

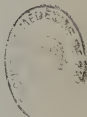
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE CHEZ LES NOIRS ⁽¹⁾

PAR

H. AUBIN



III. — DONNÉES CLINIQUES

Avertis de l'attitude fréquente de « reniement » et des grands syndromes habituellement observés chez les Noirs, nous allons essayer d'étudier quelques traits de leurs psychoses, dans le même milieu.

Il s'agit, nous l'avons dit, de tirailleurs sénégalais, c'est-à-dire de Noirs de l'A.O.F., *adultes jeunes, transplantés*, et ayant fait l'objet d'une certaine sélection au moment de l'incorporation. Nos remarques découleront, dans une certaine mesure, de ces conditions biologiques et sociologiques dont nous essayerons de préciser les limites ; la plupart d'entre elles conserveront, pensons-nous, une valeur plus générale, qui les rendra applicables aux sujets de même race, dans le pays d'origine.

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1939, page 1.

Les débiles

La débilité est une étiquette dont on a beaucoup abusé chez l'indigène ; il faut reconnaître qu'il est souvent difficile de différencier de la débilité certains états d'obnubilation, de torpeur, de dissociation hébéphrénique et même de dépression.

La pauvreté du délire n'est pas un test suffisant, car elle peut tenir à l'adoption automatique des thèmes explicatifs en honneur dans la tribu.

Le primitivisme qui ne doit pas être confondu avec la débilité est, nous l'avons vu, souvent *responsable de l'allure discontinue* des psychoses, des réactions explosives, des tendances à l'*onirisme*, etc., et même de cette *crédulité* dont les loustics s'amuse et qui peut être à l'origine de drames terrifiants : on fait croire au tiraillleur débile, ou simplement naïf à l'excès, qu'il va être fusillé ou dégradé, etc...

Voici, par exemple :

T.S. (obs. 345) hospitalisé pour bilhaziose vésicale ; un mauvais plaisant lui a fait croire que s'il entraît à l'hôpital on lui couperait les bras et les jambes. D'où de violentes crises anxieuses avec fugues et tentatives d'évasion.

Inoussou (obs. 360) lui, est un arriéré authentique ; il n'a pas compris le danger des armes à feu et à la première séance de tir, il décharge son arme n'importe où, manquant de peu un groupe de camarades.

Les états névropathiques

Se manifestent surtout sous la forme d'*asthénie* avec *troubles cénesthésiques*, *hypocondrie*, *raptus anxieux*. On ne rencontre guère d'obsessions vraies que chez les sujets évolués. Le *spleen*, la hantise du pays natal, ne saurait être considéré sous ce jour. C'est, en effet, l'aboutissant logique et fréquent de toute une série de facteurs : déracinement brutal, isolement ethnique et linguistique, facteurs météorologiques, changement d'alimentation, etc...

L'anxiété, en dehors de l'onirisme terrifiant, revêt souvent la forme d'une *panophtobie* plus ou moins intense, se manifestant par une attitude craintive, des réactions de fuite ou de claustration au moindre incident : porte qui s'ouvre, examen du médecin, etc. (Obs. 304).

Camara Faciné (obs. 312) à la suite d'une discussion avec un sous-officier devient inquiet, ne dort plus, s'alimente mal, pleure à tout propos, etc... Dans mon bureau, il est épouvanté en me voyant saisir un marteau à réflexes ou la lampe électrique. Il est impossible de l'examiner. Son pouls bat à 140. Au bout de quelques jours il reprend confiance et on peut même lui faire une ponction lombaire qui dénote 0,20 d'albumine et 4,2 éléments sans autre signe somatique notable.

Chez *Firé Sidibé* (obs. 355) nous allons trouver un état intermédiaire entre l'obsession et le délire : *la crainte d'être accusé de vol*. C'est un jeune tirailleur, n'ayant que quelques mois de service et qui semble avoir été recruté dans des conditions assez pittoresques : n'avoir pas compris tout de suite ce qui lui arrivait et s'être imaginé tout d'abord qu'on l'accusait de vol. Nous allons voir que c'est une préoccupation qui vient souvent à son esprit.

Très rapidement il est envoyé en France, n'ayant guère eu le temps de s'habituer à un changement de milieu et de genre de vie, ignorant tout de la langue française.

Au cours de ces quelques mois, tant en A.O.F. qu'en France, il donne satisfaction, mais on remarque qu'il exécute son travail dans le mutisme le plus absolu.

Quelques semaines après son arrivée à Fréjus, survient un incident assez peu clair : portefeuille trouvé par lui, rendu d'ailleurs spontanément, dit-il, à son propriétaire ; mais il craignait d'être pris pour un voleur, d'être poursuivi à l'instigation d'un sous-officier qui était malveillant à son égard et d'être condamné à un châtiment sévère, châtiment dont il semble se faire une idée conforme aux usages barbares de son pays et qui l'épouvante (main coupée).

Pris de terreur, il s'enfuit, et pendant vingt jours, il vit dans la campagne, travaillant dans une ferme où on le nourrit assez chichement sans doute, car il revient fatigué et amaigri.

Il se présente au Camp, ne paraissant pas avoir compris qu'il avait commis une faute grave, narrant avec loquacité ses inquiétudes et ses aventures.

Envoyé à l'hôpital, on remarque son air craintif ; il s'isole, paraissant à tout moment redouter un danger, se protégeant du bras au moindre geste (qu'il prend pour une menace), terrorisé au moindre examen. Il ne va pas à table avec ses camarades : tantôt il refuse de manger ; tantôt, seul dans un coin, il dévore ; la nuit il se couche sous son lit ; son sommeil est agité.

Au bout de quelques jours il commence à se rassurer, mais son inquiétude ne demande qu'à se réveiller et un petit état anxieux s'installe au moindre prétexte ; c'est ainsi qu'il croit découvrir dans les propos et dans les allées et venues de ses camarades une machination contre lui : on va mettre dans son lit une boîte contenant de l'argent, puis l'accuser d'avoir volé ; toujours ce thème vraiment obsédant du vol.

A côté de cette première forme de troubles névropathiques, ceux de la *série hystérique* méritent une très large place.

Ils se présentent très souvent associés à une psychose (accès maniaque ou mélancolique, démence précoce, etc.), ou à un état neuro-organique manifeste ; dans nos observations, par exemple, ils furent la première manifestation d'un délire aigu (obs. 316), d'une trypanosomiasse, d'une helminthiasse intestinale, d'un état hypoglycémique (obs. 353), voire d'un vulgaire mal de mer (obs. 302) ; ils sont encore observés à la suite d'injections douloureuses (obs. 327).

Les formes les plus fréquentes en sont la crise convulsive à grand spectacle, la crise de rigidité, les paralysies, les états oniroïdes, l'écho-lalo-kinésie (latah des Malais, à ne pas confondre avec les différentes manifestations de suggestibilité chez les catatoniques).

Dans l'obs. 313 (voir Reniement), nous avons cité quelques manifestations pithiatiques (trismus, crises de polypnée, crises oculogyres) particulièrement nettes. Ajoutons que ce malade, convalescent de son état dépressif, présente encore pendant longtemps de curieuses attitudes. Dès que le regard du médecin se pose sur lui il se fige, devient cataleptique, puis, au bout d'une minute ou deux, étend le bras, fléchit le coude, exécute plusieurs autres mouvements de gymnastique, puis se détend un peu et reprend un bon sourire ; mais malgré l'invigoration la plus impérative, malgré plusieurs séances de scopo-chloralose (technique Baruk), malgré les traitements électriques pénibles (et redoutés du sujet) ordonnés par un de nos collègues, on ne peut obtenir de guérison rapide.

Obs. 161. — *Samba Diallo*. Toucouleur. 5 ans de services. Très bien noté. Petit état dépressif, s'isole, paroles rares, hospitalisé pour *crises pithiatiques* le 12 juin.

Nous constatons en effet que ce malade tombe et reste immobile sur le sol, ayant l'air d'avoir perdu connaissance ; mais si on l'interroge, après un temps perdu assez long, il répond d'une manière cohérente.

