Je vais vivre en abondance pour le restant de mes jours. Le Gouvernement va me construire une maison d'habitation à B... et avec l'argent que j'ai au Service des Finances, je vais m'acheter une voiture ».

Dans le cas du nommé S... (*Obs. 127-C.*), commis au Service des Postes, âgé de 27 ans, il s'agit d'un ordre de mutation.

Voici son auto-observation :

« J'ai travaillé avant au Secrétariat P... d'E... J'ai eu des *difficultés* avec mes patrons, et on me muta pour A... Là, j'ai travaillé pendant tout un temps, jusqu'au moment où mon collègue de B... a commis des bêtises dans son service. Le Service Provincial télégraphia à mon patron qu'il n'y avait pas de remplaçant pour ce dernier et qu'il fallait choisir un *élément d'élite* dans son personnel local.

» Je fus désigné pour remplacer ce dernier parce qu'il *n'y avait que moi qui était capable*, à remplir ce poste. Je refusai parce que c'est ma contrée natale et qu'il y a beaucoup de gens qui envient mon sort et celui de mon papa et qu'ils auraient pu m'empoisonner ou m'envoûter suivant les *indications de mon professeur de magie blanche*. J'ai porté des amulettes de la Magie Blanche autour du bras et du ventre, mais, malgré tous mes efforts, je fus désigné pour ce maheureux poste. Arrivé là-bas, je refusai de signer la remise-reprise et je suis parti chez ma tante paternelle. Elle m'a défait de mes amulettes de la Magie Blanche, les a écrasées et les a mélangées avec des médicaments indigènes et les a mises dans l'eau de bain. Quand je me baignais, je sentais directement que ma tête était dérangée. Je fus hospitalisé à A... et le Médecin a dit à mon papa que j'avais une confusion mentale. Mon papa demanda de me conduire à U... pour trouver un spécialiste. Mais moi, je sais que je n'ai pas de chance. Tout juste avant de quitter j'ai reçu ma nomination de « *percepteur principal* » alors qu'il n'y a *aucun autre autochtone qui ait atteint ce grade dans toute l'Afrique belge* ».

Je pourrais ajouter à cette auto-observation que ce délire paranoïaque a persisté. Il est encore toujours convaincu qu'il a été « Percepteur Principal », quoique, certains jours, il signe ses lettres de « Commis de... classe ». Les lettres qu'il écrit aux plus hautes autorités (Gouverneur Général, etc.) sont nombreuses. Il lit tous les pa-

piers, tous les morceaux de journaux et d'imprimés qui lui tombent sous la main et en retire tout ce qui peut servir à son délire de grandeur et de revendication.

Comme tous les autres paranoïaques, il est très fier de sa personne et d'une propreté excessive (il prendrait 3 à 4 bains par jour).

Il ressort de son observation qu'à côté des causes déclenchantes (dans son cas la mutation), il y a encore autre chose. C'est le tempérament ou la constitution paranoïaque, dont les caractéristiques les plus frappantes sont : l'orgueil démesuré et la méfiance.

Nous voudrions attirer encore l'attention sur cette histoire de la Magie blanche.

Dans un autre cas de paranoïa (Kib... *Obs. N° 1-M.*), nous avons retrouvé cette même Magie blanche.

De quoi s'agit-il ? Il se fait que beaucoup de nos Noirs évolués, qui ne croient plus ou n'osent plus s'adresser à la Magie noire, se sont adressés par correspondance, à la suite d'annonces apparues dans certains journaux étrangers, à des diseurs de fortune, d'astrologues et autres charlatans, qui représentent ce qu'on pourrait réellement appeler la Magie blanche.

Voici d'ailleurs la copie d'un des billets adressés par les Messieurs de la Magie blanche au nommé KIB... :

« Messieurs,

» La lumière que nous voyons en ce monde vient de l'âme de l'observateur. Partout où s'est trouvé un noble sentiment il a fait resplendir autour de lui les demeures et les visages.

» Messieurs et Chers Bénévoles, vous êtes bien choisi parmi les meilleurs et vous verrez dans huit jours quelque chose de luxe et de mystérieux.

» Vous étiez pauvres et vous deviendrez riches.

» Agréez nos civilités.

Paris, le 1 /11 /1950 ».

Inutile de dire que des conseils pareils ne se donnent pas gratuitement.

Pour conclure ce chapitre sur la Paranoïa hallucinatoire et ses causes, disons que le délire paranoïaque, dans la plupart de nos cas, était de nature compensatrice.

2. Paranoïa simple.

a) PARANOÏA DE REVENDICATION (QUÉRULENTE).

Obs. de GASTON (N° 30-C.), 30 ans.

Lors de l'interrogatoire, il est posé, réfléchi. Il répond calmement aux questions qu'on lui pose. Il raconte surtout très bien son histoire. On dirait qu'il la connaît littéralement par cœur.

La voici :

« Après beaucoup de privations, il avait pu mettre mille francs de côté. Comme sa maison était peu sûre, il préféra donner l'argent épargné à un certain Édouard. Il lui avait déjà confié auparavant de l'argent et il avait toujours rendu intégralement la somme remise.

» Ici, il donne alors un tas de détails au sujet de la façon dont il a remis l'enveloppe avec les 1.000 F. Bref, le fait est qu'il y a eu discussion dans la suite, lorsqu'il est venu redemander son argent. Le nommé Édouard prétendait qu'il n'y avait que 900 F dans l'enveloppe. Lui, il était sûr d'avoir remis 1.000 F. Il porta l'affaire devant le tribunal indigène, qui lui donna tort. Il insulta le juge indigène pour son injustice. En appel, l'affaire passa devant le tribunal du Centre (Administrateur Européen). Là aussi, il n'obtint pas justice. Mais il s'est juré de ne pas céder ses biens avant d'avoir épuisé tous les moyens de les récupérer. Il ne laisse pas de repos aux autorités judiciaires tant indigènes qu'européennes. Jour après jour, il attend devant leurs portes pour expliquer à nouveau sa palabre. Ils l'ont déjà traité de fou, mais il en a été à peine indigné. Ce qu'il veut, c'est son argent, c'est de la justice. Il a écrit dernièrement aux Nations Unies, pour exposer son cas ».

Renseignements pris, il aurait toujours été d'un caractère difficile. Lors de l'examen périodique et obliga-

toire au point de vue Trypanosomiase, il aurait refusé de se laisser faire une ponction ganglionnaire, prétextant qu'il n'était pas malade et qu'en conséquence on n'avait pas à tripoter (sic !) à son cou.

b) PARANOÏA D'INTERPRÉTATION.

Observation de MIBUMI (Obs. 45-M.), âgé de 35 ans, ancien policier indigène.

Étant en prison pour vol, il a attaqué et blessé un sergent de la police indigène.

« L'histoire est la suivante : En sortant de la prison, il avait demandé à quelqu'un d'avertir sa femme qu'elle devait lui apporter du tabac. Un policier de garde lui commanda de rejoindre le rang des autres prisonniers, tout en l'insultant. Il en ressentit une vive colère, surtout que depuis quelque temps il avait remarqué que les prisonniers se réjouissaient de voir un policier en prison et que les policiers eux-mêmes le maltrahaient, parce qu'il avait *déshonoré* leurs rangs.

» Le jour suivant on lui refusa la nourriture. Il se fâcha à nouveau. Lorsque, par après, on lui donna quand même de quoi manger, il refusa, parce qu'on l'avait *déshonoré*.

» C'est le lendemain que sa colère déborda. Insulté à nouveau, il se jeta sur le sergent policier. Tous les policiers accoururent et il reçut quelques bons coups de matraque.

» Lorsque nous le voyons, il est encore toujours furieux. Il exige que l'affaire du vol soit réintroduite, cette fois devant le tribunal du Mwami (Le roi).

» Il a l'air hargneux. On voit qu'il attache une importance capitale à son honneur de policier. Il ne supporte pas qu'on lui manque d'égards. Par contre, il est très sensible à la politesse. »

Il en veut aussi à l'Européen qui l'a condamné sur les dires d'un témoin avec lequel il avait des ennuis.

On voit qu'à la base de ce délire de revendication et de persécution se trouve une atteinte à l'honneur.

Dans un autre cas, celui d'un grand notable (*Obs. N° 37-M.*), se trouvait à l'origine ce qu'il croyait être une atteinte à ses intérêts. Il développa là-dessus un délire de persécution très typique (persécuté-persécuteur).

Un délire de revendication un peu sortant de l'ordinaire est celui de la nommée HENIZA.

C'est une petite bossue qui vient régulièrement réclamer son enfant à l'hôpital. Elle prétend qu'une aide-accoucheuse de l'hôpital l'élève chez elle et le cache.

Il y a trois ans, elle subit une opération césarienne. Mais l'enfant était mort. On ne lui a pas montré l'enfant mort. Plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, l'idée lui vint tout doucement que l'enfant qu'elle avait tant désiré avoir, devait être en vie. On le cachait. Quelqu'un l'avait pris. Cela ne pouvait être personne d'autre que la vieille MAYUMA, l'aide-accoucheuse, non mariée, de l'hôpital.

Devant ses appels infructueux, elle commence à croire à l'existence d'un complot, où seraient mêlés l'aide-accoucheuse, les Sœurs Infirmières, le Père Supérieur de la Mission, etc...

CHAPITRE VI

PSYCHOSES DÉLIRANTES AIGÜES OU BOUFFÉES DÉLIRANTES

Ce chapitre des délires hallucinatoires en milieu indigène vaudrait, à lui seul, une étude.

Ces psychoses sont généralement d'assez courte durée (1 à 4 jours), de sorte qu'on est tenté de parler de bouffées délirantes (Dr R. BAUDOUX [16]).

Elles récidivent fréquemment, pas toujours sous la même forme. Il n'y a pas de fièvre. Les délires avec fièvre et origine toxi-infectieuse éventuelle décelable, sont classés dans les Psychoses organiques.

Ce sont des genres d'accès confuso-oniriques, qui surviennent assez brusquement, et s'accompagnent la plupart du temps d'une agitation psycho-motrice intense.

Les malades ressentent le besoin de courir, de crier. Souvent aussi, ils sont très agressifs et le meurtre est assez fréquent.

Par ce caractère agressif et meurtrier, certaines de nos observations pourraient être rapprochées de l'Amok tel qu'il a été décrit par VAN WULFTEN PALTHE en Indonésie. Mais tous nos cas ne montrent pas cette fureur destructive de l'Amok.

Et puis, dans la grande majorité de nos cas on trouve, à l'origine, des influences religieuses, des envoûtements et ensorcellements. Ce sont, au fond, souvent des délires d'influence.

Si l'on sait que, chez le Noir, le surnaturel, la magie,

la peur des ancêtres jouent un rôle prépondérant dans les actes et les agissements de tous les jours, on comprendra mieux l'importance de ces facteurs dans la pathogénèse de ces troubles.

« La folie anxieuse » décrite par CAROTHERS [13] au Kenya cadrerait beaucoup mieux avec la plupart de nos cas.

Quelques observations dans ce chapitre pourraient également évoquer le « Latah » malais, mais alors dans sa forme impulsive (Castellani). Car le vrai « Latah » avec echolalie et echopraxie nous ne l'avons jamais constaté. Même pour la forme impulsive, nos cas manquent ce début brusque par une frayeur, un bruit, etc...

C'est cette même absence d'un début brusque provoqué par une frayeur ou un bruit, qui nous fait différencier certains de nos cas du « Banga », ces fugues décrites par RODHAIN [16] chez les populations de l'Ouellé au Congo belge.

La complexité de ce problème des états délirants en milieu indigène, nous incite à citer un plus grand nombre d'observations dans ce chapitre. Toutefois nous ne reproduisons qu'une partie de certaines observations, sans quoi ce chapitre deviendrait trop long.

Dans le cas de la nommée BITI (*Obs. 54-C.*), âgée de 45 ans, c'est l'influence des mânes des ancêtres qui joue. Voici ce qu'elle nous a dit :

« Je ne jette pas mes habits, je n'insulte personne, mon intelligence est normale. Mes voisins me traitent de folle, mais le médecin va démontrer que je ne le suis pas. La seule maladie, que j'ai depuis le mois du Ramadan (jeûne musulman), c'est que je vois parfois les mânes de ma mère, qui veulent me tuer. Mais maintenant, je suis tout à fait normale, etc... »

Son entourage déclare que, dernièrement, elle a quitté la maison pendant quatre jours. Quand la crise arrive, elle court à travers champs et bois, prononçant des paroles insensées.

Le cas de SANZAHORE (*Obs. 68-M.*), âgé de 40 ans, est à peu près le même.

Il dit qu'il vient de faire une crise de folie. Pendant celle-ci il a frappé et blessé sa femme. Mais lui prétend que ce n'est pas vrai, puisqu'elle vient souvent le voir à la prison et que s'il l'avait frappée, elle ne viendrait plus. On l'avait envoûté, dit-il. C'est pourquoi il ne faisait que courir et parler.

Il ne se rappelle pas ce qu'il a eu exactement ni ce dont il parlait. Il a un vague souvenir qu'il a été lié.

La nommée SIMBARIRA, âgée 30 ans (*Obs. 117-B.*), dit qu'elle éprouve, de temps en temps, le désir de loger en brousse. En même temps elle sent alors la nécessité de parler tout haut. Elle sent alors un nouvel être qui s'empare d'elle. C'est un animal, qu'elle ne sait pas très bien définir, mais qui lui suce son cerveau. C'est pour empêcher que la bête ne l'abrutisse complètement qu'elle fait tant de bruit et de tapage.

VICTORIA (*Obs. 32-C.*), âgée de 19 ans, déclare qu'elle ne veut pas entrer à l'Hôpital, parce que sa maladie est d'origine indigène. Elle est envoûtée par des sorciers de chez eux. Seuls les médicaments indigènes sont efficaces contre les maladies indigènes. C'est un démon qui entre en elle. Elle a eu sa première crise, il y a un mois... etc.

Dans l'observation du nommé KABELA (*Obs. N° 30-C.*), d'origine babembe, âgé de 30 ans, ce sont les esprits des ancêtres de toute la tribu qui sont à l'origine de ces troubles.

« On le dit fou, dit-il, et c'est pourquoi il est venu se faire examiner. Mais lui, il sait très bien où se trouve la cause de son mal. Ce sont les *esprits des ancêtres babembe* qui le poursuivent partout. Il ne se sent pas mal du tout. Seulement, à certains moments, des images d'animaux lui passent devant les yeux, comme dans un rêve.

» A ce moment-là, les esprits néfastes commencent à le maltraiter. Ses ancêtres errent continuellement à travers les forêts de chez eux. A cause d'une querelle avec son frère à propos de ses enfants décédés, il a réveillé ces mauvais esprits.

» D'ailleurs, les âmes des babembe morts errent partout depuis que les Blancs ont mis le feu à un gros baobab (l'arbre) où les esprits des trépassés se réunissaient (on a l'impression que les Blancs y sont aussi pour quelque chose dans l'origine de son mal). S'il pouvait rendre aux Bazimu (les esprits) le culte traditionnel, il pourrait les apaiser. Mais il est seul, il ne peut pas et c'est pour cela que les bazimus (esprits) le poursuivent. »

Dans d'autres cas, ce sont des éléments de la religion chrétienne qui jouent le rôle principal. MGIRUHO (30 ans, *Obs. 32-M.*), a tué sa marâtre dans une colère sainte, dit-il, il la croyait impie.

« On le traite de fou, ajoute-t-il, parce qu'il chante souvent des cantiques en l'honneur de la Sainte Vierge. Les prisonniers l'ont frappé pour cela, et sans l'intervention de Dieu il serait mort. Il porte un chapelet autour du cou. Il ne l'enlève jamais. Il dort mal la nuit parce que Dieu le réveille souvent et le remet à la prière. Un certain jour, il sentit brusquement des douleurs dans la hanche droite et au cou. Il se mit au lit, transpira beaucoup et fut pris d'un sommeil profond. Lorsqu'il se réveilla, il révéla à tout le village, venu le voir, que Dieu le Père permettait dorénavant d'adorer les mânes des esprits dans le Crucifix. La femme de son père ne crut pas à sa révélation. Elle l'arrosa de médicaments indigènes, c'est alors qu'il prit un gros bâton et la tua... ».

On voit déjà, dans cette observation, comme les éléments de la religion chrétienne s'entremêlent avec le culte des ancêtres.

Ce qui est souvent le cas.

Le nommé SIKWABO (*Obs. 71-C.*), se croit envoûté par une femme indigène. Il est convaincu qu'elle a mis un démon malfaiteur « Satan » sur son chemin.

« Il a déjà rencontré trois fois Satan. C'est un être dont on sent la présence. Il a une force formidable.

» Il vous terrorise, il vous tente, il vous menace, et sans l'aide de la Sainte Vierge, il est invincible. »

Le nommé BARANYKWA (*Obs. 122-B.*), 38 ans, a fondé une nouvelle secte, qui est un curieux mélange d'adora-

tion du Dieu chrétien et de RYANGOMBE, le Grand, qui rétrécit les seins des jeunes filles nubiles et atrophie les testicules des jeunes gens hostiles à son culte.

C'est Dieu qui l'a désigné pour être le guérisseur des enfants. Dieu l'a nommé JOSEPH et ce nom est sacré. C'est pendant une crise qui le faisait courir qu'il a fondé sa secte.

BAKUNDA (*Obs. 49-C.*), âgé de 30 ans, avoue que c'est à la suite d'une boisson envoûtante, qu'on lui a fait boire contre son gré, qu'il est devenu fou.

On ne sait pas toujours si certaines bouffées délirantes ne sont pas la suite de l'ingestion même des médicaments indigènes (donc d'origine toxique) ou si l'atmosphère empreinte de mystère et de terreur, dans laquelle l'administration de ces médicaments se fait d'ordinaire, n'en est pas la cause principale. N'oublions pas non plus que ceux qui vont chercher des médicaments chez le sorcier le font parce qu'ils se sentent déjà malades.

Le cas du nommé KIGAME est assez instructif à ce sujet. Il a blessé grièvement un guérisseur indigène.

« Kigame (*Obs. 33 M.*), âgé de 35 ans, était malade depuis trois jours. Il avait des douleurs au dos et à la poitrine. Il sentait qu'il étouffait chez lui ; il quitta sa maison et commença à courir à travers les bois et les champs. Le premier jour il courut toute la journée et s'endormit dans la vallée de la Ruziba. Pendant les deux autres jours, il lui arriva, par moments, de se rendre compte que quelque chose d'anormal se passait en lui. A la fin de la troisième journée, il rentra chez lui, mais ne put dormir. On appela le guérisseur, qui lui avait déjà donné une drogue le premier jour.

» Au moment où le guérisseur eut déposé sa serpette à terre et qu'il eut commencé à préparer la solution de la drogue, il fut pris brusquement d'une peur inexplicable, se précipita d'un bond sur la serpette et porta un coup violent à la nuque du guérisseur. Le lendemain, il était de nouveau normal. »

Dans ce cas-ci, le malade se rappelle très bien les faits. Dans les autres observations on peut remarquer qu'il y a souvent amnésie complète ou, du moins, partielle. On

constate, comme nous l'avons dit, que les actes de violence sont fréquents pendant les crises. La bouffée délirante de MULUGU (*Obs. 17 M.*), homme âgé de ± 35 ans, fut particulièrement meurtrière.

« Il tua deux hommes et blessa deux femmes. Suivant ce qu'il nous a raconté plus tard, il aurait vu une femme inconnue, accompagnée d'autres hommes, rentrer le soir dans son *rugo* (mur d'enceinte d'une habitation) où il préparait de la bière. Elle l'aurait invité à boire une drogue spéciale, préparée par elle dans une de ses calebasses. Après avoir bu cette drogue, il était devenu fou. Il s'enfuit de son *rugo* la même nuit. Il entendit la femme lui dire que ses enfants et sa femme venaient d'être tués. Il vit dans chaque femme et chaque homme qu'il rencontrait sur son chemin des ennemis. C'est comme ça qu'il tua deux hommes et blessa deux femmes. »

Inutile de dire que la scène de la femme avec sa drogue faisait partie de son délire hallucinatoire.