— légère hyperalbuminorachie (0,35) — œufs de ténia dans les selles ;

— après ingestion de pelletiérine *expulsion d'un ténia* ;

— disparition des crises ; le malade peut être envoyé à son corps guéri.

Obs. 200. — Sénégalais, 2 ans de services, *crises* sans perte de connaissance. Détentes musculaires brusques, grince des dents, grogne et souffle, se met en boule, se cache le visage, se roule, fait des bonds désordonnés, marche à quatre pattes. Durée : 3 heures.

Bordet-Wassermann +++ dans le sang.

Examen somatique négatif.

OBS. 19. — *N'Taoudi, blessé par erreur, au Maroc, par une sentinelle, alors qu'il rentrait au camp.*

Quelques semaines plus tard, muté en Tunisie, il présente des *crises d'onirisme* : il a l'air d'assister à un spectacle effrayant ; il gesticule, brandit son rasoir, mais se laisse facilement désarmer. Ses visions s'inspirent de sa campagne au Maroc où, parfois, il se croit encore. Somnambulisme.

OBS. 344. — *Seydou Kelta, Guinéen, 6 ans de services, crises convulsives pithiatiques depuis 3 ans, hémiparésie et hémianesthésie inorganiques, céphalée, palpitations ;*

explication magique banale ; méfiant, réticent, un peu hostile ;

œufs d'ankylostome dans les selles ;

examen somatique négatif.

Les *facteurs sociologiques* ont, dans l'hystérie, un intérêt incontestable ; on trouve, dans les cérémonies, dans les rites, dans les fêtes, mille causes de libération des automatismes habituels ; les légendes et le folk-lore fournissent les exemples les plus tentants.

La *constitution mythomaniacale* est loin d'être la règle chez ces malades ; ce sont très souvent d'excellents soldats, animés du meilleur esprit de discipline et dont le passé est vierge de tout stigmate de cet ordre.

Ces états sont souvent *rebelles au traitement* ; ainsi que nous l'avons déjà dit, le malade, persuadé que seuls, les *sorciers* de son pays peuvent le guérir d'influences magiques inconnues des Blancs, ne sont pas toujours modifiés par un simple torpillage, ni par un simulacre d'opération.

.....

Leur pronostic et les règles d'assistance aux névropathes ne sont pas les mêmes que pour nos compatriotes ; le faible « niveau de dissolution » que supposent ces états suffit, chez le primitif, à déclencher des *réactions antisociales graves* : fureur homicide, mutilation, suicide. Nous insistons ailleurs sur ces faits.

Les états dépressifs

Ce sont, *de beaucoup, les manifestations les plus fréquentes* et ce sont celles qui attirent le plus vite l'attention : elles contrastent, en effet, avec l'insouciance habituelle du Noir, sa bruyante gaité, son optimisme : on sait combien sont touchants

ces braves tirailleurs qui, jusqu'au seuil de la tombe, disent au médecin ou aux infirmiers : « Y a bon. Y a bon quand même. » L'indigène Nord-Africain, au contraire, à la moindre maladie, se trouve démoralisé et prend l'air d'un moribond. Il est cependant des groupes ethniques, en particulier ceux qui habitent la grande forêt équatoriale, qui sont d'un naturel moins expansif.

Les *psychoses réactionnelles* sont ici nombreuses : le dépaysement, l'isolement ethnique, les déceptions (échec au peloton d'élève caporal, etc.), les chocs émotionnels (punition incomprise, hospitalisation prolongée, etc...) peuvent être les seules causes décelables de syndromes dépressifs simples, mais aussi d'états névropathiques ou de réactions furieuses dont nous avons déjà parlé.

A notre avis, il faut tenir compte d'états organiques, en apparences bénins, mais qui nous paraissent susceptibles de favoriser dans une très large mesure les syndromes mentaux : traumatismes, helminthiase, angines, *blennorragie* surtout, etc...

Nous n'insisterons pas sur les syndromes dépressifs des importants états organiques qui nous arrêteront plus loin et spécialement sur les *psychoses* des *alcooliques* et des *sommeilleux*.

Dans divers cas nous avons pu mettre en évidence un syndrome parkinsonien fruste, une syphilis nerveuse sérologique, une tuberculose pulmonaire discrète, etc...

Le pronostic de ces états, lorsque le substrat en est inconnu, peut être délicat et faire craindre par exemple une démence précoce ou une psychose hallucinatoire chronique.

La *MÉLANCOLIE* fait sa preuve fréquemment par l'accès maniaque qui suit ou précède.

Le malade se présente habituellement sous l'aspect classique, concentré et douloureux, ou plutôt avec une nuance hargneuse ou d'hostilité qui peut brusquement se changer en *raptus furieux* (voir états de fureur) que l'on ne s'attendrait pas à trouver ici.

Il se prête de mauvaise grâce à l'examen physique, roule des yeux furibonds si l'on découvre ses organes *génitaux* ; il refuse de manger ou de répondre ; la torpeur, le ralentissement de l'idéation sont d'ordinaire plus nets que la tristesse et vont fréquemment jusqu'à la *stupeur*, avec parfois des signes de la série catatonique (obs. 156).

L'*anxiété* se manifeste par bouffées (*avec illusions et hallucinations*) et sous la forme d'*onirisme terrifiant* (voir onirisme terrifiant) dans un grand nombre de cas ; le thème *persécutif* à base d'interprétations, en sera l'expression ordinaire et pourra déterminer de graves réactions.

OBS. 320. — *Sergent D. M.*, Guinéen, 11 ans de services.

Prodromes = malaises, douleurs diffuses, troubles cénesthésiques.
Demande de rapatriement pour raison de santé.

Puis *délire de persécution* : un homme de son pays, qui avait été fiancé avec sa femme, le poursuit de sa haine et lui a fait avoir diverses maladies : ulcère phagédénique, dermatose avec prurit, etc...

Son corps est pourri, sent mauvais ; les camarades à cause de cela se moquent de lui.

« Il faut que je rentre dans mon pays, ajoute-t-il, pour rendre la femme à mon rival et ainsi je guérirai. »

Présentation mélancolique.

Rectification complète en 3 mois environ.

Le *délire d'indignité* qui nous a paru rare dans d'autres populations indigènes, n'est pas exceptionnel dans le milieu qui nous occupe aujourd'hui, du moins chez les sujets évolués.

Le *Sergent A.* (obs. 6) s'accuse de *dettes imaginaires* et, avec son coupe-coupe, s'ampute d'un doigt. Il rectifie au bout de quelques jours, devient calme et souriant ; puis dans un nouveau paroxysme, et pour le même motif, tente de s'ouvrir la gorge.

Le *Caporal T.* (obs. 16) demande à rendre ses galons pour « incapacité à l'emploi de gradé ».

Do Koné (154) s'accuse de trop manger, etc...

Les *idées de négation* et le syndrome de Cotard ont été plusieurs fois observés.

Le *Dahoméen A.* (obs. 38) déclare que A. n'existe plus et qu'il est le Sénégalais Sefraoui, parce que ses chefs étaient mécontents de lui (tentative de suicide avec son couteau) ; guérison en quelques semaines.

Tiéfilé Koulibali (obs. 378) se lève, au milieu de la nuit, et va trouver un sergent indigène ; un tirailleur, dit-il, lui a tiré un coup de fusil et l'a tué, puis il l'a coupé en morceaux et il a jeté les morceaux en l'air ; on lui a coupé la gorge ; on l'a jeté à l'eau et fait périr encore 3 ou 4 fois — puis on a voulu le tuer avec l'auto-mitrailleuse, mais il était invulnérable, etc...

Mais plus souvent les *troubles cénesthésiques* atteignent une intensité moindre et alimentent de banales *préoccupations hypochondriaques*.