Pour terminer ce chapitre, nous citons deux observations où il s'agit également de délires d'influences. Toutefois, dans ces cas, il s'agit non pas d'éléments de sorcellerie ou de religion, mais d'éléments sexuels.

Observation de TAUSI, femme âgée de ± 48 ans (*Obs N° 45-B.*).

« Quelqu'un lui a jeté des serpents. Deux au ventre, deux aux bras. Un autre serpent lui est déjà monté au cerveau. Elle connaît bien celui qui les a jetés. C'est BAYAMBAGE. Il est en possession d'un énorme python, mais les Européens ont su où se trouvait ce reptile dont la tête contient des trésors (or, argent, parfum, etc.). Ils l'ont tué et ont emporté la tête.

» DAYAMBAGE croit que c'est TAUSI qui a dirigé les Européens vers sa demeure et il a voulu se venger sur elle en lui jetant le reste de ses serpents.

» Elle veut voir la Sœur infirmière pour qu'elle lui retire les serpents de son ventre. Elle n'oserait pas le faire elle-même, car les serpents la mordraient au doigt.

» Elle s'écrie « Laissez-moi. Ne grimpez pas sur moi, la peau des Européens ne ressemble pas à la peau des Noirs. Tombez de ma tête ». A d'autres moments, elle crie « Ils entrent en moi ».

Le symbolisme sexuel n'est que trop évident. Il est probable qu'elle nourrit des sentiments envers le nommé DAYAMBAGE, mais qu'elle n'ose pas les avouer et qu'elle les refoule. Ils apparaissent alors sous forme de ce délire symbolique. Cette observation se rapproche des délires érotomaniaques. Suivant BARUK [5], ces délires seraient fréquents vers la ménopause. A noter encore qu'une nuit elle s'est réveillée et a appelé son frère à son secours. Elle croyait qu'on la violait. Tout en criant, elle demandait la position préférable !

Observation du nommé K..., clerc, âgé de 25 ans.

Il a souffert d'une persécution du diable qu'une femme avait envoyé sur son chemin.

Voici l'histoire :

« Comme beaucoup de Congolais, il avait donné à sa femme un congé pour aller visiter ses parents. En attendant, il lui fallait une autre femme pour préparer sa nourriture. Il engagea une de ces femmes libres du Centre extra-coutumier et tout marchait si bien, qu'il promit de l'épouser si les circonstances le permettaient. Mais, avec le temps, le caractère de la femme montrait sa vraie figure. Elle devenait difficile et querelleuse. Il lui fit des remarques, mais elle en rit et lui dit : « On verra qui de nous deux aura le dessus ». Elle avait des médicaments, disait-elle, pour rendre les hommes impuissants. Là-dessus il la renvoya à coups de pied. Mais le même jour, à midi, au retour du service, en rentrant dans sa maison, il entendit une voix de femme qui lui disait : « La nourriture que tu as mangé hier t'appartient, celle d'aujourd'hui n'est plus à toi ».

» Il regarda partout pour voir d'où venait la voix qui lui parlait, mais il ne voyait rien. Il s'assit. Au même moment, il reçut deux gifles, bien appliquées, à la figure. Il regarda, ahuri, autour de lui, mais pas l'ombre d'une main. Il se précipita au dehors et là il vit une énorme femme, toute grosse et toute nue, tenant un gros bâton à la main. Elle le menaçait et lui disait qu'elle le suivrait partout. Il partit pour le service mais pendant qu'il marchait, elle lui appliqua des coups de bâton dans la nuque. Il criait comme un possédé. A un certain moment, le coup était tellement fort qu'il s'écroula par terre. On le transporta à l'hôpital. Trois jours après il était complètement

guéri, sauf que son impuissance persista, et il fut guéri plus tard par le médecin. »

Nous avons en effet, pu le guérir de son impuissance, par contre-suggestion sous sub-narcose barbiturique (en une seule séance).

CHAPITRE VII

LES PSYCHOSES ORGANIQUES

Nous donnerons moins d'observations dans ce chapitre.

Les manifestations dans les psychoses organiques revêtent la plupart du temps les formes décrites (dépression, manie, réaction schizoïde, délire hallucinatoire, etc.). En général ces types de réaction sont déterminés par la constitution et la situation émotionnelle dans laquelle se trouvent les malades.

I. Psychoses toxi-infectieuses.

A. TOXIQUES.

1^o *Alcool: Delirium tremens. Hallucinoïse aiguë*: On peut dire, comme CAROTHERS pour le Kenya, que l'influence de l'alcool en Afrique centrale est plus souvent du domaine criminel que psychiatrique. L'ivresse est en effet fréquente et les délits commis sous l'influence de l'alcool sont nombreux. L'alcool n'a pas encore fait de grands ravages au point de vue mental parmi la population indigène. C'est grâce à une législation bien comprise (défense de vente d'alcools forts) que cet état favorable existe.

2^o *Chanvre indien*: Nous n'avons pas constaté de cas de canabisme au Ruanda-Urundi. La fumerie du chanvre indien semble beaucoup moins répandue au Ruanda-Urundi qu'au Congo belge.

Nous nous rappelons avoir vu, durant notre séjour au Congo belge, dans l'Uélé chez les populations Azande, à différentes reprises des accès aigus toxiques. Une fois même chez un de nos aides-infirmiers qui nous accompagnait dans nos tournées de brousse. Il nous est arrivé également dans cette même région d'attribuer par deux fois la cause d'une démence profonde à l'usage prolongé, chronique de ce chanvre indien.

3° *Médicaments indigènes* : Il s'agit de cas où les médicaments indigènes avaient agi en tant qu'éléments toxiques.

Dans un cas, il y avait un abcès amibien et nous ne savons pas si ce n'est pas celui-ci qui aurait provoqué l'accès confuso-onirique pendant lequel la patiente avait pris la fuite de l'Hôpital. A son retour à l'Hôpital, sa famille avoua avoir donné des médicaments indigènes. Mais, d'un autre côté, nous signalons plus loin un cas où l'abcès amibien semblait être seul en cause.

4° *Atébrine* (1 cas — Obs. C. I... F...). Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans. Elle prenait, depuis une semaine environ, deux comprimés d'Atébrine par jour. C'est son père (un évolué) qui les lui donnait. Hier déjà elle était étrange. On lui donnait de l'argent pour aller acheter des marchandises au magasin. Elle oubliait de rendre l'argent. Elle riait de tout, contrairement à son habitude. Ce matin elle est plus agitée. Elle parle continuellement de ses ancêtres décédés. Parfois elle ne semble pas comprendre ce qu'on lui demande ou répond à côté...

Nous citons ce cas parce qu'on a beaucoup parlé de psychoses, qui seraient provoquées par l'Atébrine. A notre avis, cette question n'est pas simple. Même dans notre cas, ici, nous ne sommes pas certains que l'Atébrine était la vraie cause. Il se peut, comme c'est souvent le cas, qu'elle n'a fait que déclencher une réaction psychotique qui était en train de se construire. Car, après la cessation de l'administration de l'Atébrine, les troubles ont persisté. On avait l'impression que cette histoire aurait pu consti-

tuer le début d'une schizophrénie. Nous n'avons pas pu suivre l'évolution du cas, parce qu'il s'est produit peu de temps avant notre départ en congé.

D'un autre côté, nous avons observé deux cas de réactions dépressives, provoquées par l'Atébrine, chez deux femmes hindoues. Toutes les deux parlaient également de personnes défuntes de la famille. L'une d'elles voyait nettement les personnes mortes devant elle (hallucination visuelle). Avouons que c'est assez frappant. A noter que chez les femmes hindoues la réaction dépressive se termina le lendemain de la cessation de l'administration de l'Atébrine.

Si nous envisageons tous ensemble les cas que nous avons observés nous-mêmes, nous devrions citer le cas d'un Européen qui, le troisième jour de la prise d'Atébrine (à raison de 3×1 comprimé par jour), fit une espèce de réaction d'anxiété.

A noter que dans le cas des femmes hindoues, la réaction s'est produite également vers le troisième-quatrième jour de la médication.

Enfin, nous citerons encore un cas indigène, qui ne figure pas dans ces statistiques, parce que nous l'avons observé, il y a des années, dans un hôpital au Congo. C'était un indigène évolué, tuberculeux. Un garçon très paisible. Comme on avait constaté qu'il avait des Giardias dans les selles, on lui fit faire une cure d'Atébrine. Dans la nuit du 3^e au 4^e jour de la prise d'Atébrine, il se précipita, avec sa lance, hors de sa chambre ; il se croyait persécuté. Il voyait des formes jaunes qui dansaient devant lui.

Il s'agissait donc d'hallucinations visuelles colorées.

Dernièrement, nous avons lu dans les *Excerpta Medica of Neurology and Psychiatry* le résumé d'un article où l'auteur attribuait les réactions psychiques survenues après l'administration d'Atébrine dans des cas de Lamblia à la libération d'une endotoxine par la destruction

des Giardias... (*Excerpta Medica*, Vol. 7, N° 6, Section VIII, June 1954, N° 2243 (18)).

Décidément, ceci est un peu fort. Nous n'irons pas jusque là pour trouver une explication.

5° *Urotropine* (1 cas). Un policier indigène a fait une bouffée délirante après injection intraveineuse de 2 cm³ d'Urotropine à 10 %. La préparation avait été stérilisée au bain-marie à la pharmacie de l'hôpital.

B. INFECTIEUSES.

1° *Trypanosomiasis* (25 cas). Parmi les nouveaux cas, signalons les manifestations psychotiques suivantes :

Hypomanie	1
Manie	2
Manie furieuse	1
Mélancolie	1
Délire hallucinatoire paranoïaque	1

Parmi les anciens cas, nous relevons :

Hypomanie	4
Mélancolie	5
Démence	7
Réaction schizoïde	1
Délire hallucinatoire (envoûtement)	1
Réaction paranoïaque	1

Les troubles mentaux de la Maladie du Sommeil ne diffèrent pas des autres troubles psychotiques à base organique. Ils se manifestent également sous les formes les plus variées, comme nous venons de le dire à l'introduction de ce chapitre. Nous nous proposons de donner, dans une étude à part, les observations détaillées de ces cas.

2° *Malaria* (9 cas). Les troubles mentaux provoqués par la malaria ont revêtu, presque tous, la forme d'un accès confuso-onirique, dans le genre de celui de R. BALTHAZAR (*Obs. 44-B.*).

Il était comme dans un rêve. Des Blancs lui donnaient de l'argent. Des chiens voulaient le mordre. Il voyait également des personnages mi-homme, mi-bêtes. Cette vision le terrifiait.

Après deux injections d'Atébrine (0,20 intramusc.), il était complètement guéri. Il resta déprimé pendant plusieurs jours après l'accès délirant.

Cette dépression se retrouvait dans tous les autres cas [7].

Dans un des cas, la crise hallucinatoire était plus violente et s'accompagnait de fugues.

Dans un autre, une excitation psycho-motrice maniaque dominait le tableau clinique. Elle s'accompagnait d'exhibitionnisme.

3^o *Méningites* (5 cas). Dans trois cas, il s'agit d'un délire confusionnel de la période fiévreuse. Le nommé Emmanuel (14 ans), a présenté, par après, un délire interprétatif de persécution avec réaction d'anxiété, qui a persisté pendant environ trois mois.

NKULA (13 ans), présente une réaction schizoïde après avoir fait ce que nous croyons être une méningite, car nous n'avons pas vu le malade pendant qu'il faisait une forte fièvre, des maux de tête et de la nuque, et de l'insomnie. Il fut soigné pour cette maladie au Dispensaire du Secteur.

Il aurait été très agité pendant la longue période de fièvre et aurait prononcé des mots « foliques » (*sic*).

4^o *Encéphalites* (1 cas, *Obs. N° 38-B.*). *Fille de 11 ans.*

Soignée pour une angine, avec légère température, pendant une semaine, l'enfant perdit un soir connaissance et tomba dans un profond sommeil. A son réveil, elle ne fit que parler très haut, rire et faire des remarques à propos de tout et de rien. Puis, tout à coup, elle commença à pleurer. Elle était inquiète, angoissée. Elle demandait le baptême car elle allait mourir. Rien ne la calma.

Cet état a persisté pendant deux jours. Elle présenta des mouvements choréiques au bras gauche pendant tout ce temps.

5° *Chorée* (2 cas). Troubles du type maniaque.

6° *Typhus exanthématique* (1 cas). Réaction dépressive.

Nous dirons un mot à propos de troubles psychiques post-typhus exanthématique plus loin, en parlant des Européens.

7° *Paratyphoïde* (2 cas).

Réaction maniaque : 1

Délire d'envoûtement : 1

8° *Pneumonie* (2 cas).

Délire d'interprétation de persécution : 1

La patiente croit que les malades de la salle lui font du *dawa* (médicaments) la nuit et dépose plainte.

Bouffée délirante : 2

9° *Tuberculose* (4 cas).

Schizophrénie : 1

Manie : 2

Délire hallucinatoire : 1

Dans le cas de la schizophrénie, ce n'est qu'à l'occasion de la manifestation des troubles mentaux qu'on a diagnostiqué une tuberculose pulmonaire avancée.

10° *Syphilis*. Notre série ne contient que 4 cas :

Paralysie générale : 1

Tabo-paresis : 1

Tabes + psychose dépressive : 1

Syphilis + réaction maniaco-dépressive : 1

Voici, en bref, leurs observations :

Obs. N° 48... V... âge 45 ans.

Il présente une déficience globale des facultés intellectuelles.

La mémoire est très atteinte.

A la question : « Qui est votre chef ? », il répond :

« C'est un bon chef qui a beaucoup de voitures ».

On lui repose la question, insistant sur le nom du chef. Il répond :

« Oui, ... Oui, ... c'est l'autre... il habite à ... Gakunwe. » Lorsqu'on lui demande, par après, le nom de sa femme, il continue : « Oui... Oui... elle est à Gakunwe... elle s'appelle ... justement... ».

A la demande d'additionner $2 + 2$ (2 chèvres + 2 chèvres) il répond à côté : « je les ferai paître et je les vendrai par après ». Il a des idées de grandeur. Il habite une belle hutte. Il va rouler en voiture, c'est plus vite.

La parole est lente, hachée, difficile, dysarthrique.

La réaction de BORDET-WASSERMANN est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

L'Argyll ROBERTSON semble positif. Les réflexes rotuliens et achilliens sont fortement exagérés, surtout à gauche.

Observation de KABUYA, 50 ans (N° 68-B.).

Homme âgé, qui se plaint depuis deux ans de troubles de la marche. Au début il ressentit des fourmillements dans la jambe et il avait mal en marchant. Par après, les douleurs disparurent, mais la marche devenait difficile, presque impossible par suite des tremblements et des secousses. Il ne savait plus marcher droit devant lui. Puis son genou gauche se bloqua (arthropathie de CHARCOT).

La réaction de BORDET-WASSERMANN est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les réflexes rotuliens sont abolis.

Un déficit des facultés intellectuelles commence à se manifester. La compréhension est difficile, lente. Des réponses à côté sont fréquentes. Toutefois la mémoire, pour les faits anciens, est encore très bien conservée. Il se rappelle les épisodes d'un combat de la guerre 1914-18, qui s'est déroulé dans sa chefferie.

Son caractère est gai, insouciant, euphorique.

Nous avons classé ce cas comme tabo-paresis.

Observation de YUMA, 54 ans (Obs. 72 B.).

Il présente des troubles de la démarche, des tremblements dans les membres supérieurs, un Romberg positif, une réaction du Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue mental, il fait une réaction dépressive : facies déprimé, humeur triste, lenteur et pauvreté des réponses.

Nous le classons comme un cas de tabes + dépression.

Le cas B... (*Obs. N° 20-C.*), est assez difficile à classer. Il s'agit d'un jeune évolué (25 ans) qui a fait une syphilis en 1947.

Il reçoit une cure de bismuth de Néosalvarsan la même année. Peu de temps après, il tombe dans une réaction dépressive qui dure 8 mois. Celle-ci est suivie d'une période où tout l'excite et l'irrite. En 1950, il fait une nouvelle dépression, pour laquelle il est hospitalisé pendant un an. Il reçoit, pendant son séjour à l'Hôpital, de nouveau un traitement arsено-bismuthique, mais la réaction BORDET-WASSERMANN reste positive et dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Est-ce qu'il s'agit d'un début de P. G. ? Nous ne le croyons pas.

Nous pensons qu'il s'agit d'une syphilis avec réaction maniaco-dépressive concomittante.

11° *Syndrômes Parkinsoniens.* Nous avons observé trois cas avec troubles mentaux.

Un cas, MUPENDA (*110-B.*), a provoqué dix incendies de cases. Un autre (NTAWIKA, M. *N° 79-C.*), est une vraie kleptomane. On voit que le comportement impulsif et agressif est également une des caractéristiques du Parkinsonien indigène.

Il se peut que ces symptômes parkinsoniens soient causés par l'artériosclérose cérébrale. Pour aucun des trois cas nous n'avons pu mettre en évidence une atteinte

encéphalitique dans les antécédents. Tous les trois étaient des personnes (2 hommes et une femme), ayant dépassé la quarantaine.

12. *Abcès amibien* : 1 cas (*décédé*). Délire polymorphe aigu.

13. *Syndrômes infectieux non définis* (10 cas). Dans certains cas, les malades nous ont signalé l'existence de syndrômes fiévreux, qui ont précédé la manifestation de leurs troubles mentaux. Dans beaucoup de ces cas, nous n'avons pu définir cette infection prodromale.

Les cas se classent comme suit :

Dépressions	3
Délires hallucinatoires	5
Hypomanie	2

14. *Péritonite* : 1 cas (*décédé*). Délire confuso-onirique.

II. Affections générales.

1. Anémie	2 cas de dépression.
2. Cachexie	3 cas.
	Réaction schizoïde : 2
	Dépression : 1
3. Troubles hépatiques : Hépatomégalie.	
	Dépression : 1
4. Insuffisance cardiaque :	4
	Délire confuso-onirique : 2
	Manie : 1
	Dépression (anxieuse) : 1

A la fin de ce paragraphe, des affections générales, qui ont donné lieu à des manifestations psychiatriques, nous voudrions faire remarquer que nous n'avons jamais constaté un cas de démence pellagreuse.

Le Dr BAUDOUX [15], a signalé également cette absence

curieuse. Mais nous devons dire que nous n'avons non plus jamais diagnostiqué dans nos salles de Médecine interne un cas franc de pellagre. Il y a bien les cas frustes. Ceux qui vivent à la limite d'un état pellagreuX comme le dit CAROTHERS [13]. Ce sont ceux-là qui lors d'une période de « *Stress* », lors d'une maladie fébrile, lors d'une période difficile, manifestent avec une facilité étonnante des différents troubles mentaux et psychiques.

III. Dégénératives.

Psychose sénile : 14 cas.

Une opinion généralement répandue veut qu'on vieillisse plus vite en Afrique. On a l'impression que la vieillesse, cet affaiblissement physique et psychique, s'installe plus tôt chez le Noir. Mais l'âge de nos patients indigènes n'est pas toujours facile à établir. D'ici quelques années, nous aurons des chiffres exacts pour étayer notre impression.

Les psychoses séniles ne sont pas différentes de celles d'Europe. Elles ne sont pas si fréquentes, mais nous croyons qu'avec l'amélioration des conditions hygiéniques, le temps n'est plus si loin où nous serons débordés par les psychoses séniles (comme c'est le cas en Europe pour le moment).

Il y a, parmi nos cas, très peu de psychoses séniles simples, parce qu'elles ne donnent pas lieu à des troubles graves ; on ne vient pas encore consulter pour ces troubles-là. C'est à l'occasion d'une hospitalisation pour une maladie quelconque, que nous les constatons.

Nous donnons quelques observations où des réactions psychotiques se sont surajoutées.

Observation de ROSALIE, femme de 50 ans (Obs. N° 111-B.).

C'est un cas où le délire paranoïde mégalomane est très prononcé.

(Dans 4 autres cas nous avons noté la prédominance de traits paranoïdes).

Elle ne se souvient plus de son nom indigène.

Elle est sujette à l'oubli, comme tous les enfants d'Adam ! dit-elle pour cacher cette lacune.

On lui demande où elle habite. Elle ne le sait pas, mais répond à nouveau « Tiens, vous me demandez sans doute mon adresse pour venir me demander en mariage. J'en ai assez du mariage, vous perdez votre temps ». Elle enchaîne alors là-dessus. On a amené 6 vaches pour ses fiançailles, mais le vétérinaire les a trouvées toutes malades. Elle voudrait marier le fils d'un chef, car ses habits laissent à désirer.

Elle va acheter une voiture.

A d'autres moments, elle se croit à la tête d'une grande chefferie.

Elle crie souvent qu'on lui a volé quelque chose (son tabac, ses allumettes, etc.).

La nommée NYBGRIKO (âgée de 55 ans), (*Obs. 95-B.*), présente un délire beaucoup plus confus. Une fois elle s'adresse à une armée imaginaire de « Babembe » (sa race), pour châtier ceux qui la tourmentent. Une autre fois, elle se plaint de ce qu'on lui a volé ses perles (elle ne sait pas où elle les a déposées). Elle est assez négativiste et refuse souvent de répondre.

La vieille DOMINICA (*Obs. 128-B.*), âgée de \pm 55 ans, présente une psychose sénile avec artériosclérose cérébrale. Elle est aphasique. Elle ne sait plus comment on appelle, en langue indigène, une couverture. Elle confond fréquemment l'objet et son usage, par exemple : son chapelet, elle l'appelle Jésus. Même chose pour le lit. Elle dit : couchage.

Sa mémoire est fortement affaiblie. Elle ne sait pas quel jour nous sommes. Elle est désorientée.

Au surplus, elle se plaint de moqueries de la part des autres hospitalisés.

IV. Traumatiques.

Ce sont des psychoses survenues à la suite d'un traumatisme crânien.

On note parmi ces psychoses traumatiques :

2 réactions dépressives avec des éléments hypochondriaques très prononcés et

3 délires confuso-oniriques qui ont persisté jusqu'à trois semaines après l'accident.

V. Endocriniennes.

Nous avons classé ici 9 cas de psychose puerpérale.

On y relève :

Manie :	4 cas.
Mélancolie :	2 cas.
Maniaco-dépressive :	2 cas.
Bouffée délirante :	1 cas.

Notons que, pour un cas de mélancolie avec mutisme complet, l'entourage a déclaré que lors des accouchements précédents, elle avait déclaré de ne pas pouvoir parler avant que l'enfant ne puisse marcher seul.

Nous classons les psychoses puerpérales comme des psychoses organiques endocriniennes, quoique nous savons que le problème n'est pas si simple. Il pourrait très bien se faire que l'accouchement, comme n'importe quel autre facteur à forte charge émotive, puisse constituer la cause déclenchante ou être simplement la révélation de troubles latents, existant déjà de longue date.

CHAPITRE VIII

ÉPILEPSIE

57 cas d'Épilepsie. Ce chiffre montre l'importance de cette affection en milieu indigène.

23 cas n'ont pas présenté de troubles mentaux.

On pourrait en conclure que l'épilepsie chez l'indigène s'accompagne plus souvent de troubles psychotiques que ce n'est le cas en Europe.

En effet, le Dr LEDEBOER a dit dernièrement (Nov. 1954), au Congrès sur l'Épilepsie à Paris, qu'en Europe 60 % des épileptiques ne montrent pas de troubles mentaux.

Dans nos cas ce serait exactement l'inverse. Mais il faut se dire que les épileptiques, sans anomalies psychiques, n'étaient pas toujours envoyés chez nous en traitement et que les Médecins des Postes de l'intérieur les traitaient souvent eux-mêmes.

L'épilepsie, chez le Noir, ne présente pas de caractéristiques très spéciales. Elle se présente sous forme de grand mal, absences, équivalents psycho-moteurs comme en Europe.

On est frappé de retrouver ces mêmes traits de caractère tels que la politesse obséquieuse, le sentiment religieux exagéré, le comportement un peu filandreux, mais aussi ces colères subites et impulsives.

Notons parmi nos cas :

- 4 épileptiques avec arriération mentale ;
- 5 équivalents psycho-moteurs.

Comme il n'y avait pas encore d'appareil pour électro-encéphalographie, nous n'avons pas pu approfondir l'étude de ces cas. Nous espérons que, vu le grand nombre d'épileptiques, l'électro-encéphalographie pourra se faire dans un avenir rapproché.

En ce qui concerne le traitement pour la conduite duquel, en Psychiatrie moderne, l'électro-encéphalographie s'est révélé quasi indispensable, nous avons constaté de très bons résultats avec de l'Épanutin combiné aux barbituriques. Nous n'avons pas vu de phénomènes d'intolérance à l'Épanutin. Nous avons eu différents patients sur 4 à 6 capsules d'Épanutin par jour pendant plus de deux ans.

Nous ne pouvons nous empêcher de copier ici l'auto-observation d'un indigène évolué, sujet à des crises épileptiques assez fréquentes.

Voilà textuellement ce qu'il écrit :

I. ÉTAT HABITUEL.

1. Une certaine lourdeur mentale.
2. Incapacité d'un travail intellectuel (p. ex. : longs raisonnements, lecture approfondie.)
3. Impossibilité de retenir par cœur.

II. LA CRISE PÉRIODIQUE (mensuelle).

1. Présages inévitables.
 - a) plaie sur la langue, une voix rauque ;
 - b) un certain froid au contact de l'eau — inappétence fatigue.
2. Un brusque évanouissement qui me terrasse à mon insu et me fait perdre connaissance.
3. Par après : des maux de tête violents.
Faiblesse générale de tout l'organisme. Je ne comprends pas exactement ce qu'on me dit.
A d'autres moments, il signale :
Une chose comme un courant électrique qui m'envahit, me terrifie, et me fait oublier tout ce qui m'entoure. Durée : une minute.

Avouons qu'ils sont bons observateurs !

CHAPITRE IX

DÉFICIENCE MENTALE

Il s'agit surtout de débiles mentaux. Ce qui ne signifie pas que les autres déficients mentaux, les idiots et les imbéciles, ne se rencontrent pas.

Mais nous n'avons eu l'occasion d'examiner les déficients mentaux que pour autant qu'ils présentaient des troubles psychotiques, ou que leur délinquance les avait conduit entre les mains de la justice.

Que les débiles constituent dès lors la majorité de nos cas, n'étonnera personne car, en Europe, c'est également cette catégorie qui donne le plus de troubles et le plus grand nombre de délinquants.

Au point de vue délinquance nous avons relevé 9 débiles mentaux sur 74 cas, qui nous furent envoyés pour expertise médico-légale en vue de déterminer leur responsabilité mentale.

Nous donnons ci-dessous le tableau des expertises médico-légales demandées par les autorités judiciaires.

Nombre total des cas : 74.

Délits pour lesquels l'expertise fut demandée :

Meurtres	28
Tentatives de suicide	2
Incendies de case ⁽¹⁾	14
Vols	12
Coups et blessures	17
Abus de confiance	1
	<hr/> 74

(1) Remarquer la fréquence de la pyromanie.

Affections psychiatriques constatées :

Manie	3
Mélancolie	4
Maniaco-dépression	4
Schizophrénie	9
Paranoïa	9
Débilité mentale	9
Épilepsie + équivalents psycho-moteurs	5
<i>Psychoses organiques :</i>	
Toxi-infectieuses	3
Séniles	1
Bouffées délirantes	6
Psychopathes	3
Psychonévroses	2
Troubles caractériels	2
	<hr/> 60

On voit que les débiles mentaux ainsi que les schizophrènes et les paranoïaques sont le plus souvent en cause dans les actes asociaux ou indéliçats commis par les malades mentaux.

Il nous reste un mot à dire au sujet de cette forme spéciale de déficience mentale : le mongolisme.

CAROTHERS [13] dit que lui-même, ni TOOTH [12] au Gold Coast n'ont jamais constaté un cas de mongolisme chez le Noir. Je crois que les cas ne sont pas fréquents, mais, depuis que nous avons eu connaissance de la rareté ou de la quasi-absence du mongolisme (par le travail de CAROTHERS [13]), nous avons eu notre attention attirée sur cette affection et en six mois de temps, nous avons dépisté 2 cas (un adulte avec déficience mentale très prononcée et un enfant de 2 ans).

TROISIÈME PARTIE

Les psychonévroses.

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES GÉNÉRALES

1. Introduction.

Nous avons examiné 159 cas de psychonévroses. Nos observations permettent de détruire une légende, qui veut que les Noirs, surtout ceux de l'Afrique centrale, ne font pas de psychonévroses. On croit généralement que ces troubles sont la rançon que paie l'homme du vingtième siècle à la civilisation moderne. On ne conçoit pas que ce primitif de l'Afrique centrale, qui n'eut guère ou parfois même pas de contact avec la vie agitée, telle que nous la connaissons, puisse faire un de ces troubles légers de la personnalité qu'on appelle psychonévroses.

Qu'ils fassent des troubles graves, des psychoses, on le comprend. Mais des psychonévroses !

Cette fuite dans la maladie pour échapper aux difficultés du milieu et de l'entourage. Cela se conçoit plus difficilement.

Et pourtant. On constate qu'à côté des manifestations

hystériques classiques on rencontre également les petits mécanismes-types d'évasion de notre époque, comme nos douleurs vagues et multiples, nos céphalées, nos fatigues mal définies.

2. Répartition des cas.

Au point de vue sexe, nos cas se répartissent comme suit :

Hommes :	72
Femmes :	84
Enfants :	3

On notera qu'ici le nombre des femmes dépasse celui des hommes, ce qui est l'inverse de ce que nous avons constaté parmi les psychoses. Cette différence aurait été encore plus frappante si les cas des troubles caractériels des trypanosés et les cas d'observation médico-légale, qui se recrutent pratiquement uniquement chez l'homme, n'étaient pas inclus dans notre statistique.

On obtient alors :

Hommes :	61
Femmes :	82
Enfants :	2

Au point de vue population :

Barundi	72
Banyarwanda	33
Congolais	54

Comme pour les psychoses, on est frappé par le nombre des cas chez les Congolais, surtout si l'on se rappelle que les cas Congolais proviennent tous des quelques milliers de Congolais vivant au Centre extra-coutumier d'Usumbura.

3. Définition et classification.

Nous savons que les limites entre psychoses et psychonévroses peuvent être parfois difficiles à définir.

Nous avons classé comme psychonévroses, les malades qui présentent des troubles psychiques perçus surtout subjectivement, et qui ne sont pas assez importants pour donner des perturbations profondes dans le comportement. Ce sont des malades dont la personnalité et les fonctions mentales restent intactes. L'autocritique est conservée. Ils sont encore adaptés à la réalité et vivent encore sans difficultés trop grandes dans leur milieu social.

Nous notons en passant que ce dernier critère est assez élastique, et que, dans le milieu coutumier indigène, certains écarts de conduite sont tolérés, qui ne le seraient pas du tout dans un milieu européen de grande ville, par exemple.

Nous avons classé les troubles psychosomatiques avec les psychonévroses, parce qu'il s'agit là également des troubles de la vie émotive et de la personnalité.

La classification des psychonévroses elles-mêmes ne s'avère pas facile non plus.

Les différents auteurs consultés sont loin d'être unanimes quant à cette classification. Même les termes prêtent à confusion. Chacun les interprète d'une façon différente.

Voici comment nous avons classé nos 159 cas :

Hystérie	40
Réaction d'anxiété	9
Névrose d'angoisse	6
Dépression	22
Neurasthénie	6
Réaction hypochondriaque	16
Troubles psychosomatiques	36

Psychasthénie	1
Psychopathes	5
Troubles caractériels	5
Troubles post-commotionnels	2
Troubles de comportement post-alcooliques	2
Impuissance psychique	4
Hypersomnie	2
Troubles non définis	3

4. Caractéristiques de nos observations des psychonévroses.

1^o Les syndrômes classés ci-dessus ne sont pas toujours d'entités bien différenciables.

On pourrait, par exemple, classer hypochondrie, neurasthénie, dépression, dans une même entité des dépressions. Certains cas d'anxiété pourraient figurer sous la rubrique d'hystérie.

2^o Nous avons été tenté de classer certaines observations sous une rubrique à part, que nous aurions intitulée : *cénesthopathies*.

Ce qui frappe, en effet, dans nos observations de psychonévroses chez les Noirs, c'est la fréquence des sensations cénesthésiques.

Dans presque tous nos cas de dépression, de neurasthénie et d'hypochondrie et dans quelques cas d'anxiété et d'hystérie, nous en avons constaté. Parfois ils dominent nettement le tableau clinique.

Voici l'observation de M^BAVU, 40 ans, boy (N^o 44-B.).

Il avait bien dormi la nuit du 15 juillet, le jour où il avait reçu sa Pentamidine (injection de Pentamidine obligatoire et préventive contre la Trypanosomiase). Le lendemain de cette piqûre, au lever, il sentit comme des fourmillements de nombreux petits insectes, qui circulaient au niveau du côté latéral gauche de sa tête. Croyant qu'ayant mal dormi, sa tête s'était engourdie, ou que sa tête était sale, il se lava de nouveau les cheveux avec de l'eau chaude. Il se

gratta la tête, mais rien ne changea et même les « fourmis » de sa tête commençaient à mordre son cerveau.

Ceci se passa le premier jour et les comprimés que le médecin lui donna n'améliorèrent pas son état. Au fur et à mesure que les jours passaient, il avait l'impression que les insectes s'accolaient l'un à l'autre, que leurs pattes perdaient leur rapide mouvement et que ces insectes agglomérés n'avançaient que par un mouvement de propulsion ondoyante.

Par après, il sentait que toutes les fourmis s'étaient accolées bout à bout pour former comme un long serpent qui circulait tout autour de son cerveau.

Actuellement, c'est encore toujours le même serpent qui sillonne en tous sens dans son cerveau et qui mord de temps à autre. Seulement, depuis quelques jours, il lui arrive que son cœur se met à battre trop vite et que momentanément il sent que son esprit n'est plus présent. Il transpire alors, il a peur et, quelques minutes après, tout rentre de nouveau en ordre.

Ceci lui arrive à peu près une fois tous les deux jours. La nuit, il est en proie à des cauchemars terribles, qui le font sursauter dans son lit. Chose curieuse, c'est depuis le jour de sa Pentamidine qu'il a des rêves. Auparavant il n'avait jamais remarqué qu'il rêvait la nuit.

En ce qui concerne ce cas, il est à noter que l'injection de Pentamidine détermine une chute de tension, parfois très importante.

Voici une autre observation à ce sujet. Il s'agit d'une femme, âgée de 35 ans, la nommée KABENKO (*Obs. 41-B.*)

Elle est souffrante depuis quatre mois. Au début, elle a eu des règles trop abondantes et trop persistantes. A ce moment elle n'avait que des douleurs insignifiantes au bas-ventre.

Elle est allée consulter le médecin à Rumonge, qui lui fit un curetage. Cette intervention tarit les règles, mais donna naissance à l'apparition de nouveaux troubles, trois semaines après la sortie de l'Hôpital.

A ce moment elle ressentait souvent des vertiges et son intelligence semblait disparaître, sans disparaître. Bientôt la grosse chose, dont elle se plaint encore maintenant, apparut dans son flanc droit (hypochondre droit). C'est comme une énorme boule mobile, ayant une langue bifide dans le genre de celle d'un serpent. Cette boule exerce une très grande pesanteur sur tout son parcours. Elle se promène, mais elle ne mord jamais. Elle n'est pas poilue, puisqu'elle ne pique pas.

Un jour elle est montée jusqu'au cou et elle lui cassa une vertèbre dans le dos. Il arrive qu'elle émet des pulsations comme si son cœur se serait déplacé en elle. Pour le moment, la grosse chose se trouve là devant (montre son thorax). Elle est toujours consciente de la présence de la grosse chose, mais il y a des moments où elles la ressent beaucoup plus fortement : c'est pendant ses montées et ses descentes.

Elle est indolore ; elle fait seulement mal par sa pesanteur, sa chaleur et la constriction qu'elle exerce. Il arrive que la grosse chose tombe plus bas dans le ventre et alors elle sent bien le bruit *trokwe* de la bête qui semble tomber dans un sac.

Hier, on lui a fait une injection dans le bras (intraveineuse) et la grosse chose a failli sortir par sa bouche.

Notons en passant, dans cette observation, le symbole du serpent, qui revient assez fréquemment dans les manifestations psychiques des Noirs.

Il faut signaler ici également que l'examen physique, et surtout gynécologique, était complètement négatif.

Un autre cas, avec sensations cénesthésiques dominantes, c'est celui du nommé A... T..., Assistant agricole, âgé de 25 ans (*Obs. 18-R.*).

Les malaises dont il se plaint datent de 1943 (cette observation est faite en août 1952), six mois après son entrée au Groupe Scolaire d'Astrida. C'était, au début, comme des affaires qui montaient dans sa colonne vertébrale et leur mouvement ressemblait à l'ondulation d'un liquide agité par un petit vent.

Les affaires en restèrent là pendant quelques jours mais il sentait déjà qu'il s'était produit dans son cerveau un changement difficile à préciser alors.

Bientôt les ondes gagnèrent le cerveau et il sentit nettement comme un liquide qui venait buter contre sa boîte crânienne, tantôt doucement, tantôt plus fort.

Suivant son impression, le liquide mouvant est tiède. Il ne se repose jamais, mais en certaines circonstances (constipation, maux de ventre) il circule plus fort, vient remplir la partie postérieure de sa tête, donne une impression de lourdeur au front et diminue momentanément sa vision.

Dans les années qui suivirent, après que le fluide était donc arrivé dans son cerveau, il lui arrivait assez souvent et maintenant encore de temps en temps (chaque fois qu'il est constipé), de se réveiller en

sursaut la nuit en plein sommeil. Il sent alors une chose qui vient l'étrangler et qui veut l'étouffer. Il a peur. Il transpire. Puis tout rentre de nouveau dans l'ordre.

Tout ceci l'handicape très fortement. Il se sent dépérir de plus en plus. Il transpire au moindre effort et redoute de plus en plus les crises aux moments où il est constipé.

Dans ces observations, et dans les précédentes, on peut remarquer que les sensations cénesthésiques ne sont pas si prononcées que dans les syndrômes que DUPRÉ et CAMUS ont décrits sous le nom de « cénestopathies ». Dans leur description le malade perd la sensation de l'existence de son corps ou de sa pensée. Ses membres, ou sa tête, ou ses organes lui apparaissent comme une matière inerte. Dans nos observations, le malade se plaint plutôt de sensations désagréables, de sensations de mouvement dans les organes, de liquéfaction des organes. Ces phénomènes inquiètent fortement le malade et c'est à cause d'eux qu'il vient consulter.