« Je suis faible comme une paille, dit B. (obs. 27) ; un coup de vent m'emporterait. »

Naugna (obs. 333). Bambara, musulman très bien noté, débrouillard et actif. Devient triste, annonce qu'il va mourir, demande à quitter son emploi d'ordonnance, *refuse la moitié de sa solde* ; étant de faction tire un coup de fusil en l'air.

« Quelquefois, la tête pas bon, dit-il ; *la tête devient grande*, les autres ne le voient pas, moi non plus, mais ça fait mal... », « quand j'ai tiré des coups de fusil, c'était pour faire partir les diables, ils étaient beaucoup, grands et pas méchants ou petits comme ça (il montre de 0,10 à 1 mètre), je les voyais, je les entendais dire : « Tu vas mourir », puis ils tombaient sur mon dos. »

« Si y a pas faire prière dans la brousse (*scrupules religieux*), y en a foutu complètement, y a faire fou, fini parler, moi rester sans rien faire. » (inertie).

Examen somatique négatif.

Bordet-Wassermann positif dans le sang ; Liquide céphalo-rachidien normal.

Obs. 324. — H. A., Sénégalais, 3 ans de services.

Accès dépressif il y 2 ans. Blennorrhagie récente. Triste, sentiment d'incurabilité et de mort prochaine. Toutes les nuits dès qu'il s'assoupit, *il se sent jeté à terre*, ou bien *il a l'impression de monter au plafond*, et en même temps il éprouve une certaine angoisse. Il s'éveille, puis les mêmes phénomènes se reproduisent.

Examen physique : pouls debout 104, pouls couché 64 ; R.O.C. 48 avec affaiblissement et irrégularité des pulsations.

Bordet-Wassermann dans le sang positif.

Par ailleurs rien à signaler.

Amélioration presque immédiate des troubles cénesthésiques et disparition de l'impression de lévitation sous l'influence de l'association gardénal-tartrate d'ergotamine.

Les idées de *possession*, de *zoopathie*, sont banales :

Kouassi (obs. 326), depuis quelques mois est devenu triste, ne frayant plus avec ses camarades, pleurant parfois à chaudes larmes tout en tremblant de tout son corps.

Il sent une *petite bête qui circule dans son corps* ; une petite bête rouge, comme un ver, qui le fait souffrir jour et nuit, tantôt dans le dos, tantôt dans le cœur, puis partout.

C'est un camarade qui, après une dispute pour un morceau de viande, a jeté la bête dans son assiette ; depuis lors elle a grandi et bientôt elle fera des petits ; il faut, d'urgence, le rapatrier, car les Blancs ne peuvent rien pour lui ; seul son père a le pouvoir de la lui arracher avec les dents ; il sera alors guéri et fera son service.

Un jour il localise l'animal à l'appendice xiphoïde. On fait un simulacre d'intervention — après une injection de novocaïne sous la peau, il admet qu'il ne sent plus la petite bête — on lui montre une

allumette teinte à l'encre rouge ; épouvanté il la reconnaît. Le lendemain il déclare qu'il ne la sent plus circuler, mais ne paraît nullement satisfait, malgré les efforts de psychothérapie. Quelques jours plus tard, il affirme que le parasite est revenu et devient plus sombre que jamais.

Maïssa Taraoré (obs. 332) réunit des idées délirantes de plusieurs teintes.

Sa maladie a débuté par des douleurs aux jambes ; un camarade caporal lui a fait manger un citron renfermant un gri-gri et lui a dit : « Maintenant, toi fichu » et puis : « Quand ton père te verra, il se mettra à rire et dira : « Ça, c'est pas mon fils. » Après avoir mangé le citron il n'a plus pu parler, les jambes ont tremblé, le cœur était fou, le ventre cassé complètement, les pieds noirs (!) et pourris.

Un peu plus tard, il s'accuse de 3 crimes : « Quand j'étais petit, j'ai niqué avec les bœufs. La deuxième fois c'était avec les moutons », la troisième fois il a tué et mangé une chèvre qui venait dévaster son champ.

Il a peu après des idées de suicide, décelées au moment de la distribution de ses affaires aux camarades.

Les réactions des mélancoliques noirs sont particulièrement redoutables : fureur homicide, auto-mutilations (section des organes génitaux, d'un doigt) fugues (désertion) souvent terminées par une tentative de suicide.

Il importe donc de mettre soigneusement ces sujets en observation dès l'apparition des troubles et d'étudier aussi soigneusement qu'on le peut leurs préoccupations et leurs délires ; la *hantise du rapatriement* doit être prise au sérieux et j'ai dû maintes fois intervenir pour hâter les formalités administratives dont la lenteur exaspère le malade, lui donne le sentiment qu'on le trompe et le pousse parfois à des gestes de désespoir.

OBS. 4. — Rémi Diallo, 13^e R.T.S. Evacué d'Algérie ; au début *blennorrhagie aiguë*, constipation opiniâtre. Hospitalisé au bout d'un mois et demi, s'isole, air inquiet puis immobile, mutisme, refus d'alimentation, crises subites d'agitation dans la nuit ; anxiété intense, parle abondamment, voit le village en feu, le chef dans la case de ses parents, *visions terrifiantes multiples*. Veut fuir.

Le surlendemain crise analogue.

8 jours plus tard, paraît micux, s'alimente, activité correcte, ne paraît plus avoir de troubles mentaux.

3 semaines après, raconte qu'on veut lui couper la verge ; déclare qu'il préfère qu'on lui coupe la tête.

Le lendemain *tente de se couper la verge* ; refus d'aliments ; déclare qu'il a voulu se mutiler pour ne pas faire son service, on l'a pris malgré lui pour le service, il se tua. Le jour suivant de nouveau calme.

Les états d'excitation

LE SYNDROME MANIAQUE peut être si typique qu'il entraîne d'emblée le diagnostic : le regard vif, la parole abondante, le faciès illuminé d'un large sourire, le malade se livre à toutes sortes de facéties puériles, tripote tous les objets à portée de sa main, oublie les attitudes militaires; si l'on s'oppose à ses jeux, il entre en *fureur* et contrairement au maniaque de nos pays, *peut avoir des réactions dangereuses* (voir : *fureur*, obs. 164).

Il garnit ses membres et sa chéchia de galons ou d'oripeaux, se vante d'être caporal ou colonel (on pourrait presque parler de « signe du galon »), fait mille grimaces, soliloque, chante ou pleure bruyamment.

Amadou (obs. 207), plonge tout habillé dans l'abreuvoir pour laver sa gamelle; *Boulaudi* (obs. 311) chipe la serviette du médecin et riant, comme seuls les nègres savent rire, y enferme toutes sortes d'objets hétéroclites.

K. (obs. 364) grimpe aux fenêtres, s'amuse avec les vasistas, s'empare du marteau à réflexes et fait milles pitreries.

Mosso (obs. 70), lépreux (conscient de sa maladie), fait surtout preuve d'excitation sexuelle, réclame une femme dans tous les services vers lesquels il peut s'échapper; irritable et querelleur, il mord un de ses voisins de chambre (peut-être avec l'arrière-pensée de le contaminer).

La forme CONFUSIONNELLE est particulièrement fréquente (Peyrot) surtout dans la manie *épileptoïde*. L'association à un *délire de revendication* est surtout le fait des sujets évolués, tels que *T.* (ob. 92) *sénégalais chrétien*, bien noté pendant 4 ans et qui se montre ensuite indiscipliné, impertinent, irritable, menteur, multiplie les plaintes orales et écrites, adresse de tous côtés des lettres pittoresques, sous de vieilles enveloppes aux timbres oblitérés.

Nous arrivons ainsi aux *syndromes d'excitation atypiques* qui orientent immédiatement vers les divers syndromes toxiques, infectieux, parasitaires (alcoolisme, épilepsie, syphilis, trypanosomiase, etc...). Mais l'on ne saurait trop insister sur le fait que *même dans les formes les plus franches de la manie*, il est prudent de bien étudier le terrain et de songer spécialement aux deux dernières étiologies que je viens de citer.

L'origine *réactionnelle* des états d'excitation peut être parfois admise, comme par exemple dans le cas de *F.T.* (obs. 29) qui fit

un accès d'excitation furieuse à la caserne et au moment de son entrée à l'Hôpital. C'était le seul résultat d'une discussion au cours de laquelle un de ses camarades lui avait brisé ses gris-gris. Le jour même ce malade se calma et l'observation ultérieure démontra son intégrité physique et mentale.

Les psychoses périodiques

En dehors des formes banales, on remarque assez souvent chez le primitif, comme chez les enfants (Delmas, Baruk) des *accès courts et atténués* ou évoluant par *brèves décharges* d'excitation ou d'anxiété, *séparées par des intervalles de calme* et de lucidité. Il peut y avoir dans ces cas un fond de débilité, un syndrome toxique ou un état pré-schizophrénique, mais ce n'est nullement indispensable.

Ainsi S. (obs. 13) présente de temps à autre des crises d'hypomanie avec logorrhée, excitation motrice, déambulation continuelle ; cela dure deux jours. Puis docile, il se remet au travail et recommence au bout d'une semaine. Un peu plus tard les accès d'excitation sont seulement nocturnes (déchire sa literie, etc.).

M. (obs. 20) est pris pendant quelques jours d'anxiété avec onirisme terrifiant ; il fait alors des fugues ou menace ses camarades de sa baïonnette ou de la première arme qui lui tombe sous la main. Il reste calme pendant 2 mois, puis récidive à l'occasion d'une vive contrariété (évacuation sur Fréjus).

Les psychoses périodiques peuvent revêtir non seulement des formes d'excitation ou de dépression, mais encore comprendre des *accès confusionnels*, des *syndromes paranoïaques*, *stuporeux*, etc...

Ainsi Amadou (obs. 110) se plaint d'être l'objet de brimades de la part des gradés et de ses camarades ; d'où ses plaintes multiples et injustifiées, ou querelles incessantes avec ses camarades. Au bout de 6 semaines, il sort, paraissant guéri ; mais il revient bientôt, franchement mélancolique, marmottant des prières, inerte et recherchant la solitude.

Le Sergent F. J. (obs. 321), après de remarquables états de services pendant 4 ans, devient indiscipliné, reyendicateur, adresse des lettres anonymes, néglige totalement sa tenue, fréquente les milieux les plus déplorables et les prostituées blanches de la plus basse espèce. Ceci dure près de 5 ans, mais avec des rémissions au cours desquelles il se rachète et accomplit même des actions d'éclat (médaille militaire

pour son dévouement au cours des inondations de Montauban). Ensuite, pendant 3 ans, sa conduite reste impeccable, pour donner lieu encore ensuite, pendant 3 ans, à de nombreuses anomalies : périodes d'isolement et de tristesse, exaltation religieuse nocturne ; puis irritabilité, conflits avec ses hommes, sentiment d'hostilité générale, interprétations nettement délirantes, croyance en des manœuvres de sorcellerie par périodes, abus éthylique avec onirisme nocturne.

Les délires chroniques

Nous nous trouvons dans de mauvaises conditions d'observation pour ces psychoses ; l'élément militaire ne comprend guère que des sujets de 20 à 35 ans, c'est-à-dire au-dessus de l'âge habituel. Nous n'observons nos malades que peu de temps (3 ou 4 mois) et nous manquons du test évolutif pour confirmer ou infirmer nos remarques ; les sujets suspects peuvent être éliminés dès la phase podromique, avant que leur état mental soit caractéristique. Ainsi des manies hargneuses pourront être confondues avec des délires passionnels, des mélancolies délirantes avec des délires interprétatifs hyposthéniques, des psychoses alcooliques prolongées avec des psychoses hallucinatoires chroniques, etc. *On attache communément trop d'importance au thème persécutif* (dont nous avons plus haut spécifié la banalité et la signification réactionnelle) et l'on porte à la légère un pronostic mental très sombre. Il ne faut pas tomber non plus dans l'excès inverse et éliminer le diagnostic de délire chronique dès que l'on observe une rémission, car ici encore l'évolution est essentiellement *discontinue*, et des intervalles de calme avec rectification (ou reniement) peuvent en imposer pour une guérison.

LES DÉLIRES PASSIONNELS eux-mêmes prennent cette allure ; nous avons récemment rapporté avec Barreaux le cas d'un sous-officier européen dont le délire se développait d'une manière remarquablement *synergique* avec les phénomènes moteurs, symptomatique des poussées successives d'une sclérose en plaques (1). Chez les indigènes il nous a paru qu'il en était souvent de même.

Ainsi dans l'obs. 65 (voir alcoolisme) les phases de revendication sont parallèles aux périodes d'imprégnation éthylique.

Chez J. (obs. 362) l'aspect passionnel est plus pur, l'évolution se

(1) *Encéphale*, mai 1938.

fait par bouffées d'exaltation, séparées par des périodes de calme relatif. Le substrat n'a pu être précisé, mais il comporte un *manifeste déséquilibre neuro-végétatif* : (pouls, debout : 64 ; couché : 68 ; R.O.C., couché : 68 ; debout : 72) ; donc inversion des réflexes clinostatiques et oculo-cardiaques ; de plus la fréquence du pouls change notablement d'un jour à l'autre, l'indice oscillométrique est d'une grande variabilité. A 8 du monamètre, nous trouvons les valeurs : 1, 1 1/2, 6, 1, 3, 1, etc... pour des systoles successives. Dans les phases évolutives, ce malade se présente à nous très excité, le verbe haut, la parole précipitée : de fines fibrillations animent les peauciers de la face ; les mains tremblent ; il n'écoute pas ce qu'on lui répond. Ses nuits sont mauvaises, il s'énervé, s'irrite pour un rien.

Le thème de sa revendication mérite d'être rapporté, car nous l'avons retrouvé chez d'autres indigènes et il est bien significatif : *c'est la haine pour les sujets de sa race*, la croyance en leur hostilité (conséquence possible de sa propre attitude), les réclamations acharnées pour être mis dans une arme métropolitaine et considéré comme un européen.

J. cependant paraît, au début, avoir voulu se poser en « guide moral » des indigènes. « Je serai, disait-il, leur point de ralliement pour le grand jour de la révolte. » Ses officiers le soupçonnaient alors de propagande autonomiste. Puis il se plaint, à Sète, de vexations de la part des civils, mais sans pouvoir préciser ses griefs. Enfin il reprend avec véhémence des revendications au sujet de sa filiation. Son père, affirme-t-il, était un militaire européen : des voisins malveillants ont empêché sa légitimation et se sont emparés de l'argent qui lui revenait.

« Je ne peux plus vivre avec des Noirs ; j'ai fait beaucoup pour eux, mais je ne veux plus rester dans un régiment de Sénégalais. Ma tenue me diminue, cette chéchia me déshonore. Je ne veux pas servir ailleurs que dans une unité européenne. » Il proteste avec véhémence quand, à son entrée, on lui donne un lit dans une salle d'indigènes ; il se calme pendant quelques jours lorsqu'on le met dans une salle où il y a des européens.

Remarquons que J. est un Dahoméen, très intelligent, parlant parfaitement notre langue et qu'il a été, à la colonie, chauffeur du Gouverneur. Il n'en a pas moins dans ses périodes d'excitation, les réactions du tiraillé peu évolué : coupe-coupe toujours sur lui, baïonnette dissimulée sous sa paillasse, etc...

Voici maintenant un sujet moins européenisé : le caporal *Boubakar* (obs. 308), un bon serviteur, mais un peu trop primitif, de l'avis de ses chefs, pour être promu au grade supérieur. Bouc (c'est ainsi que le surnomment ses camarades en raison de sa barbe) n'admet pas cette « injustice » ; son unique préoccupation devient alors de s'expliquer devant ses chefs et il multiplie les efforts pour être entendu du Général, sans l'autorisation de la « voie hiérarchique ».