3^o Une *troisième remarque* importante : Dans les descriptions qu'ils donnent des symptômes de leur maladie, les indigènes sont enclins à employer des termes exagérés, frappants. Nous croyons qu'ils le font pour se faire écouter, pour montrer l'importance de leurs troubles, surtout que, dans les psychonévroses, ceux-ci sont principalement d'ordre subjectif. Ils diront donc finalement qu'ils souffrent de maux de tête atroces, de douleurs abdominales insupportables. Tout cela, il faut le voir avec leur mentalité. Un psychiatre pratiquant en Europe, en prenant connaissance de ces observations, pourrait croire à l'existence de troubles beaucoup plus graves qu'ils ne le sont en réalité et en donner une tout autre interprétation. Pour démontrer ce que nous venons de dire au sujet de cette troisième remarque, nous pensons ne pouvoir mieux faire que de reproduire ici une lettre, nous adressée en octobre 1953 par le nommé L... JÉRÔME, Commis aux Services du Gouvernement :

Monsieur le Docteur,

Je prends la respectueuse liberté de venir vous déranger quelque temps afin de pouvoir m'examiner à la tête dont je me plains il y a plusieurs jours, je pourrais vous préciser, M. le Docteur, que cette maladie a commencé exactement en 1946 au moment où j'étais encore à l'école à K... (en 1^{re} année moyenne). C'était encore tout à fait pénible que je suis parvenu à terminer mes études. Pendant ce temps, j'étais examiné mainte fois à plusieurs Docteurs et je n'avais pas reçu aucun soulagement. Je me souviens probablement que la difficulté était de ne savoir pas m'exprimer d'une façon claire aux Docteurs qui m'ont examiné. La formule que j'ai habitué de parler : « je me sens mal à la tête pendant plusieurs années » était insuffisante pour les permettre de découvrir la cause de cette maladie. En conséquence, j'ai dû subir plusieurs examens notamment : examen du sang par une injection de ponction lombaire, examen des selles, examen des urines et beaucoup d'autres qui ont abouti à un résultat négatif.

Maintenant je trouve que sans aucun soin la maladie s'aggrave de plus en plus. Il s'en suit que la mémoire diminue, l'intelligence s'affaiblit, finalement je risquerai de perdre toute faculté intellectuelle. Voici, en somme, ce qui dérange beaucoup : je trouve qu'il y a quelque chose dans ma tête semblant presser ou cimenter tout autour de l'entité intellectuelle. Celle-ci étant ainsi encaissée, je cherche le moyen de la libérer par la force pour obtenir un peu de la clairvoyance et pour cela, je dois m'adonner à faire la grimace et le frottement du front. Cette routine provoque la contorsion des muscles qui occasionne des maux de tête quotidiens, le mal au dos et parfois le mal aux yeux.

Une personne près de moi peut entendre un petit bruit fait par des muscles qui paraît à certain étant en train de grignoter quelque chose dans la bouche.

C'est ainsi, je me permets, M. le Docteur de vous écrire pour vous donner suffisamment des renseignements.....

4^o Une autre caractéristique de ces observations : la *richesse d'images*.

Il faut reconnaître que les indigènes ont l'art de décrire d'une façon très imagée et très vivante, tout ce qu'ils ressentent. Ils comparent. Ils concrétisent. C'est la base même de tout raisonnement chez eux. Ceci semble être en contradiction avec ce que CAROTHERS [13] a écrit :

« Les Africains n'ont en général aucun don pour l'introspection et n'ont aucune aptitude ni désir de décrire leurs états subjectifs : « les sentiments d'irréalité », par exemple peuvent difficilement être mis en évidence » dit-il. Et plus loin : « comme un diagnostic ferme dépend de l'histoire exacte de la maladie (que l'on peut obtenir si rarement en Afrique)... »

Nous croyons que nos histoires des maladies et surtout de nos psychonévroses, où il s'agit parfois de descriptions très délicates et très difficiles à formuler, même en milieu européen, donnent la preuve satisfaisante de ce que les Noirs d'Afrique centrale savent exprimer ce qu'ils ressentent, peut-être qu'ils objectivent un peu plus leurs sentiments et leurs sensations que nous autres. Ils concrétisent d'une façon imagée comme nous venons de le dire.

Tenant compte de ces quelques remarques que nous venons d'émettre, il est également impossible de conclure avec TOOTH [12] :

« qu'il y a de réelles différences dans la qualité des psychopathies des individus dont les bases culturelles et raciales ne sont pas les mêmes, différences qui nous empêchent de les classer dans les catégories nosologiques classiques.

A notre avis, les différences sont plutôt superficielles, plutôt de couleur locale. Au fond nous croyons que le « Monde est un » et qu'il n'y a pas de différences fondamentales.

CHAPITRE II

L'HYSTÉRIE

I. Définition et Répartition.

Se répartissent, au point de vue population, comme suit :

Congolais	21
Barundi	15
Banyarwanda	4

Il est évident que les Congolais paient un large tribut à l'hystérie (52 % des cas à eux seuls).

Les femmes sont en nombre supérieur aux hommes (24 femmes contre 12 hommes). Ce qui se conforme à ce qu'on voit en Europe.

Comme hystériques nous avons classé les malades, qui présentaient des plaintes et des troubles physiques variés, sans cause physique évidente. Ils étaient en même temps très suggestibles et chez la plupart on pouvait déceler des motifs inconscients.

II. Symptomatologie.

Très variée. Nous avons observé des manifestations de la grande crise classique ainsi que des grands symptômes de l'hystérie de conversion : contractures, paralysies, cécité, aphonie. Il y a aussi des formes plus légères (boule hystérique...).

Les observations qui suivent ont été choisies pour mettre en évidence ces principaux symptômes.

1. GRANDE CRISE CLASSIQUE.

Obs. N° ô-R. ANNE, âgée de 28 ans.

Elle est en train de s'agiter et de se balancer dans son lit, quand nous la voyons pour la première fois. Tout son corps se débat. Une nombreuse assistance, composée surtout de femmes, tâche de la maintenir sur le lit.

Elle parle beaucoup et de tout. Mais un thème revient : celui de son mariage. Son premier mari, avec lequel elle n'était pas mariée religieusement, la renvoya. Pendant un an elle est restée sans mari. Il y a trois mois, elle a pris un autre. Mais il est païen. Toutefois, elle est heureuse avec lui.

Le lendemain, nous la revoyons en salle avec les élèves-infirmiers indigènes. Dès qu'elle voit les élèves, elle écarte légèrement son pagne, et brusquement tout son corps se contracte en arc de cercle. Puis surviennent des secousses, ayant pour centre l'abdomen et le bassin, qui est projeté en avant d'une façon significative.

Le même jour, sous subnarcoïse barbiturique, elle dit que son mari est très jaloux, que le frère de son mari la poursuit et lui demande de quitter son mari. C'est aussi son désir.

Nous ne croyons pas devoir ajouter grand-chose à cette observation. La provocation d'une crise typique théâtrale, lors de l'entrée des élèves dans la salle, les motifs inconscients évidents, sont par trop caractéristiques.

Voici une autre observation, un peu moins typique : (*Obs. N° 13-B.*). VALÉRIE, \pm 28 ans.

Il y avait chez eux une vieille femme qu'on disait envoûtée. Souvent on l'entendait crier, surtout lorsqu'elle devait uriner. On disait que quiconque qui urinerait là où elle avait été, attraperait sa maladie. Elle le fit sans le savoir et quelques mois plus tard elle était malade. Elle sentait une chaleur au bas-ventre et de la douleur à ses organes, surtout lors de la miction.

Elle a attrapé cette maladie lorsqu'elle était déjà pubère.

Mais, à part cela, elle a une autre maladie. Celle-là, elle l'a depuis son enfance. Elle l'a attrapée un jour qu'elle gardait les vaches dans la vallée. Elle s'en souvient bien. C'est à cause d'un animal qu'elle n'a pas vu. Dans la soirée du jour où l'animal l'avait aperçue, elle perdit

brusquement connaissance. On l'a crut morte. Elle transpira à flots, toute la nuit. Le lendemain elle ne savait plus bouger. Cependant elle entendait tout ce que l'on disait autour d'elle. Quelques jours après, elle était de nouveau tout à fait bien. Depuis lors elle a eu régulièrement des crises analogues. Lorsque la crise vient, elle sent brusquement qu'elle ne s'appartient plus. Elle s'affaisse et commence à délirer. C'est un animal qui commence à parler par son intermédiaire. Il se met debout, semble prendre sa tête et la précipiter par terre. Alors elle sent que tout son sang afflue vers ses bras et elle est complètement abandonnée aux caprices de son maître (l'animal).

Ses crises apparaissent surtout quand elle est à l'église.

A première vue, on pourrait croire à des crises d'épilepsie, surtout qu'elle situe le début de ces crises dans son enfance. Toutefois, pendant son observation à l'hôpital, elle n'a jamais présenté des pertes de connaissance. Elle avait un comportement théâtral. Ces crises consistaient principalement dans l'exécution de mouvements genre chorée salutatoire.

Nous croyons que l'origine de ces troubles est à rechercher dans la situation à forte charge émotive qui s'est créée chez elle au moment où elle a constaté sa blennorragie. Car la nature de ses troubles urinaires, dont elle donne au début de son observation une description assez évocatrice, était bel et bien de nature gonococcique (Gram : gono ++).

Ne perdons pas de vue non plus que les crises, dont elle parle, se passaient souvent à l'église (où il y a du monde).

Dans trois cas (deux hommes et une femme), il nous a été encore plus difficile de discerner entre épilepsie et hystérie. Les malades ainsi que l'entourage, citaient dans chaque cas, de nombreuses crises avec perte de connaissance. A l'hôpital on n'a jamais pu constater chez eux une crise convulsive épileptique typique.

Dans un cas (MOKIBONGO, *Obs. 82-B.*), des blessures s'étaient produites lors d'une chute. Mais ces crises catalepto-catatoniques se déclenchaient toujours aux

moments difficiles (c'est-à-dire lorsqu'il se trouvait sans travail et sans ressources). Son comportement était parfois ce qu'il y a de plus théâtral. Un jour il s'était procuré une casquette de prisonnier de guerre allemand. Pendant des heures il exécutait à travers l'hôpital des marches au pas de l'oie. Un autre jour, le Vendredi-Saint, il se promenait solennellement, dans un mutisme obstiné, par les corridors de l'hôpital avec deux planches sur la tête, en forme de croix. L'élément religieux était d'ailleurs d'importance chez lui. A différentes reprises, il avait fait des excentricités à l'église : il se mettait dans le confessionnal ou courait dans l'église affublé d'une chasuble.

Tous ces éléments nous incitaient à le classer parmi les hystériques. Néanmoins un équivalent psycho-moteur épileptique n'est pas exclu et un Électro-encéphalogramme aurait peut-être pu nous éclairer mieux à ce sujet.

2. CONTRACTURES.

Voici deux observations typiques :

a) *Obs. 7-B.* — BIRABEHEVA, 11 ans, écolier.

Il arrive avec un air triste, les avant-bras pliés. Il se plaint de ses bras, depuis deux jours. Le soir, il eut brusquement mal dans ses coudes. Il y avait quelque chose là-dedans qui l'empêchait de détendre ses bras. Le moindre contact lui faisait mal, et surtout le travail. Il ne pouvait plus rien soulever. Le lendemain ses bras semblaient gonflés, il avait mal aux poignets, ses bras se plièrent et, depuis lors, restent en contraction. La douleur est imprécise.

On remarque que les véhicules qui passent sur la route le distraient. Parfois même, ses bras se déplient un peu.

Soumis à une bonne contre-suggestion (dans la chambre noire de la salle de radiographie on lui applique deux à trois jets de chlorure d'éthyle à chaque articulation souffrante), la guérison est instantanée et spectaculaire.

Non moins spectaculaire était la disparition des symptômes dans le cas suivant, où l'on a employé le même système de « torpillage ».

b) *Obs. N° 2-C.* — Femme de 40 ans, qui tient un cabaret au Centre extra-coutumier.

Elle a un air calme, un peu distrait. Son bras droit, replié, fait un mouvement lent, rythmique, imitant les gestes d'une danse indigène. Trois femmes la soutiennent d'une façon très ostensible. Elle est allée au dispensaire ce matin parce que, depuis hier soir, ce mouvement de son avant-bras ne s'arrête plus. Rien ne sait l'arrêter. On a essayé tout.

Elle dit qu'elle est heureuse en ménage. Elle n'a d'ennuis avec personne. Oui, il y a bien un petit incident qui lui est arrivé il y a 4 jours. Un individu est arrivé, dans son cabaret, pour échanger un billet de 1.000 F. Or, comme elle ne sait pas lire et comme le billet ressemblait aux billets congolais, elle lui donna dix billets de 100 F en échange. Arrive son mari qui, lui, voit immédiatement que le billet est faux. Elle se rend à la Police du Centre mais l'individu était déjà filé vers Rumonge. On l'a arrêté hier soir. L'apparition du mouvement choréiforme du bras droit date également d'hier soir.

Elle n'accuse pas de douleurs dans le bras. Mais il y a un segment qui est anesthésique.

Ce qui est intéressant dans cette observation, à notre avis, c'est la psychogenèse de ces troubles. La somatisation de l'émotion-choc ne s'est pas réalisée tout de suite. On dirait que c'est le passage de la déception à la joie, au moment de l'arrestation de l'individu, qui a été la cause déclenchante de cette drôle de forme de crise hystérique. Celle-ci a été élective : c'est le bras droit, celui qui avait reçu le billet qui manifeste publiquement sa joie. C'est au moins l'explication que nous y trouvons. C'est au fond un cas type d'hystérie de conversion.

3. PARALYSIES.

Parmi les cas de paralysies, nous signalons celui d'un prisonnier (*Obs. 15-B.*).

Lors de son arrestation, les policiers indigènes lui avaient lié les mains d'une façon un peu brutale. Deux mois après, à sa sortie de la prison, il développait brusquement une paralysie flasque aux deux poignets et déposait plainte contre les policiers. Comme quoi on voit que l'esprit de revendication se retrouve chez le Noir aussi.

Un autre, le soldat L... (*Obs. 38-C.*), manifestait une paralysie de la jambe droite. L'examen neurologique était négatif. Il était déprimé et cherchait manifestement (pour nous), à se libérer de son service militaire.

4. CÉCITÉ.

Quatre cas de cécité hystérique figurent dans nos statistiques.

Une postulante des Révérendes Sœurs Indigènes de Z... complètement aveugle depuis quatre jours et dont l'examen ophtalmologique (D^r DEBEIR) n'avait révélé aucune lésion, objective, fut guérie par suggestion dans une seule séance de subnarcoïse barbiturique.

La narco nous a été d'une grande utilité dans un autre cas, mais d'une tout autre façon. Un prisonnier (*Obs. N° 17-C.*) aveugle, fut envoyé d'une autre province pour soins spécialisés à Usumbura. On crut d'abord à une vraie cécité organique (atrophie du nerf optique). Toutefois, comme il y a une collaboration étroite entre les services spécialisés de l'hôpital (encore un des avantages d'un service de psychiatrie dans un hôpital de médecine générale), il nous fut envoyé pour examen.

Par la narco-analyse nous constatons qu'il parlait très bien l'anglais. Chose étonnante, pour un indigène du Congo belge qu'il prétendait être. Il dut reconnaître qu'il était originaire de la Rhodésie du Nord et qu'il vivait sous une fausse identité.

Après la narco, se rendant compte qu'il s'était vendu,

il s'inclinait devant notre assertion comme quoi nous avions constaté qu'il voyait. Il voulait encore sauver la face et déclarait qu'il ne voyait que ce qui se trouvait au-delà de deux mètres au-dessus du sol. Graduellement, jour par jour, il diminuait les plans de sa vue de quelques centimètres et, une semaine après, il voyait de nouveau jusqu'au sol.

Un autre cas intéressant, est celui de KABUTWEA, un homme âgé de 30 ans.

(Obs. N° 38 C.). — Dès qu'on le voit, on constate qu'il doit au moins voir quelque chose. Il entre seul, sans se tromper et sans heurter quoi que ce soit. Il s'assied seul sur la chaise.

Il dit qu'il est devenu aveugle à son licenciement de travail. C'était au Congo. Le patron pour lequel il travaillait ne lui a même pas permis d'amener les quelques objets qui lui appartenaient. Il est revenu bredouille, comme il est parti. C'est au moment du départ qu'il est devenu aveugle. Cela a été omme subit (remarquez l'imprécision).

Il a failli tomber dans le lac. Il dit cela avec un sourire gêné, comme pour confirmer absolument sa cécité.

Parti au Congo (il est originaire de l'Urundi) avec l'espoir de se constituer une petite fortune, il s'est vu licencier sans aucun avoir. La perspective des moqueries de ses frères lors de son retour à la colline natale l'a découragé. Il a cherché à sauver la face. Il s'est fait aveugle.

5. APHONIE.

(Obs. N° 33-C.). — YOKE, femme congolaise, âgée de 20 ans.

Lors de son interrogatoire, elle est assise calmement, un voile de tristesse sur la figure.

On l'interroge, elle comprend, mais ne sait pas parler. Elle montre l'endroit du cœur, comme pour dire que la cause se trouve là.

A part les inclinaisons de la tête, qui se produisent à un rythme cadencé lorsqu'elle veut affirmer quelque chose, elle ne semble disposer d'aucun autre moyen d'expression ou de communication.

On lui dit qu'elle va être miraculeusement délivrée de sa terrible

maladie par un traitement tout à fait spécial. Dès le premier jet du chlorure d'éthyle sur la région malade, elle parle d'une voix fluette, mais audible. Puis viennent quelques mots articulés et à voix claire. Elle est guérie.

Au point de vue physique, il est à noter que la malade était fortement anémiée probablement à cause d'une infestation massive par *Ankylostomes*.

Observation d'ANJELANI (N° 35-C.), 18 ans.

Le début de sa maladie remonte à deux semaines. Il y avait tout d'abord une sécheresse de la gorge, puis de fortes douleurs dans l'arrière-gorge. Deux jours plus tard sa voix s'entrecoupait par saccades pour devenir complètement muette une journée plus tard. Elle resta alors trois jours sans voix. Elle se rendit régulièrement à la consultation du dispensaire, mais n'éprouva aucune amélioration.

Le cinquième jour de sa maladie, elle sentit brusquement une torsion très pénible dans sa poitrine, au niveau des seins. Elle était d'une telle intensité qu'elle ne put marcher. Elle sentait que sa poitrine allait se tordre ou se rompre. On l'amena d'urgence à l'hôpital où une injection lui rendit sa voix et calmait ses douleurs.

6. TOUX HYSTÉRIQUE.

Obs. N° 8-B. — NYOTA, femme, 23 ans.

Le début de sa maladie se situe vers la dernière semaine de son séjour à la prison (elle purgeait une peine de deux mois). Après le repas du midi, elle a senti un chatouillement au creux de l'estomac. Elle pensait que cela allait passer. Mais quelques heures après, le mal remontait en haut dans la poitrine, et elle eut une envie fréquente de tousser. La toux était sèche et douloureuse. Elle se rendit au dispensaire. Les médicaments qu'on lui donna n'eurent aucun effet, au contraire, sa voix s'altéra et devint de plus en plus enrouée. Il n'y avait pas de crachats. Elle n'en a pas encore. Il n'y a pas de sensation de suffocation ou de dyspnée. Elle n'a jamais toussé auparavant. Il n'y a pas de tousseurs dans sa famille. L'examen physique est complètement négatif. A part sa toux, elle ne se plaint de rien.

7. BOULE HYSTÉRIQUE.

Obs. N° 52-B. — SUZANNE, 25 ans.

Elle souffre depuis longtemps de la gorge et de la poitrine. Ce sont des crises d'essoufflement et d'étouffement qui la forcent à respirer

la bouche ouverte. Elle sent comme un petit os, avalé de travers et qui s'est fixé à la gorge. C'est un petit os qui remonte avec la respiration. Lorsqu'il descend, elle n'en souffre plus.

Elle avale chaque fois sa salive, ce qui la gêne notablement. Au surplus, elle a le front très chaud et les oreilles bourdonnent souvent. Elle a souvent des malaises de respiration la nuit.

Elle est littéralement obsédée par ce morceau de bois qu'elle a dans sa gorge. Elle s'est fait soigner partout, mais elle n'a eu aucune amélioration.