De même N. (obs. 22), mauvais soldat, ivrogne, voleur et débauché, multiplie les réclamations pour obtenir le galon de caporal et va jusqu'aux menaces de mort. Mais ici la déchéance *alcoolique* joue le rôle essentiel.

Nous en arrivons ainsi aux délires de revendication transitoires *réactionnels*, dont voici un exemple typique (obs. 339) :

S., fils d'un chef indigène, très déçu de n'avoir pas été nommé caporal, se croit la risée des camarades ; il revendique sans cesse auprès des officiers, profère des menaces vis-à-vis du Colonel, et dans une crise de fureur tire son couteau (pour frapper l'entourage, dit le rapport — pour se frapper lui-même, dit le malade).

Il méditait d'ailleurs une réaction sérieuse, car il avait pris soin d'envoyer tout son avoir à son père. Fermé et hostile au début de son hospitalisation, il se comporte ensuite normalement, vraisemblablement grâce à la décision de rapatriement qui a été prise.

Les interprétations délirantes sont des symptômes banaux particulièrement dans tous les états dépressifs et confusionnels des noirs. Elles s'associent très fréquemment à des troubles sensoriels, à des pseudo-constats et réalisent le tableau de l'« onirisme terrifiant ».

Mais en dehors des sujets évolués, nous n'avons pas encore rencontré de forme classique avec système délirant vraiment coordonné, permanent, progressif, chez un malade foncièrement paranoïaque, et dont le tonus affectif paraisse normal.

On a au contraire l'impression de *bouffées évolutives avec délire à éclipse*, plus ou moins rectifié ou renié, et fonction d'épisodes anxieux, dépressifs, etc., le sujet expose alors en un long récit les griefs qu'il a contre les gradés, les troubles qu'il ressent et qui lui font comprendre les procédés magiques employés contre lui, etc...

Dianguina (obs. 317), tiraillleur discipliné et correct, attire l'attention au bout de 2 ans de services, par son « humeur fantasque », et ses réclamations ; on le change d'emploi. De l'atelier de l'armurier, il passe à celui de forgeron, déchéance qui l'affecte beaucoup ; il refuse de travailler à la forge.

Il reconnaît qu'il a eu à cette époque des moments de fatigue. Sa tête tournait, il ne reconnaissait plus personne, pas même le Commandant de son unité ; il ne pouvait plus parler. Il attribue ses troubles à un mauvais gri-gri d'un camarade et au *vol de ses fétiches* (incident très sérieux pour un primitif et capable de déclencher des crises anxieuses intenses).

Tous ces phénomènes disparaissent ensuite, il rectifie et déclare qu'il a été fou ; qu'il croyait toujours que les camarades parlaient de lui, de sa mort prochaine et qu'ils projetaient de lui faire du mal.

Un nouvel épisode identique, avec anodine tentative de suicide se déroule, mais avec un net état dépressif ; puis un troisième après une rémission de plusieurs semaines.

Labo (obs. 330) est également déprimé lorsqu'il se présente à nous et raconte ses démêlés avec le maître-cordonnier et ses camarades — (non sans les avoir au préalable reniés ou travestis). On parlait toujours de lui et il comprenait, d'après les quelques mots entendus, qu'on avait décidé sa mort. Comme il ressentait des maux de ventre, il pensait à un empoisonnement à l'aide d'un mauvais gri-gri.

Obs. 334. — Nous retrouvons le thème « négrophobe » chez le sergent N. C. (sous-officier de tout premier ordre pendant 11 ans). On constate depuis quelques mois des troubles du caractère et des idées de persécution ; les camarades sont jaloux parce qu'il est bien vu de ses chefs ; ils lui en veulent parce qu'il vient de se convertir au catholicisme. Il suppose même qu'on a voulu l'empoisonner et qu'on l'a ensorcelé avec des fétiches ; c'est pour cela qu'il ne peut plus travailler, qu'il dort mal, etc... Tout cela, il l'a compris par l'attitude des camarades, par les sous-entendus qu'il a devinés dans leurs paroles, etc...

A aucun prix il ne veut revenir dans un régiment de Sénégalais, c'est là sa préoccupation dominante et l'objet de ses multiples réclamations à ses chefs.

Langue saburrale, pouls à 60 ;

Examens biologiques normaux.

Persistance d'un fond de dépression qui permet de ne pas porter encore un pronostic trop sévère.

PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES. — En dehors des psychoses hallucinatoires durables de l'alcoolisme (voir Alcoolisme) ce sont encore les états dépressifs (cause ou conséquence ?) qui nous fournissent le plus grand nombre de ces syndromes. Il est cependant quelques exemples de malades nettement paranoïaques, sthéniques, et qui maintiennent leur délire en dehors des poussées hallucinatoires. Ce sont encore pour la plupart des *sujets évolués* : leurs thèmes sont infiniment voisins des nôtres, avec une note naïve mais des *réactions parfois féroces*.

Voici, tirée des archives du service, l'observation d'un Sénégalais des 4-Communes (obs. 11) (ce n'est donc pas un primitif vrai) qui, après 5 ans de services, élabore un délire de persécution relativement systématisé. Un Martiniquais et un Sénégalais, qu'il entend parler

sans les voir, lui donnent des douleurs dans les membres et veulent le tuer. Pour les fuir il grimpe aux barreaux de la fenêtre, se tient au voisinage du plafond, s'échappe sur les toits ; il a des crises de fureur au cours desquelles il a blessé un sous-officier infirmier. Il est insolent et revendicateur, s'alimente mal, et finalement doit être interné. Nous n'avons à son sujet aucun renseignement d'ordre étiologique (alcoolisme ?).

Le caporal R. (obs. 160), Mossi de la Haute-Volta, 11 ans de services, observé par nous-même est plus classique.

Depuis 15 ou 18 mois, il est persécuté par deux sous-officiers, les sergents Sako et Boubou. Tous deux lui en veulent d'avoir défendu un tirailleur qu'ils avaient frappé. Ils ont décidé de le « faire foutu » et l'épient jour et nuit ; ils savent ce qu'il pense et le répètent tout haut ; ils disent : « Où est le cochon de caporal ? » — « Il ne faut pas qu'il mange, etc... »

R... réclame sans cesse contre ses ennemis, n'hésite pas à employer le mensonge contre eux ; il se fait le redresseur de torts de l'unité, puis s'isole, méfiant et hostile. Il essaye de se suicider en absorbant un mélange de verre pilé, de clous et de quinine, puis en se pendant. Le changement de résidence paraît avoir tari les troubles sensoriels, mais le délire n'est nullement rectifié.

Légère albuminurie (0,15 à 0,20). Liquide céphalo-rachidien hypertendu, mais de composition normale. Par ailleurs examens physiques et biologiques normaux.

S... (obs. 119) est poursuivi, même la nuit, par la voix de son capitaine qui l'injurie et le menace du peloton d'exécution. Il proteste avec véhémence, se plaint des camarades, des arabes qui, en Syrie, lui faisaient toutes sortes de misères, etc...

T... (obs. 88) se plaint de l'infirmier tonkinois qui, la nuit, par la lucarne, lui jette de l'électricité sur le ventre, des odeurs mauvaises qui lui piquent la gorge ; on l'insulte, on dit du mal de lui, etc...

La forme persécutive n'épuise pas l'aspect des psychoses hallucinatoires, chroniques et nous renvoyons au chapitre « Onirisme euphorique » pour citer des cas où le ton de l'humeur est tout différent.

La démence précoce

Ici encore, le milieu militaire ne permet pas une observation prolongée du malade et par conséquent nous prive de la signature évolutive de la maladie ; en particulier parmi les accès d'excitation et de dépression atypique, parmi les confusions et les syndromes délirants ; il y a certainement des débuts de démence précoce.

Nous nous contenterons de résumer ces quelques observations caractéristiques :

Hébéphrénocatatonie classique

Honek Podigué (obs. 358), Dahoméen, attire l'attention par son indiscipline, ses impulsions violentes, ses fugues. Puis il tombe dans un état de stupeur catatonique avec refus de s'alimenter, mutisme, catalepsie, oreiller psychique, conservation des attitudes. Parfois il sort de cet état pour s'exciter et émettre des propos incohérents, crier des nuits entières.