Elle voudrait qu'on regarde bien sa gorge, et qu'on l'opère.

Ce qui prouve que ces malades courent, comme en Europe, de médecin en médecin et se soumettent avec la même facilité déconcertante aux interventions chirurgicales.

Pour terminer ce chapitre sur l'hystérie, nous donnons quelques cas où les symptômes sont moins bien localisés et moins nets.

(*Obs. 1 B*). PRISCA est une jeune fille Barundi de 22 ans. Elle se plaint de la jambe droite. Souvent elle a fort mal à l'intérieur de la cuisse. Elle gonfle et se dégonfle.

Ces malaises ont commencé il y a deux ans. L'origine se trouve probablement dans le fait que les jeunes gens de son entourage ne manifestent pas assez d'intérêt pour elle. Elle a 22 ans et pas de fiancé.

De temps en temps, elle a mal au ventre et à la poitrine. Ça chatouille au ventre, mais la poitrine lui fait mal.

Elle est de mine triste. Elle n'aime pas la compagnie. Toutefois elle aime bien à montrer aux gens sa dévotion, car on la trouve dans les corridors de l'hôpital en train d'égrener son chapelet.

Elle parle avec un certain maniérisme. Sa voix se fait petite et monotone. On sent qu'elle a difficile à exprimer les malaises inexprimables qu'elle ressent ».

Dans le cas de FORTUNA, âgée de 30 ans (*Obs. 14 B*), la jalousie et la crainte semblent être à la base de ses troubles. Son mari, un Swahili, a une deuxième femme. La jalousie entre elle et cette deuxième femme est grande. L'autre est plus jeune qu'elle. Dernièrement celle-ci a dit qu'elle avait un médicament pour surveiller tout, savoir

tout ce qui se passe et tout ce qui se dit. Depuis lors elle ne dort plus, elle pense continuellement à l'action maléfique du *dawa*. Le dilemme se pose pour elle : ou bien mourir par le *dawa* de l'autre ou bien abandonner son mari. (Ici, elle se tait, elle pleure et semble ne plus rien comprendre.) Par après elle explique qu'elle s'est sentie comme en sommeil. Elle dit encore qu'elle a froid aux membres et au bas-ventre. A certaines places, sa peau serait insensible. Puis, prenant une pose de statue, elle ajoute : « Je sens le sang qui monte à ma tête ». Elle fait comprendre que sa gorge se ferme et ne veut plus parler.

La seule solution à cette tension psychique intenable créée par l'alternative terrible : ou mourir ou abandonner le mari qu'elle aime, a été de nouveau la fuite dans la maladie.

Le dernier cas d'hystérie que nous voudrions citer est celui de LOUISE. Il constitue, à notre avis, un de ces cas qui se trouvent déjà à la limite des psychonévroses. Le délire de grandeur qu'on y voit naître n'est encore pas beaucoup plus qu'un souhait. Elle ne le vit pas encore.

Voici son observation (*Obs. N° 19-B.*). LOUISE, 19 ans.

Elle est en train de jouer comme une scène de théâtre. Elle veut pleurer, mais les larmes ne viennent pas. Sa voix est plaintive, avec une intonation de tragicomédienne. Les secousses rythmées de sa tête, les mouvements de moulinet de ses mains, donnent à son maintien quelque chose de très comique, d'autant plus qu'elle augmente ses mouvements quand on y prête attention.

Elle se parle à elle-même, tantôt à voix basse, tantôt d'un ton déclamatoire.

Il lui faut ses bracelets, ses beaux habits, une bicyclette pour se déplacer, ses souliers n° 3, ses jolies lunettes ; un bon savon pour se laver dans une eau parfumée, des lunettes qui lui apprennent à lire de loin et à écrire très bien, etc... Elle n'a pas mangé. Il lui faut une nourriture d'hôtel. En attendant, elle veut déjà du pain, du fromage, du thé.

Son mari a amené à la maison un certain FRANÇOIS pour qu'elle fasse du mal avec lui. Arrivé chez lui, son mari (qu'elle appelle Satan — ici elle fait deux fois le signe de la croix) est sorti en la laissant seule avec ce FRANÇOIS.

Son mari ne lui donne rien, pas même des habits. C'est pourquoi elle veut se consacrer à l'étude, comme beaucoup de filles... Elle va demander que son mari restitue tout. Elle ne veut plus de lui.

Cette observation est intéressante à beaucoup d'autres points de vue.

Cette femme a été blessée profondément dans son amour-propre par son mari. Tout d'abord, il ne lui donne pas d'habits, ou pas assez à son goût. En milieu indigène ce fait est très grave. Il montre que la femme n'est pas aimée de son mari. De là, elle en conclut qu'elle est laide. En surplus, elle prétend que son mari l'a battue devant les hommes et les femmes.

A l'occasion d'une vaccination antivariolique avec pustule (qu'elle attribue à l'infirmier ayant pratiqué la vaccination), la réaction éclate. Elle se dit belle, des femmes doivent la servir, elle doit bien s'habiller, elle doit apprendre, faire des études...

C'est là la compensation de cet « éternel besoin de s'affirmer » qui existe sous toutes les latitudes et chez tous les hommes.

CHAPITRE III

ÉTATS D'ANXIÉTÉ

1^o Réaction d'anxiété (9 cas).

Définition : Nos cas de réaction d'anxiété sont plutôt des réactions de panique, la plupart du temps produites par suggestion. On pourrait les classer, suivant la conception freudienne, dans l'hystérie : « anxiety hysteria ».

Voici l'observation, type de DOMINIQUE. (*Obs. N° 1-C.*), écolier, âgé de 14 ans.

Il était au marché avec sa mère hier. C'était vers 10 heures ; pendant qu'il se promenait, il sentit brusquement quelqu'un qui lui frôlait de la main, au cou. Il sursauta et se retourna brusquement. Il vit un Congolais qui s'en allait en rigolant. Ce Congolais portait une culotte noire et une chemise blanche. Le voyant fuir, il fut pris d'une grande terreur. Son cœur se mit à battre précipitamment. Il transpira abondamment. Il sentit dans son nez des odeurs de médicaments (qu'il croyait provenir du Congolais). Sa force l'abandonna. Il parvint péniblement à rentrer à la maison. Là, il se sentit de nouveau mieux et s'amusa avec ses frères et sœurs.

Mais le soir, après s'être mis au lit, il sentit brusquement comme un éclair qui passait en lui. Tout son corps fut comme embrasé par cet éclair. La terreur, les tremblements, la transpiration de tantôt recommencèrent. Il eut l'impression qu'il allait s'évanouir. Il demanda à son père de l'amener à l'hôpital. Il eut encore la force de marcher jusque là. On lui fit une injection (une huile camphrée) et tout rentra dans l'ordre du coup.

L'observation de BARANYANDEZA (*Obs. N° 46-B.*), est également caractéristique :

La nuit du 15 juillet 1953, vers 9 heures du soir, après son souper, il prit la plume pour écrire une lettre. Vers le milieu de sa lettre, il remarquait qu'il n'écrivait plus ce qu'il voulait, mais que sa main glissait automatiquement, comme dans un rêve. Il déposa sa plume, relut, mais il ne comprenait plus rien de ce qu'il avait écrit. Au même moment, une sensation de chaleur intense mais indolore lui traversa le bas du dos. Pendant la durée d'une seconde des éclairs scintillèrent devant ses yeux. Il revint à lui plusieurs minutes après, accroché à la table. Il n'était pas tombé. Une chaleur restait dans sa poitrine. Les verres d'eau qu'il but ne le soulagèrent pas. Il lui sembla que la chaleur était réveillée par la lumière de la lampe. Il parvint quand même à dormir cette nuit-là.

Le lendemain, il se rendit à son travail quoiqu'il se sentait encore très faible.

Dix jours après, toujours la nuit, même crise. Il sentit comme un corps étranger dans sa gorge, qui l'empêchait de respirer. Sa poitrine était de nouveau très chaude. Même l'haleine qui sortait était chaude. Il remarqua qu'elle sortait par la narine droite.

Le lendemain matin, il était plus faible que lors de sa première crise. Il se rendit au dispensaire et malgré les comprimés qu'il avait reçus, il fit encore une crise le même soir.

Depuis sa rentrée à l'Hôpital, il y a une semaine, il n'a plus eu de crises. D'ailleurs ses crises revenaient toujours lorsqu'il était seul. La seule chose dont il se plaint encore, c'est du ventre, où il ressent comme quelque chose qui est en train de se refroidir.

2^o Névrose d'angoisse (6 cas).

Sous cette rubrique nous classons les cas où des crises d'anxiété répétées ont créé une espèce d'état « d'anxiété », où dominent des craintes ou des peurs (p. ex. : de devenir fou (3 cas), de devenir malade, etc...) et où des symptômes du côté somatique (p. ex. : palpitations, tremblements, céphalées, insomnie, etc.) ne manquent pas non plus.

Observation de PASCASIE (24 ans), (N^o 17-R.).

Elle souffre depuis six ans. Elle faisait une pneumonie lorsque commencèrent ces palpitations dont elle se plaint encore. Le médecin d'Astrida constata les troubles et commença une série d'injections

pour soutenir son cœur ; ces injections eurent un bon effet sur le mal. Toutefois, quelques mois après, elle remarqua qu'elle avait plus peur que d'habitude. La fermeture d'une porte suffisait pour la faire sursauter ; toute arrivée inattendue lui faisait battre le cœur très fort. Elle ne dormait presque plus. Le moindre bruit la réveillait. Avec le temps tout cela allait en augmentant et le moindre petit bruit l'in-dispose maintenant.

L'année passée elle subit une intervention chirurgicale. Elle mit 12 heures pour sortir du sommeil. Elle sentait qu'elle était finie. Le lendemain et les jours qui suivirent l'opération, de petites défaillances se sont surajoutées à son état. Elles passèrent pour un certain temps, mais il y a quelques jours, elles ont recommencé. Ces défaillances, elle les décrit comme suit : son cœur palpite brusquement, un nuage passe devant ses yeux, elle veut vomir, elle transpire, tout tourne autour d'elle et si elle ne se couche pas vite, elle risque de tomber.

Au point de vue physique, à noter ici : de l'Amenorrhée, Ascaridiose, Tension artérielle 90/60 mm. Hg.

Relevons dans cette observation l'intervention chirurgicale, cette tendance à intervenir dans des cas à symptomatologie psychosomatique. Mais n'oublions pas que l'acte chirurgical est encore l'acte le plus spectaculaire et le plus apprécié des populations indigènes et européennes d'Afrique.

Observation (*N° 2-B.*) de l'élève G... de l'école normale. Age : 19 ans.

Il y a un peu plus de deux mois, exactement le 10 juin, à une heure de l'après-midi, il sentit brusquement de fortes douleurs dans la tête, dans la région des tempes et au front. Il n'avait rien mangé de spécial. Il pensait que les vaisseaux, dans sa tête, allaient éclater. Sa tête devint de plus en plus lourde. Cela lui rappela sa fièvre récurrente, qu'il avait faite six ans auparavant, en 1946.

L'intensité des douleurs était telle qu'il ne put plus étudier. Il se mit au lit. Un examen du sang révélait de la malaria. On lui fit deux injections de quinine, sans aucune amélioration. Puis on lui donna des injections de NEO (Néosalvarsan), également sans succès.

Voyant que tout échouait, il a demandé à aller voir le médecin à K... On lui fit une ponction lombaire. De nouveau aucun effet.

Pendant son séjour à l'hôpital de K..., une sorte de chatouillement

cérébral s'adjoignit à ses céphalées. Il était convaincu que si le fourmillement arrivait au cervelet, il deviendrait fou, et une grande terreur s'empara de lui.

Après une nouvelle cure de Néo, aussi inopérante que la première, il fut dirigé sur Usumbura pour consultation du médecin ophtalmologue, ceci surtout parce qu'il ne pouvait plus lire sans souffrir.

Après un examen chez l'oculiste, qui s'avérait complètement négatif, et après une cure d'or intraveineux pour éliminer toutes éventuelles séquelles de fièvre récurrente (l'or intraveineux nous ayant donné de très beaux résultats dans les céphalées rebelles, qui s'installent parfois après la guérison de la fièvre récurrente), nous l'avons soumis à un traitement d'électro-choc, qui, dans son cas comme dans le cas précédent, a amené une disparition rapide des troubles.

Nous citons encore le cas du nommé G... commis au service du Gouvernement (*Obs. N° 50-B.*) qui décrit lui-même, dans une auto-observation, les troubles dont il souffre :

Lui-même explique que c'est à cause de l'effort qu'il s'impose continuellement pour ne pas penser à son sort, qu'il ne peut plus lire sans souffrir.

- Palpitations, puis le cœur se ralentit et s'arrête.
- Quelque chose comme de la soif dans la gorge et une boule presque tout le temps.
- Démangeaisons dans le cœur, qui me fait souffrir.
- Des sursauts musculaires au lit.
- J'ai vu des éclairs en m'endormant, j'ai eu peur, je me suis levé d'un geste brusque.
- J'ai des vertiges et en ce cas je me mets debout pour reprendre mon calme.
- Sueurs dans la main.

Il attribue l'origine de ces « phénomènes » à une injection intraveineuse de novocaïne qu'il a reçue il y a quelques mois pour une entorse. Toutefois, l'interrogatoire montre que ces phénomènes datent d'environ 4 ans.

Il a déjà consulté six différents médecins.

CHAPITRE IV

ÉTATS DÉPRESSIFS

1^o Dépression réactionnelle (22 cas).

Il s'agit de dépressions d'humeur, la plupart du temps réactionnelles à une situation bien donnée ou se développant après des maladies ou des interventions chirurgicales débilantes.

Parmi les 22 cas, nous relevons :

Hystérectomie	4
Malaria	3 (dont un cas traité à l'Atébrine).
Paratyphoïde	3
Grossesse	2 (psychonévrose de gestation !)
Fibrome	1
Stérilité	1
Ménopause	1
Trypanosomiase	1
Asthénie	1 (verminose + anémie)
Tuberculose pulmonaire	1

Observations :

KANKINDI, Marie (N^o 22-B.), 37 ans.

La malade a un aspect triste et anxieux. Elle se sent misérable. Elle habite toute seule dans sa maison.

Pendant des années elle vécut en concubinage avec son mari. Puis ils ont suivi l'instruction de la Mission et se marièrent dans l'église. Tout alla bien jusqu'au moment où son mari fut attrapé avec de l'or et jeté en prison. Pour vivre, elle ouvrit un petit cabaret au Centre extra-coutumier. Des mauvaises langues racontèrent à

son mari en prison, qu'elle couchait avec d'autres hommes et qu'elle gaspillait l'argent qu'elle gagnait. Aussi, lorsqu'il sortit de la prison, amenait-il avec lui, à la maison d'autres femmes. Dernièrement lui, un Murundi, a pris une femme du Kasai. Il ne me regarde plus. Il ne me dit plus bonjour, ne me donne plus de ration, et ne m'achète plus d'habits. Je veux partir et aller mourir chez moi.

Pourtant elle n'en veut pas à son mari. Il a bon cœur. Mais ce sont les femmes qui l'ont envoûté. Elle a attrapé sa concubine avec :

- 1) Une bouteille qui parle ;
- 2) Une boîte pleine de sang ;
- 3) Une tête de chien ;
- 4) 2 paquets enduits de sang.

Il ne faut pas interpréter cette dernière déclaration comme un délire. Il s'agit simplement de croyances indigènes, qui n'ont rien de pathologique.

Observation de SABINA (*Obs. 9-B.*).

A l'interrogatoire, elle se contente de pousser de profonds soupirs, comme quelqu'un qui est très fatigué. Lorsqu'on lui demande de quoi elle souffre, elle répond d'une phrase dont le début n'est pas prononcé. La respiration me manque, dit-elle.

Lorsqu'on insiste, elle commence une phrase mais ne la termine pas. « J'ai eu d'abord mal au ... » puis elle ne continue plus. Elle est plus intéressée par la pluie qui tombe dehors que par les questions.

A force de patience et de questions, on apprend quand même qu'elle a mal au ventre et à la poitrine.

Elle connaît le nom de sa sœur, de sa fille. Elle sait où elle se trouve.

Tout son comportement témoigne d'une humeur triste et déprimée.

A noter qu'à son entrée à l'Hôpital, un examen de sang pour malaria était positif et qu'elle fut traitée par l'Atébrine.

2° Neurasthénie (6 cas).

Nous savons que certains psychiatres ont tendance à ne plus émettre le diagnostic de neurasthénie (Cossa et autres) [19].

D'une psychiatrie où toute manifestation de nature

psychonévrotique était classée comme neurasthénique, nous en sommes arrivés à une psychiatrie où le terme même n'existe plus.

Dans nos cas, classés comme neurasthénie, la fatigue physique et mentale dominant le tableau symptomatologique.

Voici deux observations :

Auto-observation du nommé D..., élève-infirmier (N° 7-B.).

Nous transcrivons textuellement :

Il y a plus de 5 mois que j'ai commencé à être agité.

Lorsque je suis troublé, le cœur bat très vite, la transpiration devient abondante et je sens une lourdeur dans la tête, suivie d'une violente douleur surtout localisée entre les deux yeux et au sommet du crâne. Dès lors je me sens être tombé. Cette douleur survient également lorsque je fais très attention à quelque chose. Environ 2 fois par semaine, lors des contractions du cœur, je me sens une légère douleur à la pointe du cœur.

Il y a quelques fois le cœur bat et s'arrête un tout petit moment, puis il recommence. De temps à autre je sens une angoisse et la respiration devient difficile.

Je suis vite très fatigué à la marche, j'ai des réflexes spontanés.

Nous admettons que l'élément hypochondriaque et même d'anxiété sont présents dans ce cas. Toutefois, nous le classons comme neurasthénie, car nous avons eu l'occasion de voir combien était grande sa fatigabilité physique et intellectuelle.

Il s'agit d'un garçon intelligent, très travailleur et que nous avons eu comme élève. Nous croyons qu'il s'était littéralement surmené.

L'autre cas (*Obs. 49-B.*), est celui d'une postulante des Révérendes Sœurs indigènes de B... Elle est âgée de 19 ans et est institutrice dans une école pour jeunes filles indigènes.

Elle a mal au sommet du crâne dans les deux tiers de la tête.

La moindre chaleur et le froid le provoquent. Quand elle parle,

elle sent que ça bat douloureusement comme les pulsations que l'on ressent dans un abcès.

C'est à cause de cela qu'elle ne sait plus parler qu'à voix basse. La marche aussi lui est pénible. Même pour manger elle a difficile. Elle ne sait plus mastiquer vigoureusement. Elle ne boit plus que du lait et ne mange plus que des pâtes.

Elle insiste sur l'impossibilité absolue de porter un seau d'eau sur la tête (ce que chaque femme indigène, même une petite fille, sait faire).

Cette fatigabilité extrême, elle l'attribue à l'effort d'enseigner.

Cette observation nous donne l'occasion d'insister une fois de plus sur le fait qu'il faut toujours tenir compte de la mentalité indigène. Il se pourrait que sa fatigabilité constitue une façon d'échapper à des corvées qu'elle juge dégradantes. En milieu indigène, il se fait que lorsqu'on a reçu une instruction, on n'aime plus à faire du travail manuel. La jeune fille, devenue institutrice, trouve indigne de sa personne de porter un seau d'eau sur la tête, comme on l'obligea de le faire au couvent. Ou bien, il est probable qu'elle désire quitter le couvent !

3^o Réactions hypochondriaques (16 cas).

Nous considérons comme réactions hypochondriaques des états de dépression d'humeur où le malade ne semble plus pouvoir penser à autre chose qu'à une maladie bien déterminée qu'il croit ou qu'il a décidé d'avoir. Il analyse continuellement tout ce qu'il ressent intérieurement et extérieurement. Les sensations cénesthétiques sont fréquentes.

Voici une première observation : POKEZI (*Obs. 19-C.*), boy âgé de 28 ans.

Il se plaint de ses troubles depuis une année et 2 mois. Il croit avoir eu au début de la fièvre pendant une semaine. Puis, ont commencé des palpitations cardiaques. Pendant six mois il ne ressentit pas

d'autres troubles. Au bout de ces mois, d'autres souffrances s'installèrent. Localisée d'abord aux environs d'un os dans la colonne vertébrale dorsale, la douleur changea bientôt de place pour se fixer définitivement dans la région de son cœur. De temps en temps quand même, la douleur revient à son ancienne place dans la région de la colonne vertébrale dorsale, exactement à l'endroit où se trouve une petite incision. Avec le temps, la douleur a affaibli son cœur et l'a rendu sensible à toutes sortes de choses. Par exemple, il suffit qu'il sorte le matin, lorsqu'il fait frais, pour que son cœur en souffre et que sa poitrine entière en ressente le coup. Il ne fait plus le moindre effort. Soulever un petit poids lui devient impossible. Il n'ose plus marcher fortement, sans quoi son cœur souffre. Il n'ose plus parler tout haut pour le même motif. Il croit que sa maladie se localise dans les fibres qui relient la colonne vertébrale au cœur (*sic* !).

C'est une nodule que les médecins ne voient pas. Il sent quelque chose dans son ventre, mais il ne saurait pas préciser exactement quoi. Il sent parfois une forte chaleur sur une certaine étendue de sa colonne vertébrale et la chaleur se propage dans sa poitrine en réveillant, bien entendu, les douleurs de son cœur.

Ces douleurs se propagent comme le sang. Elles suivent des réseaux spéciaux et une fois arrivées au cœur, celui-ci perd pour ainsi dire toute vie et semble dire « touche-moi et je me brise ».

Il voudrait absolument connaître le nom de sa maladie. Il s'est fait soigner un peu partout, mais sans amélioration.

Il doute également de la curabilité de son mal. Il doute aussi de la bonne volonté des infirmiers. Il ne guérira qu'au moment où la radiographie aura détecté « son nodule dans les fibres qui relient le cœur au dos ».

Observation de M..., âgé de 22 ans, ancien élève du petit Séminaire, ancien élève infirmier.

Il y a maintenant dix ans qu'il souffre de ses Ankylostomes. Ses premières douleurs abdominales datent de son entrée au petit Séminaire. Il reçut une série de vermifuges qui ne le soulagèrent pas. On le renvoya du Séminaire, parce qu'on ne savait pas le guérir. A peine sorti du Séminaire, ses douleurs disparurent comme par enchantement.

Malheureusement, il y a un mois, elles ont recommencé. C'était

pendant les examens. On a dû l'hospitaliser. Les douleurs se localisent maintenant à l'épigastre, mais ont tendance à s'étendre à tout l'abdomen. Elles lui font l'impression de petits insectes genre fourmis qui le piquent dans le ventre.

Il dort très mal. Il ne digère pas les aliments durs.

Il a l'air abattu et déprimé. Il est très susceptible, surtout en ce qui regarde sa maladie. Depuis qu'on lui a refusé un vermifuge contre les Ankylostomes (l'examen des selles étant complètement négatif), il croit qu'on ne veut pas le soigner.

Il voit d'un très mauvais œil qu'on lui donne des calmants, parce que, comme il le dit, il n'est pas malade dans sa tête, mais bien dans son ventre.

D'ailleurs, comme infirmier, il se connaît assez en pathologie pour savoir que c'est son estomac qui est malade.

Il croit dans l'efficacité d'un médicament adéquat qu'on pourrait lui donner, le thymol, mais il voit bien qu'on n'a nullement l'intention de le lui donner.

Cette observation illustre très bien ce que certains auteurs (BARUK, H. [5]), ont écrit au sujet des hypochondriaques. On peut voir se développer chez eux de véritables réactions agressives et de vengeance à l'égard des médecins. Dans notre cas, ce trait paranoïde ressort très nettement. S'il n'y avait pas eu ce trait-là, nous aurions été tentés de classer le cas parmi les troubles psychosomatiques. En effet, on remarque que c'est aux moments difficiles de sa vie, aux moments de *stress*, que les symptômes se manifestent (entrée au Séminaire — période d'examens d'infirmier).

Inutile d'ajouter que nous avons pensé à la possibilité d'une affection gastrique (ulcère) et qu'une RX avait été faite, d'ailleurs complètement négative.

Nous terminons ce chapitre de l'Hypochondrie par l'observation de T... S..., clerc au service Médical (*Obs. N° 9-C.*) et âgé de 25 ans.

Depuis deux ans il se plaint d'échauffements périodiques de tout son corps. Ces échauffements ont commencé aux intestins et s'accompagnaient de tiraillements de l'intestin et de la vessie. Les derniers

temps ils sont accompagnés de sensations de chatouillements, surtout dans les muscles des jambes et des pieds. Il sent comme des piqûres de termites dans ses mollets. Dans son cerveau également, des termites se promènent et mordent quelquefois. Il a l'impression, de temps en temps, qu'une termitière se vide de tous ses insectes sur son cerveau. Celui-ci est en train de s'effriter. A son cuir chevelu, il a comme des écailles.

Quelqu'un lui a dit que les œufs de Schistosomes (noter qu'il travaille au Service Médical), peuvent donner de l'amertume de la bouche. Et il se plaint aussi de cela.

Son médecin privé (car il est allé consulter un médecin privé) lui a dit que son système nerveux était trop encombré et qu'il faudrait le nettoyer.

Il emploie des expressions qu'il doit avoir vues dans des observations. Textuellement il dit « Je me plains d'inappétence et de constipation habituelle ».

Mon teint devient de plus en plus pâle.

Nous croyons que son occupation est à l'origine de ses troubles hypochondriaques.

CHAPITRE V

PSYCHASTÉNIE OU NÉVROSE OBSESSIONNELLE

Sous ce titre nous groupons les phénomènes psychoneurotiques qui se caractérisent en ordre principal par des obsessions, des phobies et des sentiments d'incomplétude.

Disons tout de suite que nous n'avons jamais rencontré chez nos indigènes un cas de phobie tel qu'agoraphobie, claustrophobie, etc...).

Le seul cas de psychasthénie que nous avons constaté ⁽¹⁾ est celui d'un jeune abbé indigène, étudiant en théologie au Grand Séminaire. Voici les principaux éléments de cette observation :

Il se plaint de vertiges, de maux de tête et d'irritabilité nerveuse. Il est très vite fatigué et, de temps en temps, surtout en public, il remarque que ses pieds et ses mains tremblent. Il se sent mal à l'aise parmi ses condisciples et croit qu'ils le trouvent antipathique. Il est très scrupuleux. Avant d'aller à la Communion, il doute souvent s'il est bien à jeûn. Il craint toujours d'avoir avalé des particules de nourriture restées entre les dents.

Le soir, avant de se coucher, il doit aller voir trois à quatre fois si les portes sont bien fermées.

Il a souvent des doutes quant au travail qu'il doit faire.

Lorsqu'il y a quelqu'un qui marche devant lui, même un homme, des idées obscènes viennent l'importuner. Ceci est encore plus prononcé lorsqu'il doit croiser quelqu'un. Aussi prend-il alors une démarche un peu embarrassée. Sa tête se penche de côté, de sorte à ne pas avoir à regarder les gens en face.

⁽¹⁾ Nous venons d'avoir un deuxième cas également chez un étudiant du Grand Séminaire.

Il lui arrive également en public de faire des grimaces involontaires (tics).

Il aurait été fortement affecté par le départ du Séminaire de son meilleur ami.

Le fait que nous n'avons constaté qu'une seule névrose obsessionnelle et encore chez un évolué, confirme les dires du psychiatre Français AUBIN, H. [20] comme quoi l'on rencontre guère d'obsessions vraies que chez les sujets évolués.

CHAPITRE VI

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Nous entendons par troubles psychosomatiques des troubles fonctionnels somatiques, sans altération de l'état mental ou de l'humeur, mais dans lesquels on trouve souvent à la base des facteurs psychiques. Ils se présentent comme des névroses d'organe. Dans un certain sens, il s'agit également de troubles somatiques de conversion, comme dans l'hystérie, mais sans l'état mental et l'attitude propres à celle-là.

Notre statistique comprend des malades hospitalisés en médecine interne, qui se plaignaient de tel ou tel organe et chez qui un examen physique minutieux n'a pu déceler la moindre cause organique pouvant expliquer leurs troubles. En plus, l'état mental, le comportement, l'état psychique ne montraient aucune altération. D'un autre côté, la plupart du temps, on trouvait à l'origine des troubles des facteurs psychiques.

Un exemple : X... femme de soldat (*Obs. 153-C.*). Battue par son mari au camp, devant tout le monde, et de ce fait atteinte profondément dans son honneur et sa dignité de femme, elle vient le lendemain des faits (quelques gifles sans gravité), se faire hospitaliser pour des douleurs très fortes dans la région de l'épigastre.

Nos cas ne comprennent donc pas des névroses d'organe dans le sens de l'école psychomatique américaine (ALEXANDER-WEISS-ENGLISH-FLANDERS DUNBAR [17]). Suivant cette école, ils seraient plutôt classés comme névroses d'organe hystériques.

Ils ne comprennent pas, non plus, des cas d'ulcère, d'asthme, d'hypertension où les facteurs psychogénétiques ont été si bien étudiés par cette école.

L'asthme est fréquent au Ruanda-Urundi. Mais nous n'avons pas étudié cette affection sous l'angle psychique.

L'ulcère gastro-duodénal et l'hypertension sont très rares, ce qui vaut peut-être la peine d'être signalé dans le cadre de cette discussion des troubles psychosomatiques.

Il s'agit plutôt, dans notre série, *de troubles neuro-végétatifs viscéraux*.

Ils se classent comme suit :

Troubles cardiaques	8
» gastriques	14
» respiratoires	1
» gynécologiques	10
Colites	2
Migraine	1
Œdème angio-neurotique	1

CHAPITRE VII

PSYCHOPATHES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

1^o Psychopathes.

Nous avons observé cinq cas. Ils proviennent de nos expertises médico-légales.

Le cas du nommé S..., âgé de 40 ans, originaire du Ruanda (*Obs. 63-M.*), est celui d'un *pervers sadique*.

Par un coup de lance dans le vagin, il a tué une femme mariée, avec laquelle il avait essayé à différentes reprises d'avoir des relations sexuelles. Il avait sauvagement massacré les parties génitales de la femme.

A noter, pour ce cas, que le liquide céphalo-rachidien était légèrement altéré (7,3 éléments cellulaires par mm³). On n'a pas su déceler la cause de cette altération. La réaction B. W. était négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les examens au point de vue trypanosomiase et fièvre récurrente étaient négatifs.

Pendant sa longue observation à l'hôpital, aucun trouble mental grave ne se manifesta.

Un autre cas relève plutôt d'une *jalousie pathologique*.

C'est une femme, âgée d'une trentaine d'années, qui a tué deux enfants d'une des concubines de son mari. Elle-même était stérile.

Au point de vue mental, rien non plus à signaler. Elle

témoigna même d'une vivacité d'esprit peu commune quand il s'agissait de se défendre contre cette grave accusation.

Dans les *trois autres cas*, il s'agit de *voleurs incorrigibles*. — Voici le cas type : MPITABIKANA (*Obs. 57-M.*).

« A avoué 16 vols et déclare en avoir oublié d'autres ». Tout de suite on remarque qu'il est d'une intelligence supérieure aux indigènes de sa condition et de son milieu. Il a une réponse directe, spontanée, un peu sèche, toujours prête au bout des lèvres, pour n'importe quelle question. Il se prétend innocent. Il est un honnête homme qui vit d'un petit commerce de pâtes vendues au marché.

Pressé un peu plus, il finit quand même par admettre quelques vols. Pour l'un, il tâche de faire incomber toute responsabilité à un de ses compagnons. Pour l'autre, celui d'un vieux veston (avec 2.000 F dedans) il a cette réponse, qui caractérise si bien l'absence de tout sens moral :

« Le veston se trouvait trop à la portée de ma main ».

Les autres cas révèlent ce même manque de principes et de sens moral, cette même assurance éhontée dans le récit de leurs délits.

2° Troubles de la personnalité par alcoolisme.

Ils ne sont pas fréquents en Afrique centrale, malgré la consommation impressionnante de boissons alcooliques.

Nous croyons qu'il s'agit plutôt de troubles provoqués par l'alcool sur un terrain psychopathique.

Les 2 cas nous étaient envoyés également pour expertise médico-légale.

L'un s'était accusé d'un incendie qu'il n'avait pas provoqué et l'autre, un alcoolique invétéré, avait mis le feu à la case dans laquelle dormait sa mère.

3° Troubles de comportement post-traumatiques : 2 cas.

Il s'agit de troubles de la personnalité après fracture du crâne.

Obs. de S..., commis aux Services du Gouvernement. 23 ans. (*Obs. N° 25-R.*).

A fait des études au petit Séminaire.

Il a encouru une fracture du crâne par chute de vélo il y a deux ans. Il serait resté plus d'une semaine en coma.

Il se plaint actuellement d'une sensation de vide dans la tête. Il lui arrive aussi qu'une idée vient remplacer celle qui l'occupait, malgré qu'il s'efforce de ne pas la remplacer. Il a des sauts d'humeur. Parfois un seul mot suffit pour le mettre en colère. D'autres fois, on peut l'insulter, il reste impassible, imperturbable.

Il a remarqué qu'il a beaucoup plus difficile de s'exprimer, surtout en français. Pourtant il parlait bien le français. Il avait une bonne mémoire dans le temps. Maintenant, il lui faut parfois relire quelque chose quatre à cinq fois, sinon il l'oublie.

Lorsqu'il boit (de la bière), il constate qu'il a les idées plus claires.

Il voudrait se marier sous peu et il demande un remède contre l'impuissance. Il a des doutes sur sa virilité.

Un traitement à la benzedrine lui fait beaucoup de bien.

4° Troubles caractériels.

Tous les cinq cas de notre statistique sont des Trypanosés.

Obs. N° 24-T. de NZAHAHA, 26 ans, Murundi.

Il y a bien longtemps qu'il est malade. Il ne sait pas ce qu'il a comme maladie. On lui a fait des injections au dos (ponctions lombaires). Il se demande à quoi toutes ces injections ont servi, puisqu'elles n'ont eu aucun effet sur sa maladie (Il sait bien qu'il est atteint de la Maladie du Sommeil mais il ne veut pas le dire).

A la demande de renseignements sur ses antécédents héréditaires,

il répond : « Tous mes parents sont morts, je vous le dis pour la dernière fois. Je les ai tous mangés » (autre expression insolente pour dire qu'il est le seul survivant).

A la demande : en quelle année sommes-nous ? Il répond : « Je n'ai jamais été à l'école. Ne me demandez pas alors l'année dans laquelle nous sommes. Pourquoi voulez-vous savoir cela ? Je crois que vous ne voulez rien d'autre que me fatiguer ? »

A une autre question : répéter une phrase en Kirundi, il répond : tout ça est bête. N'êtes-vous pas honteux de me demander des bêtises pareilles ? Je ne réponds plus à vos questions bêtes.

Suivant l'entourage, c'était plutôt un homme paisible avant sa maladie.

Dans l'observation on peut remarquer comme il est devenu négativiste, aigri, insolent. Ces changements de caractère sont fréquents dans la maladie du sommeil (cf. *Troubles psychiques dans la Maladie du Sommeil* de MARTIN et RINGENBACH [22]).

CHAPITRE VIII

IMPUISSANCE PSYCHIQUE

Nous donnons ici les observations des 4 cas constatés. Ils sont tous différents l'un de l'autre. Nous ne connaissons que peu de descriptions dans ce domaine, chez le Noir qui, tout en attachant une importance primordiale à sa vie sexuelle, n'est pas très enclin à exposer ses troubles de ce côté-là.

1) Observation de S..., 27 ans (*Obs. 26-R.*).

Il y a neuf ans, il a fait une blennorragie avec orchite. Il y a trois mois il était encore capable d'avoir des relations avec n'importe quelle femme. C'est tout doucement qu'il a constaté un changement. Au début, quand il avait envie d'avoir des rapports l'érection se faisait encore facilement. Mais cette érection ne durait guère. Elle tombait brusquement. Cela ne lui était jamais arrivé en douze ans de mariage. Et voilà que brusquement, au moment où il avait pris une seconde femme, il devint impuissant. Non seulement avec cette seconde femme, mais aussi avec d'autres concubines. Toutefois pour sa première femme, il n'y a pas de changement : il est toujours puissant.

2) Observation de Nt..., âgé de 24 ans. (*Obs. N° 4-B.*) du 23 mai 1952.

Impuissant depuis 1944.

Un oncle fraternel serait mort sans avoir connu de femme. C'est du moins ce que ses parents lui ont raconté. Ses poils pubiens ont poussé en 1942. Il était pubère. Antérieurement, il avait déjà « connu » des enfants de son âge. En 1941, il visitait régulièrement une femme. Bref, rien ne laissait prévoir que, lorsqu'il prenait femme en 1944, il serait impuissant. Et c'est pourtant ce qui lui arriva.

Ils avaient bien passé la journée et lorsque le soir vint, il se trouvait

complètement incapable. Il sentait le désir, mais son organe restait flasque.

Pendant le mois qui suivit, il essayait encore différentes fois, mais toujours sans succès. Sa femme le quitta. Il essaya par après auprès d'autres femmes, mais rien ne changea. Les années passèrent. Il voyait que ses deux frères avaient l'un, un gosse, l'autre une femme enceinte. Il décida alors d'aller consulter le médecin à R... qui l'envoya ici. Il y avait huit ans depuis le début de ses troubles.

Il avoue qu'il a des pollutions nocturnes deux à trois fois par mois. Il a des érections matutinales, de courte durée, deux à trois fois par semaine.

A noter, au point de vue physique, une tache de lèpre (forme Nt. I).

3) Le troisième cas est celui de M... Michel (28 ans) (*Obs. 29-B.*).

Il se plaint de maux au ventre et de troubles au point de vue sexuel.

Ces troubles ont commencé après une opération d'hernie qu'il a subie en 1950, exactement un mois après sa sortie de l'hôpital.

Des douleurs sourdes, continues, persistent à la place de l'hernie. Elles sont plus aiguës lorsqu'il a bu (il n'a pas eu de blennorragie).

Il se plaint surtout des érections qui sont de très courte durée et qui s'accompagnent d'éjaculation prématurée. Sa femme a quitté le foyer conjugal.

Au fond, on pourrait le considérer comme un cas d'hypochondrie : il est encore toujours occupé et obsédé par son hernie.

Le dernier cas, celui de T... S..., clerc, âgé de 20 ans, contient également des éléments hypochondriaques.

Il fut hospitalisé, il y a quelques mois, à cause des anguillules. Pendant son séjour, il remarqua qu'il n'avait plus d'érections. Mais il attribuait cela à son séjour à l'Hôpital. A la sortie son impuissance devint évidente. Il s'en alarma et vint consulter. On lui fit quatre piqûres de testosterone, qui eurent de l'effet. Mais l'amélioration ne dura guère.

Dix jours après, il était de nouveau dans le même état. Il suivit

encore une cure de dix injections chez un médecin privé, mais sans effet. Depuis lors l'impuissance est totale pour toute personne.

Il a eu une blennorrhagie, mais elle a été bien traitée et il est complètement guéri. Il attribue son impuissance à ses anguillules.

Les douleurs très vives dans son ventre sont dues également à ses vers. Ces douleurs s'accompagnent d'une rétraction des testicules.

CHAPITRE IX

HYPERSOMNIE OU NARCOLEPSIE ET CAS NON CLASSÉS

1^o Narcolepsie.