Ouedraogo (obs. 23), après un état d'*excitation atypique*, revendique en souriant les galons d'adjudant, parle de lui au féminin, fait des fugues dans les tenues les plus invraisemblables, cherche querelle à tous, mord un caporal qui passe, blesse un infirmier de sa fourchette, rit sans motif, prend des attitudes maniérées, stéréotypées, émet des idées délirantes absurdes : son voisin est le Bon Dieu, il va le manger, etc...

D... (obs. 86), après une période de bons services, devient paresseux, négligent, fait des fugues à peine conscientes, commet des indécrotesses, s'accuse d'avoir tué un enfant en fauchant un champ, présente des tics stéréotypés, dévore ses excréments ou s'en barbouille.

Nous avons vu chez *Sema Makdou* (obs. 342, voir Reniement) le début hallucinatoire. Voici une *forme paranoïde* chez un sujet évolué.

B... (obs. 100); ancien élève des Missions, est un adepte convaincu des Sciences occultes. « Je suis un disciple d'Hermès... J'étudie la Science universelle. Je comprends toutes les langues et tous les problèmes, etc... » Il écrit à son colonel : « Mon Colonel, si la compassion de votre Grandeur veut bien m'entendre avec un sentiment paternel, je lui dirai sans réticences les raisons qui m'obligent à demander votre rapport... Je suis initié trop jeune aux mystères théurgiques... J'ai encore l'Esprit troublé de cette naissance prématurée au Royaume des Mystères... Je ne m'entends avec personne, je ne comprends d'ailleurs aucune langue sénégalaise ou autre... Et voilà que par une nouvelle crise de ma folie naturelle, mes chefs se sont encore soulevés impitoyablement contre moi... Mon Colonel, je me vois dans un dilemme tout à fait inéluctable dans lequel je n'espère mieux faire que de mettre un frein définitif à ma vie sur terre, en cas que ma crainte ne pourrait attendre la bonté paternelle de votre grandeur en me faisant réintégrer ma place au bureau du 1^{er} groupe ou me donner tout autre emploi isolé... »

IV. — DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

1° Virus neurotropes

Le noir est exposé à des toxi-infections nombreuses dont l'action sur le système nerveux est évidente, encore que notre ignorance soit extrême en ce qui concerne leurs manifestations psychiques.

La mieux connue est la TRYPANOSOMIASE et les consciencieuses études de G. Martin, tout imprégnées de la méthode de Régis et calquées sur la description de la paralysie générale, restent une source de documents de tout premier ordre. Elle montre le polymorphisme extrême de l'affection qui commande sa recherche systématique (clinique et bactériologique) dans toutes les affections neuro-psychiques à étiologie indéterminée. Il y aurait intérêt pensons-nous à préciser ce qu'il y a de permanent et ce qu'il y a de contingent dans le tableau clinique.

Nous signalons à ce propos, un signe qui nous a paru significatif, surtout dans les formes expansives (si fréquentes) et qui simulent de très près quelquefois un accès maniaque franc. Contrairement à un dernier état, le sommeilleux présente une *fatigabilité* qui surprend : le malade, d'apparence hypersthénique, agité, bruyant, facétieux, euphorique, s'arrête soudain, épuisé, se couche, se plaint parfois de douleurs osseuses (mais non constamment) puis un moment après, reprend son « tonus ».

2° Epilepsie

L'épilepsie nous a paru très fréquente chez le Noir comme chez la plupart des indigènes des Colonies. Elle revêt les formes classiques et s'accompagne souvent d'accès confusionnels juxtaparoxytiques (post-paroxytiques le plus souvent) avec onirisme terrifiant, crises excito-motrices furieuses ou pseudo-maniaques.

Chez l'un d'eux (obs. 155) nommé Kaba Bamba, la crise était annoncée par une aura hallucinatoire visuelle et auditive : un mouton blanc lui apparaissait et lui criait : « Kaba ! »

Après la crise, Delamane (obs. 152) présente une aphasia amnésique, Guimba Kourouma (obs. neuro.) des mouvements choréiformes et un syndrome cérébelleux avec démarche caractéristique, Bandiougou (obs. 150) des crises de narcolepsie (en dehors de toute trypanosomiasis), Sett Sall (obs. 373) des hallucinations lili-putiennes.

La *syphilis*, sérologiquement confirmée, a été décelée dans 1/3 des cas. Le liquide céphalo-rachidien était rarement modifié (nous n'envisageons bien entendu ici que l'épilepsie essentielle solitaire) ainsi que l'azotémie ; il serait du plus haut intérêt de reprendre les recherches de Pales et Monglond sur l'*hypoglycémie* des Noirs, qui pourrait être un très important facteur de comitialité.

Par contre, bien souvent, le *parasitisme intestinal* multiple (*tænia-ascaris* et même *ankylostomes*, etc...) nous a paru jouer un rôle important. Sa recherche systématique suivie d'un traitement approprié (*pelletière*, *chenopodium*, *thymol*) nous a permis de faire disparaître complètement les crises pendant plusieurs mois ou jusqu'au rapatriement, et la plupart des récidives coïncidaient avec la réapparition des parasites ou de leurs œufs dans les selles.

Pagnez et Plichet n'ont pu vérifier dans nos pays un seul cas d'épilepsie parasitaire, alors que chez les animaux ils la tiennent pour un fait solidement établi. Il serait intéressant de préciser sa possibilité dans des milieux ethniques différents.

La *syphilis* et la *trypanosomiase*, l'alcool, même à doses relativement faibles peuvent être souvent mis en évidence ; les traumatismes obstétricaux, comme chez tous les indigènes ayant recours aux offices de matrones ignorantes, doivent également jouer un rôle important.

3° La neuro-syphilis

Cette importante question ne saurait être élucidée que par une enquête de grande envergure et non par des observations fragmentaires, dans un milieu sélectionné et mouvant, tel que celui qui fait l'objet de cette étude.

On sait que d'abord, l'impression générale a été que la *syphilis nerveuse* et la *paralysie générale* spécialement étaient rares chez les indigènes. Telle fut également l'opinion de Kræpelin visitant les malades de l'Asile de Buitenzorg. Des études éclairées par des examens de liquide céphalo-rachidien montrèrent en Indo-Chine (Dorolle) que l'atteinte du système nerveux par le *spirochète* était au contraire fréquente. De même on découvre maintenant, en Afrique du Nord, un grand nombre de paralysies générales parce que l'on dispose de formations psychiatriques bien organisées, et peut-être aussi parce qu'ils sont plus nombreux qu'autrefois (soit sous l'influence de traitements spécifiques insuffisants ou intempestifs, soit en raison du développement de l'alcoolisme et d'autres causes adjuvantes).

Il est important d'essayer de noter chez les noirs l'état actuel

de la question et de voir si, plus tard, sous l'action de facteurs nouveaux, nos constatations seront les mêmes. Ainsi pouvons-nous espérer de la psychiatrie ethnique, d'importantes précisions pathogéniques.

Cazanove a rapporté à la Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales, trois observations de paralysie générale, toutes trois chez des sujets évolués. Elles nous paraissent au moins atypiques.

La première concerne un sous-lieutenant indigène de 32 ans, présentant des hallucinations auditives nombreuses, des hallucinations olfactives, des idées délirantes de persécution, un affaiblissement psychique qui serait important, de la dysarthrie, des réflexes tendineux abolis à droite, exagérés à gauche, un Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ce dernier contenant 0,54 d'albumine. Mais il n'y a ni tremblements, ni troubles pupillaires.

La deuxième concerne un sujet de 30 ans présentant tout d'abord une période d'excitation ; il fait à pied plusieurs centaines de kilomètres — on remarque des bizarreries — il s'introduit du sable dans les oreilles (ne s'agirait-il point d'hallucinations ?). D'abord calme et indifférent pendant son hospitalisation, il devient ensuite sujet à des colères impulsives dangereuses, alternant avec un état de dépression marqué. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang ; le liquide céphalo-rachidien présente un Bordet-Wassermann, un Vernes, un benjoin positifs, mais 0,17 seulement d'albumine. Il n'y a ni tremblement, ni dysarthrie, ni troubles pupillaires.

La troisième enfin rapporte le cas d'un indigène de 41 ans, commis expéditionnaire principal à Dakar qui présente d'abord, à la suite d'une série de novarsénobenzol un état confusionnel avec onirisme et stupeur alternativement — haleine très fétide, tremblement généralisé, démarche titubante. Des hallucinations visuelles terrifiantes, des idées délirantes d'empoisonnement et un état dépressif marqué caractérisent les trois semaines suivantes ; puis à la suite d'un traitement bismuthé la situation s'améliore très rapidement, le tremblement persiste, mais il n'y a ni Argyll, ni dysarthrie, même aux phrases d'épreuve. Il est bientôt rendu à sa femme.

8 mois plus tard la famille a pu continuer à le garder ; mais il reste inactif, semble rêvasser continuellement et paraît sub anxieux (attitude de crainte au moindre geste, phobie de la mort, etc.).

Bordet-Wassermann + dans le sang ; il a été impossible de faire accepter la ponction lombaire par le malade.

Nous sommes évidemment loin du tableau habituel et indiscutable de la paralysie générale, les textes biologiques sont incomplets et le tableau clinique mériterait d'être précisé : s'agit-il vraiment d'une démence globale à évolution progressive avec

l'état de déchéance psychique et physique que nous connaissons bien ? Les hallucinations sont-elles en rapport avec un appoint éthylique ou ne traduisent-elles pas un autre processus mental ? (Psychose hallucinatoire chronique ou démence précoce par exemple).

Bonnaud n'a pas observé de paralysie générale chez les tirailleurs du Centre de Fréjus, mais il signale par contre des épisodes confusionnels avec onirisme, des états dépressifs ou délirants chez des syphilitiques.

Voici maintenant le résumé des deux cas observés par nous-même :

Obs. 169. — *Tombo* (Guinée), 8 ans de services, très bien noté, sauf au cours des derniers mois où il devient « mou d'allure et de caractère, paresseux, incapable d'une activité utile, souvent malade » (notes de son Commandant de compagnie).

Ses camarades le trouvent bizarre et le considèrent comme fou. Son caractère est devenu très irritable ; lorsqu'on le change de service, il entre dans une véritable fureur, frappe à coups redoublés contre la porte de sa cellule ; le moindre acte médical (prise de sang) déclenche une violente colère et ultérieurement le rend maussade et hargneux.

Il se plaint de céphalées, s'endort à tout moment dans la journée — on remarque un tremblement important, du prurit abdominal, de la tachycardie (100), mais pas de ganglions, pas d'hyperesthésie osseuse. Pas de trypanosomes dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien. Pas de troubles pupillaires, réflexes normaux. Le liquide sous-occipital donne les résultats suivants : albumine, 1,20 ; Cyt., 200 éléments ; Bordet-Wassermann, positif ; Benjoin, 0222.2222.00000 ; et le sang : Bordet-Wassermann, Kahn, présomption positifs ; Hecht, Rubinstein =.

Obs. 323. — *Goudou*, 10 ans de services. Hospitalisé pour bronchite suspecte et douleurs articulaires du cou de pied et de l'épaule.

Transaté en Neuro-Psychiatrie pour syndrome dépressif, refus d'aliments, troubles du caractère, irritabilité, mutisme.

Les réflexes pupillaires à la lumière sont paresseux, puis abolis au bout de quelques semaines ; on décèle quelques exostoses au niveau des crêtes tibiales.

Fond d'œil normal des deux côtés ;

la ponction lombaire donne 0,56 d'albumine et 300 éléments ;

le Bordet-Wassermann est positif dans le sang.

Soumis à un traitement par la tryparsamide (25 grammes), le malade se cachectisait progressivement. Dès notre premier examen nous conseillons un traitement par le *stovarsol sodique* ; en quelques semaines le malade ressuscite littéralement ; il engraisse, les masses musculaires reprennent leurs formes, la peau devient plus brillante,

le regard vif. Il n'y a plus ni asthénie ni dépression ; par contre pendant 5 à 6 semaines *se développent des idées délirantes de persécution* à base d'interprétations et d'hallucinations auditives (coton dans les oreilles). Tout le monde lui veut du mal ; un jour il accuse les camarades Sénégalais ; le lendemain il s'en prend aux Européens de la salle voisine ou aux infirmiers, le médecin veut le tuer. L'infirmière qu'il appelait « maman » devient son ennemie ; l'Annamite catatonique d'un lit voisin est un « sauvage » qui « l'insulte toute la nuit ». Il a cependant de bons moments où, souriant et reconnaissant, il admet avoir été très malade et bien soigné ; puis, brusquement, il redevient hostile et hargneux. Il y a vraiment en lui deux personnalités opposées qui se présentent tour à tour.

Puis tout cela est totalement rectifié, et Goudou à qui l'on fait attendre encore longtemps son rapatriement, devient un chef de chambrée modèle, toujours content, zélé et bon garçon et sans le moindre affaiblissement psychique.

Nous avons relevé dans les archives du service diverses observations de malades présentant des réactions sérologiques de syphilis dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, associés à divers troubles neurologiques (paralysie faciale, abolition des réflexes rotuliens ou achilléens, analgésies osseuses et testiculaires, tremblement, Romberg, troubles pupillaires et surtout *épilepsie*) à des troubles mentaux tels que : torpeur, somnolence, dépression, idées de suicide.

Les seuls faits acquis chez les Noirs (et en particulier chez les sujets peu évolués) nous paraissent être que la *syphilis peut atteindre les centres nerveux et y déceler des troubles neurologiques dont l'épilepsie est une des principales manifestations*. Les manifestations mentales souvent discrètes, consistent parfois uniquement en *troubles du caractère*, ou *épisodes transitoires de confusion, de fureur, de dépression*, etc... Il ne faut pas trop compter sur les syndromes neurologiques (dysarthrie, Argyll, etc.) ni sur l'affaiblissement psychique (le fonds mental étant difficilement explorable) pour évoquer cette étiologie et il faut y penser même dans les simples tableaux d'altérations de l'humeur et du caractère.

Nul doute que des observations portant sur de plus vastes collectivités ne viennent bientôt éclairer cet important chapitre.

4° Méningo-encéphalites indéterminées

Si la trypanosomiase est une cause banale de méningo-encéphalites chroniques psychogènes, si la syphilis en est une autre étiologie certaine, il faut reconnaître que nous rencontrons assez

fréquemment des syndromes neuro-psychiques avec grosse réaction du liquide céphalo-rachidien (cytologie et albuminorachie) sans qu'il soit possible de prouver biologiquement ou cliniquement l'une ou l'autre de ces affections.

OBS. 64. — *Zan Ouattara* (Côte d'Ivoire), 3 ans de services, alternatives d'excitation, de somnolence et de docilité.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : 0,40 d'albumine, 95 éléments, pas de trypanosomes.

Benjoin : 12222.22100.00000.

Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs.

Acuité visuelle 1/10° œil gauche.

Pas de signes de trypanosomiase. Traité en Tunisie par cyanure-bismuth, 6 mois plus tard la cytologie tombe à 35 et à 13 au 9^e mois.

OBS. 338. — *Pelaga* (Haute-Volta), 11 ans de services. Antécédents : 2 congestions pulmonaires, une cystite légère. En séjour métropolitain depuis plus de 2 ans (Mont-de-Marsan) ; fin août 1936, il présente une bronchite pendant quelques jours ; puis il se plaint de céphalée intense, de tremblement intentionnel, de somnolence, pas de fièvre, un traitement par le cyanure de mercure paraît aggraver le tableau. Le 10 septembre, après quelques vomissements, un véritable état léthargique s'installe, entrecoupé de rares réveils avec confusion, paroles incohérentes, irritabilité. Tachycardie, petits signes méningés (légère raideur de la nuque, sans Kernig).