Nous avons classé ici deux cas, dans lesquels se manifestait un besoin irrésistible de sommeil, sans autres grands troubles décelables.

Il n'y avait pas d'encéphalite ou de méningite dans leurs antécédents.

Tous les deux occupaient des fonctions assez importantes dans les services du Gouvernement. L'un d'eux a fait un jour, lors d'une grande tension émotionnelle, un accès confuso-onirique, mais de très courte durée.

Est-ce qu'il s'agissait dans ces cas d'un mécanisme d'évasion ?

Est-ce qu'il s'agissait d'un genre de narcolepsie épileptique ?

Le fait qu'on pouvait les éveiller plaide peut-être contre cette dernière hypothèse.

Un E. C. G. aurait probablement élucidé le problème.

Signalons ici que CAROTHERS [13] tire l'attention sur le fait qu'il n'a constaté aucun cas de narcolepsie. Il cite SOLOMON qui a suggéré que le milieu social dans lequel certains Noirs du sud des États-Unis vivent pourrait être d'un caractère tellement inhibiteur qu'il prédispose au sommeil. Dans nos cas il n'est pas exclu que ce soit leur occupation qui ait joué le rôle inhibiteur propice à l'induction du sommeil...

2° Cas non classés.

Il nous reste à dire un mot des troubles que nous n'avons pas classés. Parmi ces cas, nous voudrions citer celui de B..., sous-chef, âgé de 30 ans (*Obs. 6-B.*).

Ayant attrapé froid dans sa camionnette, il fit une congestion pulmonaire. On le traita au dispensaire avec des sulfamidés. Toutefois, comme il avait encore un flacon de Pénicilline chez lui, il demandait à l'infirmier de lui faire une injection. Tout de suite après l'injection, il dut s'asseoir. Il voyait des étoiles et tout tournait. Une demi-minute après l'injection, il était par terre sans connaissance. L'infirmier lui a dit, après, qu'il était en convulsion, ses yeux sortaient, sa mâchoire était contractée, puis il s'étendait, immobile. Un quart d'heure après, une petite crise, analogue à la première, se produisit. Mais il ne perdit pas connaissance. Pendant les trois jours qui suivirent, il eut encore différentes petites crises.

Dans la suite, et jusqu'à présent, il ne supporte pas l'odeur des cigarettes. Dès qu'il en perçoit l'odeur, il a des vertiges et il perd subitement connaissance pour quelques secondes.

Inutile de dire qu'il a perdu complètement le goût de fumer.

Certains petits bruits le font sursauter. Même maintenant, le récit de son histoire lui cause des vertiges et risque de le faire s'évanouir.

Voilà son histoire. Il s'agit d'un solide gaillard, qui a toujours été en bonne santé et qui n'a jamais eu de crises d'épilepsie

Nous aurions pu classer ce cas dans les cas de réaction d'anxiété ou les névroses d'angoisse. Mais, malgré tout, il ne cadre pas bien là-dedans.

On dirait qu'il s'agit d'une sensibilité allergique sur le terrain psychique. Il suffit qu'on en parle, pour qu'il risque de refaire la crise. Il se peut qu'au moment de l'injection il fumait une cigarette, quoique nous n'avons pas interrogé le malade là-dessus.

Nous rapprochons de ce cas, deux autres cas que nous avons rencontrés en clientèle européenne et hindoue (qui ne sont donc pas comptés dans notre statistique ici).

L'un, c'est le cas de l'Européen, avait reçu une injection

de Pénicilline — Procaïne par une Révérende Sœur Infirmière à l'Hôpital. Immédiatement après l'injection, se manifesta une sensation d'angoisse extrême, de mort imminente. Il hurlait de peur. Après une injection d'Adrénaline, l'angoisse passa, mais des palpitations cardiaques restèrent.

Depuis lors, il a souvent eu de petites crises analogues (angoisse, palpitations, sueurs). Son système nerveux semble ébranlé. Il a des insomnies et éprouve des difficultés à se concentrer au travail. Pour rien au monde, il n'accepterait encore une injection, même sous-cutanée.

Dans le cas de l'Hindou, nous avons donné nous-même l'injection. Nous pouvons garantir qu'elle était faite correctement et que nous étions certains de ne pas avoir injecté dans une veine. Il s'agissait de nouveau d'une injection de Pénicilline retard. Ce n'était pas la première fois qu'il recevait une telle injection. Les jours précédents nous avions remarqué une certaine rougeur de la région de l'injection.

Il était couché au moment de l'injection et rien ne se passa. L'injection finie, il se redressa et, tout à coup, ses yeux devenaient tout grands, comme s'ils allaient sortir de l'orbite. Dans le regard se lisait une peur indescriptible. Il sauta de la table, courut vers le miroir, se regarda et commença à hurler d'angoisse. Tout rentra dans l'ordre après quelques minutes. Il refusa de continuer les injections.

Un mois après, il se soumit à une série d'injections, mais pas de Pénicilline, sans appréhension et sans peur.

Plus tard, en 1953, nous avons lu un article très documenté à ce sujet dans le *Journal of the American Medical Association*, Vol. 151, N° 5, January 31, 1953, p. 351 [23].

L'auteur attribue ces crises à un choc anaphylactique. Et si nous avions eu connaissance de son article, nous n'aurions probablement pas continué nos injections lors-

qu'il avait déjà une réaction locale provoquée par les injections précédentes.

Mais ce qui ne se trouve pas dans l'article, ce sont les séquelles au point de vue psychique, si nettement évidentes dans nos cas.

QUATRIÈME PARTIE

Thérapie.

« Laisser aux malades la plus grande liberté » a été la devise de notre thérapeutique. Nous nous sommes inspirés du dicton de PINEL : « Le meilleur moyen d'entretenir l'agitation est la contention excessive ».

Nous ne disposions ni de camisoles de force ni d'autres moyens de contention. Dans l'introduction nous avons déjà exposé comment nous avons procédé. Nous devons dire que, sans appareil d'électrochoc, ce traitement si libre dans un hôpital de médecine générale, aurait été difficile à réaliser.

Considérons maintenant brièvement les différentes méthodes thérapeutiques que nous avons appliquées.

I. Thérapie de choc.

A. ÉLECTROCHOC.

En 1952, nous avons traité 54 indigènes par électrochoc.

Nombre de chocs :	989 ;
Nombre de chocs suivis de crise convulsive :	554 ;
Nombre de chocs sans crise convulsive :	376 ;
Nombre de chocs suivis d'absence :	59.

Il s'agit de la première année. Le nombre élevé de chocs sans crise convulsive s'explique par le fait qu'au début on a procédé à rechercher le déclenchement des crises avec le minimum de passage de courant et le minimum de voltage.

Graduellement, nous en sommes arrivés à trouver une dose moyenne qui provoquait presque invariablement une crise « idéale ».

Avec notre appareil, un Purtschert Modèle PFIH — S (climatisé) nous avons pu constater que cette dose moyenne était de 95 volts pour un passage de courant de 3/10 de seconde.

Nous évitions autant que possible les « supercrises », parce que trop brutales, inutiles et trop dangereuses au point de vue des complications.

La dose la plus petite et le temps de passage du courant le plus court pour l'obtention d'une crise a été de 75 pour un passage de 2/10 s.

La plus forte dose : 150 volts et 5/10 s. de passage.

Nous avons l'impression que l'excitabilité était plus grande chez les schizophrènes, c'est-à-dire qu'ils faisaient généralement une supercrise avec notre « dose moyenne ».

On a remarqué également chez eux une phase de latence extrêmement courte ou presque inexistante.

En 1953 nous avons traité 81 malades à l'électrochoc.

Voici les chiffres à ce sujet :

Nombre de chocs :	727
Nombre de chocs suivis d'une crise convulsive	551
Nombre de chocs sans crise convulsive	41
Nombre de chocs suivis d'absence	135

Préparation du malade et technique du choc.

Les malades n'ont subi aucune préparation spéciale. Les chocs furent donnés à jeun. Ils se faisaient généralement au rythme de 3 chocs par semaine.

On procédait de la manière suivante :

Le malade était couché sur un lit métallique recouvert d'un matelas en caoutchouc-mousse et un petit sac de sable au milieu pour avoir une bonne hyperextension de la colonne vertébrale.

Les électrodes, trempées dans une solution salée, étaient appliquées directement sur les tempes du malade. De temps en temps, pas toujours, on dégraissait la peau de la région fronto-temporale avec un peu d'alcool éther.

Au moment de la crise, on insérait un morceau de tuyau de caoutchouc entre les dents.

Deux aides-infirmiers tenaient les épaules et deux autres les genoux pendant la crise convulsive.

Nous n'avons jamais employé de curare. Dans quelques rares cas, on donnait une injection d'un 1/2 mg d'atropine, une dizaine de minutes avant le choc.

Incidents et complications.

Nous n'avons jamais eu de sérieuse alerte. Une seule fois, dans une période d'apnée un peu prolongée, nous avons fait usage de la bonbonne d'oxygène qui se trouvait toujours à notre portée.

Nous avons enregistré un abcès du poumon tout au début de notre série. Il faut se dire aussi que les soins hygiéniques de la bouche de nos Noirs laissent souvent à désirer.

Des luxations de mâchoire se sont produites à différentes reprises. Elles ont toujours été facilement et instantanément remises.

Aucune fracture ne s'est produite. Les malades venaient en général sans aucune difficulté à la salle des chocs. Ils ne montraient ni appréhension, ni peur, ni anxiété.

Nombre de chocs :

Il est rare que nous ayons dépassé le nombre de 12 chocs pour un malade. On peut dire qu'en moyenne la

cure était de 10 chocs. Certains cas ont quitté, guéris, après 2 à 3 chocs.

Il nous est arrivé dans deux cas, de donner 2 chocs par jour.

Résultats :

Malades guéris ou améliorés en 1952 :

— 45 malades sur 54 en 1953.

— 64 sur 81 malades.

Les schizophrènes ne bénéficient pratiquement pas du traitement par l'électro choc. Parfois ils deviennent plus confus.

Dans les derniers temps, il était rare que nous les soumettions encore à l'électro choc. Parfois, dans un traitement combiné avec comas insuliniques.

Comme en Europe, on obtient les plus grands succès dans les états mélancoliques. Les maniaques ont besoin d'un nombre plus grand de chocs.

Dans les bouffées délirantes, le résultat est spectaculaire. Toutefois, il faut se rappeler la courte durée en général de ces manifestations.

Nos résultats dans l'hystérie ont été décevants. Nous n'avons d'ailleurs soumis que trois cas à cette thérapie de choc.

Chez deux trypanosés (nouveaux cas) qui sont arrivés dans un stade d'excitation maniaque furieuse, nous n'avons pas hésité à recourir à l'électro choc pour les calmer. L'excitation, dans ces cas, s'est calmée après deux chocs.

B. COMA INSULINIQUE.

Nous n'avons pas appliqué la cure classique de SAKEL.

Dans les cas où nous avons poussé jusqu'au coma, nous avons rarement dépassé 10 comas pour une cure.

La plupart des cas ont été soumis à des doses subcoma-teuses d'insuline.

Malgré l'application très peu orthodoxe de la cure de SAKEL, nous pouvons dire que nous avons obtenu des résultats très satisfaisants.

Dans une série de 10 cas de schizophrénie (4 nouveaux cas et 6 anciens), les résultats ont été les suivants :

Les 4 nouveaux cas de schizophrénie ont été guéris (ils le restent depuis 1 an).

Parmi les 6 anciens cas, deux ont manifesté une telle amélioration qu'ils ont pu quitter l'hôpital et se maintiennent depuis un an dans leur village.

Notons également les bons résultats dans les réactions paranoïaques et hypomaniaques.

C. CHOC PAR ACETYLCHOLINE.

Avant l'arrivée de notre appareil d'électro-choc, nous avons pratiqué quelques chocs à l'Acetylcholine (méthode de FIAMBERTI). Toutefois nous les avons abandonnés, même avant l'arrivée de l'appareil, parce qu'ils nous donnaient des alertes trop impressionnantes. Un cas de mélancolie en a quand même bénéficié.

II. Thérapie médicamenteuse.

1° LARGACTIL OU CHLORPROMAZINE.

Dans les quelques cas où nous avons donné le largactil à *doses suffisantes*, nous avons été très satisfaits des résultats. Il s'est avéré un bon adjuvant pour calmer les agités à leur entrée à l'Hôpital. Nous l'emploierons plus dorénavant.

2^o BARBITURIQUES.

Nous avons fait un usage libéral des différents barbituriques, surtout dans les psychonévroses.

Il a été fait quelques essais de cures de sommeil avec le Somnifère. Actuellement nous faisons nos cures de sommeil par combinaison d'un barbiturique avec du Largactil et Phenergan ⁽¹⁾.

3^o MORPHINE SCOPOLAMINE.

Elle était uniquement réservée aux grands agités, les premiers jours de leur entrée.

III. Narco-analyse ou subnarcose barbiturique.

Nous avons guéri, sous narco-analyse :

- 2 cas d'hystérie ;
- 1 impuissance psychique ;
- 2 réactions dépressives.

Elle nous a été très utile dans nos observations médico-légales. Non que nous l'ayons employée dans l'argumentation de nos rapports, mais elle nous a été souvent d'une grande utilité dans l'établissement de notre diagnostic.

IV. Ergothérapie.

Nos malades mentaux ont doté l'Hôpital d'un beau jardin potager actuellement en plein rapport et toujours entretenu par eux.

Inutile de dire que lorsqu'ils travaillent au jardin, ils

(¹) Le Serpasil a été ajouté à notre arsenal thérapeutique tout récemment avec des résultats prometteurs.

disposent de tous les outils nécessaires à ce genre d'occupation (bêches, etc.).

Nous ne nous cachons pas que, par ces procédés très libéraux, nous risquons des accidents ; jusqu'ici nous n'en avons pas eu un seul.

La législation réglementant tout ce qui se rapporte aux malades mentaux est encore très peu développée au Congo. Nous voulons parler ici de textes réglementant les internements, etc...

Non que nous les désirons tellement ; jusqu'ici tout a très bien marché aussi et surtout grâce à des autorités administratives et judiciaires très compréhensives.

Mais il se pourrait quand même qu'il soit nécessaire un jour, de pouvoir se mettre légalement à l'abri d'un accident toujours possible.

Appendice.

PSYCHOSES ET NÉVROSES DES EUROPÉENS ET ASIATIQUES EN AFRIQUE CENTRALE.

I. Psychoses et névroses des Européens.

Dans ce travail nous avons surtout envisagé les manifestations de la maladie mentale chez le Noir d'Afrique centrale.

Cette partie, consacrée aux affections psychiatriques de l'Européen vivant parmi les populations autochtones, n'est qu'une annexe de cette étude.

Nous ne la développerons pas.

Nous espérons pouvoir le faire un jour dans une étude à part.

Pour compléter l'aperçu général des psychoses et psychonévroses en Afrique, nous donnons ci-après quelques statistiques et quelques commentaires au sujet de cette morbidité mentale de l'Européen vivant en Afrique centrale.

Voici les tableaux récapitulatifs de notre rapport fin d'année 1952 et 1953.

A. TABLEAU DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES CONSTATÉES CHEZ LES EUROPÉENS EN 1952.

I. *Réactions dépressives* : Mélancolie

II.	<i>Réactions d'excitation :</i>	
	Manie	2
	Hypomanie	1
III.	<i>Réactions Maniaco-dépressives :</i>	
	Cyclothymie	6
IV.	<i>Réactions schizophréniques :</i>	
	Catatonique	1
	Hébéphrénique	1
	Dépressive	3
	Confusionnelle	4
V.	<i>Réactions paranoïaques :</i>	1
	Paranoïa	
	Paranoïa hallucinatoire	1
	Paranoïde	2
VI.	<i>Réactions épileptiques :</i>	1
VII.	<i>Psychopathie :</i>	
	Constitution mythomaniacale	1
VIII.	<i>Réactions organiques :</i>	
	1. <i>Atébrine :</i>	
	Réaction dépressive anxieuse	1
	2. <i>Peinture (acétone) :</i>	
	Délire confuso-onirique	1
IX.	<i>États déficients :</i>	
	Débilité mentale	2
	Alexie	1
X.	<i>Psycho-névroses :</i>	
	1. Hytérie	3
	2. Réaction d'anxiété	2
	3. <i>Psychasthénie :</i>	
	Obsessions	1
	4. <i>Troubles psycho-somatiques :</i>	
	(Neuro-Végétatifs)	
	— cardiaques	6
	— gastro-intestinaux	10
	— génito-urinaires	2
	5. Réactions neurasthéniques	8
	6. Réactions hypochondriaques	13
	7. Dépressions réactionnelles	10
	8. Instabilité nerveuse (enfants)	2
	9. Troubles de la personnalité post-traumatique :	
	'Syndrôme post-commotionnel'	2
Total :		91

B. TABLEAU DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES CONSTATÉES
CHEZ LES EUROPÉENS EN 1953.

I.	<i>Réactions dépressives :</i>	
	Mélancolie	6
II.	<i>Réactions d'excitation :</i>	
	Manie	1
III.	<i>Réactions maniaco-dépressives :</i>	
	Cyclothymie	3
IV.	<i>Réactions schizophréniques :</i>	
	a. maniaques	1
	b. hébéphréniques	3
V.	<i>Réactions épileptiques :</i>	3
VI.	<i>Psychopathie :</i>	
	Constitution mythomane	3
VII.	<i>Réactions psychotiques d'origine organique :</i>	
	1. <i>Toxiques :</i>	
	a. <i>Alcool</i>	
	Délirium tremens	2
	b. <i>Conessine</i>	
	Réaction dépressive :	1
	(Avec tentative de suicide)	1
	c. <i>Fumidil : Confusion mentale</i>	1
	2. <i>Par affections générales :</i>	
	a. <i>Hypertension :</i>	
	Réaction neurasthénique	2
	b. <i>Typhus exanthématique :</i>	
	Réaction dépressive	3
VIII.	<i>États déficients :</i>	4
IX.	<i>Psycho-névroses :</i>	
	1. Hystérie	9
	2. Réaction d'anxiété	2
	3. Psychasthénie (obsessions)	2
	4. Dépressions à base endocrinienne	7
	5. <i>Troubles psycho-somatiques :</i>	
	(Neuro-Végétatifs)	
	— cardiaques	11
	— viscéraux	13
	— génito-urinaires	4
	— céphalées (cœnesthésiques)	6

6. Réaction neurasthénique	23
7. Réaction hypochondriaque	11
8. Dépressions réactionnelles	48
9. Instabilité nerveuse : (enfants)	7
10. <i>Troubles de la personnalité :</i>	
— caractère paranoïde	4
— post-traumatique	1
— constitution émotive	1
Total :	182

On voit par ces chiffres que le problème est loin de manquer d'importance, surtout si l'on sait qu'Usumbura ne compte que 2.500 habitants Européens. Toutefois, il faut dire aussi, que nos cas ne provenaient pas uniquement des Européens d'Usumbura. Les cas psychiatriques des postes de l'intérieur du Ruanda-Urundi et même de postes des provinces environnantes nous furent également adressés.

Nous avons, à l'Hôpital Prince Régent Charles à Usumbura, l'Hôpital pour Indigènes d'Usumbura, une consultation de médecine générale pour Européens et Asiatiques. La salle d'attente et la salle de consultation étaient les mêmes pour tout le monde, Noirs ou Blancs. Tous nos cas nerveux et psychotiques venaient là-bas. Dans la salle d'attente un cas de malaria ou de verminose était côte à côte avec un cas de dépression ou de réaction d'anxiété. Nous croyons que la formule était heureuse à en juger par le grand nombre de cas psychiques Européens que nous avons traités. Nous sommes convaincus que, en égard à la population européenne peu nombreuse des centres africains, où tout le monde se connaît, c'était la seule formule possible.

N'importe qui pouvait venir à la consultation sans risquer d'être stigmatisé « névrosé ou fou ».

Personne ne savait si l'on venait pour une affection du foie ou pour un trouble psychique.

Les cas graves et les étrangers étaient hospitalisés avec les malades de médecine générale à l'Hôpital « Pro-

fesseur Rodhain » (Hôpital pour Européens et Asiatiques).

Nous ne connaissons pas les chiffres de rapatriement pour invalidité d'origine neuro-psychiatrique au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

Nous savons que dans les statistiques du *Colonial Office* anglais, les affections neuro-psychiatriques interviennent pour un peu plus qu'un tiers dans les rapatriements d'Afrique.

Il est évident que dans la vie de l'Européen en Afrique il doit y avoir des facteurs prédisposant à l'apparition des troubles psychiques.

On devrait attacher un peu plus d'importance au climat mental de l'Afrique, si je puis m'exprimer ainsi. On est trop occupé par l'acclimatation pure et simple.

La vie en Afrique demande à l'Européen un sérieux effort d'adaptation, aussi et surtout, au point de vue psychique. Il est séparé de sa famille, de ses amis. Il doit changer ses habitudes. Il doit trouver d'autres façons de se détendre, de se délasser. Il doit, dans un certain sens, se refaire une nouvelle vie là-bas. Il doit vivre et travailler avec des populations dont il ne comprend pas toujours la mentalité ni le langage. L'énervement que cause cette incompréhension se surajoute à celui provoqué par la chaleur accablante et le climat fatigant.

Nous sommes d'accord, et c'est une des causes qui militent en faveur d'une sélection plus sévère au point de vue psychique des candidats coloniaux, que les premiers à manifester des troubles neuro-psychiques sont ceux qui n'étaient déjà pas très stables, psychiquement, en Europe.

Nous sommes convaincus que, si une épidémie devait être la cause de tant d'invalidité, il y aurait longtemps que l'on aurait essayé d'y remédier plus efficacement.

Les médecins coloniaux, en général, n'attachent pas assez d'importance aux troubles psychiques de leurs ma-

lades européens, et de leurs malades noirs. Ils ne pensent pas assez en termes psychosomatiques dans le sens vrai du mot. Ils oublient qu'en Europe 25 à 50 % des consultants en médecine générale se plaignent de troubles d'origine psychique. Dans ces équivalents dépressifs somatiques, qui sont si fréquents en Afrique, ils ne cherchent uniquement que des causes organiques. Lorsqu'ils ne les trouvent pas, lorsque tous les examens physiques et de laboratoire se révèlent négatifs, ils sont convaincus qu'ils ont fait tout ce qui était dans leur possibilité. Parfois ils se laissent encore convaincre à une intervention chirurgicale. Car l'acte chirurgical est encore toujours très apprécié et des malades et des médecins coloniaux. Nous avons nous-même trop souvent assisté à des enlèvements d'appendices neurogènes.

Il nous est arrivé de guérir, avec un peu de psychothérapie, et quelques pilules de Bellerger, un Européen qui souffrait d'une entéro-colite depuis un an et qui s'en allait de médecin en médecin. Tout le monde lui refaisait des examens de selles, car les examens de selles sont encore fortement en honneur en Afrique et à juste titre. Loin de nous d'en discuter l'importance. Mais devant des examens toujours négatifs, il faut quand même pouvoir penser à autre chose.

Cela est vrai aussi pour le Noir.

Nous avons connu le cas d'un Noir, qui insistait auprès de chaque médecin qu'il voyait pour avoir des médicaments contre les vers, car, lorsqu'un Noir a mal au ventre ou à l'estomac, invariablement, il l'attribue à des *bilulu*, à des vers. On lui faisait un examen de selles. Il était négatif, mais, pour toute sécurité et se souvenant de l'extrême fréquence des verminoses en milieu indigène, on lui donnait quand même, encore, une dose de Thymol. Il s'agissait d'un hypochondriaque, tout simplement. Nous ne voudrions pas qu'on nous comprenne mal. L'examen physique, les examens de laboratoire priment, surtout en

Afrique. Mais lorsque tout est négatif, pourquoi ne pas aller voir du côté psychique ? On est souvent étonné.

On ne pense pas assez à la misère, à la souffrance, et aussi au peu de rendement des malades psychiques.

Tâchons de voir autre chose dans la psychiatrie, que ce médecin dirigeant qui, un jour, nous adresse un malade pour traitement par électrochoc. Lorsqu'il apprit que ce malade n'était pas en cure d'électrochocs (*sic* !) il nous pria de le lui renvoyer. Pour lui, toute la psychiatrie se résumait dans un seul mot : « Électrochoc ».

Nous voudrions détruire cette opinion trop répandue qui veut que la psychiatrie est encore toujours la médecine des fous, se bornant à enfermer ses malades entre les murs d'un asile et les « électrochoquer ».

Nous aimerions qu'on sache que le champ d'action thérapeutique de la psychiatrie s'étend aussi à ces petits troubles psychiques qui rendent si misérable la vie de ceux qui en souffrent et interfèrent si gravement avec leur rendement et leur efficacité.

Nous voudrions également relever le fait qu'on n'attache pas encore assez d'importance aux séquelles neuropsychiques de certaines maladies infectieuses telles que le typhus exanthématique.

Nous avons vu un cas où une réaction hypochondriaque s'est manifestée après un typhus exanthématique et chez qui, à son retour en Europe, on a constaté dans l'électro-encéphalogramme certaines anomalies traduisant des lésions discrètes à la base du cerveau.

Nous terminons ce chapitre par un plaidoyer contre les termes prolongés en Afrique. Parmi nos dépressions réactionnelles, figurent un grand nombre de colons et surtout de religieux et de religieuses. On connaît les longs termes qu'ils font en Afrique. Il est assez surprenant de constater que dans les cas des colons, c'est souvent après que leur situation matérielle est assurée et qu'ils ont « réussi », comme on dit, que les troubles se déclarent.

II. Psychoses et psychonévroses des Asiatiques.

Usumbura a une population hindoue d'environ 1.000 habitants.

En sept ans, on a relevé parmi cette population :

2 psychoses et 26 psychonévroses.

En ce qui concerne les psychoses, il y a eu une réaction maniaque chez un jeune homme qui est mort deux ans après l'apparition de ses troubles.

La réaction maniaque avait cédé assez vite au traitement par l'électrochoc.

Comme il est décédé dans une colonie voisine, nous ne pouvons faire que des suppositions quant à la cause de ses troubles, mais il nous semble qu'une cause organique n'est pas exclue.

Dans le second cas, il s'agissait d'une réaction dépressive chez un malade atteint de cancer au poumon.

Parmi les 26 cas de psycho-névrose, les réactions hystériques tiennent la place prédominante. Les autres cas peuvent être classés comme des équivalents dépressifs somatiques.

Il est très curieux de constater la quasi-absence de troubles psychiatriques parmi cette population.

Nous attribuons cela au fait qu'ils vivent encore tout à fait à part. Ils ont leurs mosquées, leurs écoles. Ils vivent suivant leur religion. Bref, ils n'ont pas rompu avec leurs traditions ancestrales. Au contraire !

Dernièrement on a ouvert des écoles officielles pour les enfants hindous. Ils y apprennent le français, mais aussi d'autres idéologies.

Est-ce que cet état de santé mentale favorable se maintiendra ?

L'avenir le dira.

7. CONCLUSIONS

- 1) Les psychoses sont plus fréquentes chez les hommes.
- 2) Parmi les psychonévroses, le nombre des femmes est plus élevé que celui des hommes.
- 3) Il y a une recrudescence de la morbidité mentale vers la fin de la saison des pluies et vers la saison sèche.
- 4) Les Congolais vivant dans le Centre extra-coutumier paient un tribut plus large aux troubles mentaux et psychiques en général.
- 5) Chez les « évolués » le nombre de cas de psychonévroses est de 100 % plus élevé que celui des psychoses.
- 6) Les différentes formes de la maladie mentale sont analogues à celles qu'on rencontre en Europe.

Toutefois, il faut tenir compte de certains facteurs qui pourraient dérouter, au début, le psychiatre venant d'Europe. Dans les descriptions de leurs malaises et de leurs troubles, les Noirs emploient un langage imagé. Ils concrétisent beaucoup plus que les Européens.
- 7) a) Les psychoses organiques dominant le tableau clinique de la pathologie mentale en milieu indigène.

b) Les psychoses affectives sont plus fréquentes qu'en Europe.

c) Contrairement à ce que certains auteurs ont constaté dans d'autres parties de l'Afrique (Kenya et Afrique du Sud), la paranoïa simple existe chez le Noir du Congo belge et du Ruanda-Urundi. On rencontre les deux formes de la paranoïa : la paranoïa simple et la paranoïa hallucinatoire ou paraphrénie.

d) Les bouffées délirantes sont plus fréquentes en milieu primitif indigène. Ils présentent une forme très couleur locale.

e) Les psychoses séniles sont plus rares qu'en Europe.

f) Il y a très peu de psychoses syphilitiques.

g) L'épilepsie et les psychoses épileptiques posent un grave problème.

8) a) En ce qui concerne les Européens, il est évident que la vie en Afrique constitue un facteur prédisposant à l'éclosion de troubles psychiques, surtout d'ordre dépressif.

b) Certaines infections, telles que le typhus exanthématique, peuvent avoir des séquelles psychiques importantes.

9) On constate très peu de psychoses et névroses parmi la population asiatique.

10) Il y a moyen de traiter des cas psychiatriques mêmes graves, dans un hôpital de médecine générale.

On pourrait réduire, de cette façon, le programme de constructions d'asiles à un strict minimum. Il ne faudrait des asiles que pour les 5 à 10 % d'incurables, de déments, qui constituent ce qu'on pourrait appeler la *crux medicorum*.

Un médecin, spécialisé en psychiatrie et attaché à un grand hôpital, pourrait traiter la plus grande partie des psychotiques, et indigènes, et européens.

En psychiatrie moderne, il y a une forte tendance à intégrer la psychiatrie dans la médecine générale, de créer des services de psychiatrie dans les hôpitaux.

Il ne faut pas construire de grands asiles dans des zones isolées, avec la seule préoccupation de l'étendue et de la capacité de lits.

Le temps de garderie qui a motivé ces constructions en Europe est passé.

Il y a un autre avantage énorme à cette intégration des Services de Psychiatrie dans les Hôpitaux Généraux. Il est possible, non seulement de combiner la prophylaxie à la thérapie, mais le problème de la réadaptation à la vie sociale, après la sortie de l'asile, ne se pose pas. Ce problème s'est révélé extrêmement vaste et coûteux en Europe.

Conclusion finale.

Nous terminons cette étude des psychoses et des psychonévroses en Afrique centrale par la conclusion qu'il est d'une nécessité impérieuse que l'on s'occupe de l'organisation de l'Hygiène mentale au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

Comme nous l'avons signalé dans l'introduction de cette étude, le Noir de l'Afrique centrale est en pleine évolution, en plein « *cultural change* ». Il prend de plus en plus contact avec notre civilisation technologique. Il quitte de plus en plus les zones rurales pour les Centres extra-coutumiers des grandes villes. Il rompt de plus en plus, et rapidement, avec des traditions séculaires bien établies. La vie du clan, dont il sentait l'aide et la protection constante, a fait place aux relations impersonnelles des grandes agglomérations. Tout cela engendre de l'insécurité et de la frustration et constitue un terrain propice à l'éclosion des troubles mentaux.

Les signes d'une mauvaise santé mentale : hostilité, agressivité, inconduite, délinquance juvénile, quoique pas encore très importants, se multiplient de plus en plus. Comme nous l'avons montré, les Congolais du Centre extra-coutumier paient déjà un tribut plus lourd aux psychoses.

La prévention de ces troubles est du domaine de l'Hygiène mentale. Ce domaine est très vaste. Il touche de près à beaucoup d'autres problèmes. Un des plus importants parmi ceux-ci est celui des relations raciales. Il est

à la base d'une coexistence harmonieuse des différentes races et, de ce fait, à la base de l'avenir splendide auquel sont appelés nos pays magnifiques du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages cités.

1. BARTON HALL, Stephen, Psychological Aspects of Clinical Medecine. (Lewis P., London, 1949).
2. HENDERSON and GILLESPIE, A Textbook of Psychiatry. (Oxford University Press, 1941).
3. BOWLBY, J., Soins maternels et Santé mentale (Genève, O. M. S., Service des Monographies, N° 2, 1951).
4. MENNIGER, Karl A., A Manual for Psychiatry Case Study (Grune and Stratton, New York, 1952).
5. BARUK, Henri, Précis de Psychiatrie (Masson et Cie, Paris 1950).
6. DUBOIS, A., Pathologie du Congolais. (*Annales Soc. B. Med. Trop.*, 1944).
7. GORDON, H. L., An inquiry into the correlation of civilisation and mental disorder in the Kenya Native. (*East African Medic. Journal*, 1935-1936, T. 12, p. 327).
8. GLOVER, Katherine, Mental Health Everybody's Business. (*Public Affairs Pamphlet*, 1953).
9. LEWIS, H., The Biology of the Negro. (University of Chicago Press, 1942).
10. WIEKREMESINGHE, W. G., Mental Health in the Changing East. (Colombo, Ceylan, Communication au 5^e Congres International de la Santé Mentale, Toronto, 1954).
11. SHELLEY, H. M., et WATSON, W. H., *Journal Ment. Sc.* 82, 701 (1936) (cité par J. C. CAROTHERS, dans *Psychologie Normale et Pathologique de l'Africain*).
12. GEOFFREY, Tooth, Studies in Mental Illness in the Gold Coast. (*Colonial Research Publications*, N° 6, London, 1950).
13. CAROTHERS, J. C., Psychologie Normale et Pathologie de l'Africain — Étude ethno-psychiatrique. (Organisation Mondiale de la Santé, Palais des Nations, Genève, 1954).

14. VAN WULFTEN PALTHE, Psychiatry and Neurology in the Tropics. (*Malay Med. J.*, 1953).
15. KOUWENAAR, Leerboek der Tropische Geneeskunde (1951).
16. BAUDOUX, R. Dr., La Situation Psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951. (*Institut Royal Colonial, Belge, Mém. in-8°*, Sect. Sc. nat. et méd., Tome XXII, fasc. 1, 1952).
17. RODHAIN, J., Quelques aspects de la pathologie indigène dans l'Ouellé. (*Bull. Soc. Path. Ext.*, 1915, t. 8, p. 734).
18. GAEJLINGER, H., CHATEL — GUGON, Lambliaze et Anxiété. (*Acta gastro-ent. belg.*, 1953, 16/3, pp. 146-154).
19. COSSA P., et autres, Thérapeutique neurologique et psychiatrique. (Masson, Paris, 1945).
20. AUBIN, H., « Psychiatrie chez les Noirs ». (*Revue Médicale de France*, juillet-août, 1949, Clermont-Ferrand).
21. FLANDERS DUNBAR, Synopsis of Psychosomatic Medecine — Diagnosis and Treatment (C. V. Mosby, St. Louis, 1948).
22. MARTIN et RINGENBACH, Troubles psychiques dans la Maladie du Sommeil. (Paris, Delarue, 1910).
23. MAYER, P. S. et al., Penicillin anaphylaxis. (*J. A. M. A.*, Vol. 151, N° 5 p. 351).
24. GRÉGOIRE, Les psychoses à Léopoldville, Thèse examen B. 1938 (ce mémoire n'a pas été publié. DUBOIS, A., en a reproduit la statistique (155 cas) dans « la Pathologie du Congolais », dans *Annales Société belge de Médecine tropicale*, 1944, 24, p. 79).

2. Principaux ouvrages consultés :

Bibliographie générale.

- ABT BELLAK, Projective Psychology (A. A. Knopf, New York, 1952).
- ALVAREZ, W., The Neuroses (Saunders et Cie, 1951).
- NILS Antoni, Een Book over zenuwen 1948 (Leiden, L. Stafien).
- BECK, J., Rorschach's Test (Grune et Stratton, New York, 1944-1949-1952).
- BEVAN-BROWN, M., The sources of Love and Fear. The meaning of the mother — child relationship (Vanguard Press, New York, 1950).
- BRUN, Rudolf, Allgemeine Nervosenlehre (Bennton Schwabe, Basel, 1946).
- BUMKE, Oswald, Lehrbuch der Geisteskrankheiten — Siebente Auflage (Springer Verlag, 1948, Berlin).

- D'HOLLANDER, F., Manuel de Psychiatrie (Établiss. Brepols — Turnhout 1942).
- DUBOIS, A. et VANDENBERGHE, L., Les maladies des pays chauds (Éditions Desoer, Liège).
- EY, Henri, Études psychiatriques.
- LEVY-VALENSI, Précis de Psychiatrie (3^{me} éd., J. B. Baillier et Fils, Paris, 1948).
- MANONI, O., Psychologie de la Colonisation (Éditions du Seuil, Paris, 1950).
- WENDELL MUNCIE, Psychology and Psychiatry (C. V. Mosby, St. Louis, 1948).
- PICHOT, P., Les tests mentaux en psychiatrie (Presses Universitaires de France, 1949).
- PICKWORTH, F., New outlook on Mental Diseases (Williams and Wilkins, Baltimore, 1952).
- RORSCHACH, H., Psychodiagnostic (Presses Universitaires de France, 1947).
- SADLER, W., Mental Mischief and Emotional Conflicts (Mosby Cie, 1948, St. Louis).
- SEGUIN, A., Introduction à la Médecine Psychosomatique (L'ARCHE, Paris, 1950).
- STRONG, R. P., STIRR's Diagnosis Prevention and Treatment of Tropical Discases (H. K. Lewis, London, 1942).
- UNESCO, Cultural patterns and technical change (Paris, 1953).

*Ouvrages à consulter par des lecteurs non familiarisés
avec le Ruanda-Urundi.*

- Plan Décennal du Ruanda-Urundi (De Visscher, Bruxelles, 1951).
- Atlas du Ruanda-Urundi — Plan Décennal (De Visscher, Bruxelles, 1951).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
--------------------	---

INTRODUCTION	5
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE : *Généralités.*

Chapitre premier. — Introduction : Conditions dans lesquelles le travail a été effectué	7
Chapitre II. — Facteurs étiologiques	10

DEUXIÈME PARTIE : *Les Psychoses.*

Chapitre premier. — Les méthodes d'examen	21
Chapitre II. — Classification	32
Chapitre III. — Les psychoses affectives	39
Chapitre IV. — Les psychoses schizophréniques	50
Chapitre V. — Les psychoses paranoïaques	57
1. Paranoïa hallucinatoire ou paraphrénia	57
2. Paranoïa simple	63
Chapitre VI. — Psychoses délirantes aiguës ou bouffées délirantes	66
Chapitre VII. — Les psychoses organiques	75
1. Psychoses toxi-infectieuses	75
2. Affections générales	82
3. Dégénératives	83
4. Traumatiques	85
5. Endocriniennes	85
Chapitre VIII. — Épilepsie	86
Chapitre IX. — Déficience mentale	88

TROISIÈME PARTIE : *Les psychonévroses*

Chapitre premier. — Données générales	91
Chapitre II. — L'hystérie	100
Chapitre III. — États d'anxiété	111
Chapitre IV. — États dépressifs	115
Chapitre V. — Psychasténie ou névrose obsessionnelle	122
Chapitre VI. — Troubles psychosomatiques	124
Chapitre VII. — Psychopathes et troubles de la personnalité..	126
Chapitre VIII. — Impuissance psychique	130
Chapitre IX. — Hypersomnie ou narcolepsie et cas non classés	133

QUATRIÈME PARTIE : *Thérapie.*

APPENDICE : Psychoses et névroses des Européens et Asiatiques en Afrique centrale	145
CONCLUSIONS	153
CONCLUSION FINALE	157
BIBLIOGRAPHIE	159
TABLE DES MATIÈRES	163