Un traitement par l'iodoseptine n'améliore pas l'état semi-comateux ; une série de tryparsamide est suivie d'une amélioration notable, une seconde série de cyanure s'accompagne d'une rechute.

Evacué sur l'Hôpital militaire de Bordeaux, le 17 octobre, une ponction lombaire donne : 14 lymphocytes, alb. = 0,20, sucre 0,68, Meinicke + + +, Hecht douteux, Benjoin positif dans la zone syphilitique. Pas de trypanosomiase.

Dans le sang, le Hecht et le Meinicke sont négatifs.

Par ailleurs, poussée de cystite et de pyélonéphrite avec colibacillurie abondante.

Leucocytose (15.200) avec formule suivante :

neutro. 60 0/0, éosino. 1 0/0, monocytes 8 0/0, lymphocytes 31 0/0, urée sanguine 0,08 pour mille au cours de deux examens successifs.

Urines : traces d'albumine ; urée 7.80 ; présence de pus.

On pense à une méningite spécifique de la base et l'on fait un traitement au sulfarsénol.

Evacué sur Marseille en décembre 1936, il présente dans le liquide céphalo-rachidien un nombre incomptable d'éléments (mono et lympho) ; 0,40 d'albumine ; Bordet-Wassermann négatif ; pas de trypano.

Une nouvelle congestion pulmonaire en janvier, motive son trans-

fert en Médecine générale. On institue ensuite un nouveau traitement par la tryparsamide (41 injections à 1,50) et le moranyl (21 injections à 0,50), renforcé par une pyrétothérapie obtenue avec la sulfosine (9 injections) ou le Dmeleos en avril, il présente encore 590 éléments (90 0/0 de lympho, 8 0/0 de moyens mono, 2 0/0 de monocytés), pas de trypano.

En juin, la formule est très améliorée (11 éléments et 0,18 d'albumine, mais l'état général s'est aggravé. Un ictère intense par rétention s'installe, le malade confus et très agité est passé en Neuro-Psychiatrie. Le traitement arsénical bien entendu est suspendu et petit à petit, troubles mentaux et physiques s'amendent et disparaissent, la cytologie est remontée à 101 le 14 septembre, retombée à 8 (*sans traitement*), le 17.

Le malade peut être rapatrié peu après.

Obs. 375. — *Siko Zéla*. Hospitalisé dans le service pour « troubles du caractère et instabilité de l'humeur, vagues revendications hypoeondriaques ; alternativement joyeux et furieux ».

On ne trouve à l'examen aucun signe neurologique, en particulier aucun élément de la série extrapyramidale qu'un examen antérieur aurait fait soupçonner ; seul le faciès est un peu figé.

La peau est sèche, squameuse, terne ; on trouve quelques ganglions banaux dans la région cervicale. Aucun signe de trypanosomiase.

Oeufs d'ankylostomes et lamblas dans les selles.

Pas de trypanosomes ni dans le suc ganglionnaire, ni dans le sang, ni dans le liquide sous-occipital. Ce dernier contient 100 éléments, 0,22 d'albumine ; le Bordet-Wassermann y est négatif ainsi que dans le sang. Légère albuminurie transitoire.

Calme et souriant pendant plusieurs semaines.

Le 21 octobre, petit accès d'excitation avec menaces, pendant quelques heures.

De même le 1^{er} novembre ; puis il s'excuse et dit : « ce n'est pas ma faute, c'est le Bon Dieu ».

Le 3, *état de fureur*, jour et nuit, avec cris inarticulés, impulsions extrêmement violentes, morsures, etc... Il doit être interné.

Obs. 366. — *Mamadou*. En France depuis 2 ans. Fracture de jambe au cours de manœuvres, pendant sa convalescence devient triste, un peu figé, ne répond que lentement aux questions. Peau sèche et squameuse ; fonte des masses musculaires, prurit cutané, petits ganglions sous-maxillaires, inguinaux et épitrochléens.

Paralysie faciale droite du type central. Pouls 80 ;

Fond d'œil et acuité visuelle : normaux ;

Liquide céphalo-rachidien : 22 éléments ; 0,35 d'albumine, Bordet-Wassermann négatif ;

Sang : Bordet-Wassermann négatif.

Absence de trypanosome dans le sang, les ganglions et le liquide céphalo-rachidien.

Obs. 151. — *Beyou* (Hte-Volta), précédemment hospitalisé pour congestion pulmonaire.

Puis présente un état de torpeur, de mutisme avec indifférence à l'ambiance, et des accès de somnolence. Une nouvelle pleuro-congestion apparaît à droite ; puis des abcès à pneumocoques de la cuisse.

Au point de vue neurologique, pas de signes méningés ; tremblement généralisé, prédominant aux extrémités, rigidité variable, démarche spasmodique, à petits pas, avec élargissement du polygone ; myosis bilatéral avec conservation du réflexe photo-moteur, réflexes tendineux vifs, hyperesthésie profonde (surtout osseuse), prurit ; les téguments sont squameux, mats ; le pouls bat à 70 ; il n'y a, en fait d'adénopathie, qu'un ganglion sus-épitrochléen à droite.

Sang : Hecht négatif.

Liquide céphalo-rachidien : tension, assis, 47 ; alb., 60 ; cyto., 150 (80 0/0 lympho.) ; pas de trypanosomiase ; Hecht négatif.

Fond d'œil, pupille floue, vaisseaux très atrétiés, à peine visibles, œdème de la papille.

La torpeur augmente progressivement ; on note un Babinski à droite ; le malade gâte, se cachectise, des troubles de la déglutition apparaissent et le malade meurt (au bout de 7 à 8 mois de maladie).

Obs. 168. — *Tingu* (Côte d'Ivoire), 6 ans de services, bien noté.

Depuis un certain temps s'isole, parle seul, déclare qu'on va le fusiller, qu'on a donné l'ordre de choisir les meilleurs tireurs pour cela. Il refuse de manger, disant qu'on va l'empoisonner ; il refuse de se mettre au lit, craignant d'être tué pendant son sommeil. Anxiété.

Abolition des achilléens ; léger prurit aux membres inférieurs ; pouls à 80.

Dans le sang le Bordet-Wassermann, le Kahn, le Hecht, le Meinicke sont négatifs.

Dans le liquide sous-occipital, on compte 18 éléments, 0,20 d'albumine ; le Bordet-Wassermann est négatif, le benjoin normal ; pas de trypanosomes.

Selles : œufs d'ascaris.

Amélioration en quelques semaines.

Obs. 8. — *K. Tindo* (Hte-Volta). Isolement, onirisme anxieux surtout nocturne ; le diable veut lui écraser la tête, se précipite sur lui, etc... Fugues anxieuses.

Polyadénopathie axillaire, cervicale, poplitée ; pouls à 100 ; tremblement fibrillaire, réflexes vifs.

Liquide céphalo-rachidien, 150 éléments, pas de trypanosomiase.

Albumine : 0,22.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Tous ces malades, observés par des médecins spécialement familiarisés avec la trypanosomiase n'ont pu être classés dans ce

cadre, malgré quelques symptômes assez courants chez l'indigène (adénopathies, prurit, somnolence, etc...) Le traitement d'épreuve a été sans action ou néfaste ; les anti-helminthiques n'ont rien modifié ; les anti-syphilitiques pas davantage.

Chez plusieurs d'entre eux des pneumonies à rechute ont été observées. Il y a peut-être là un facteur incriminable, mais non constamment. Je crois qu'il n'était pas inutile de signaler ces cas — dont l'étiologie pourrait se révéler comme disparate — et dont il nous paraît indiqué de poursuivre l'étude.

5° Infections

Chez les tirailleurs observés en France nous avons relevé des syndromes confusionnels liés à des intoxications ou à des infections telles que *rhumatisme articulaire aigu*, *otites*, *pneumopathies* et en particulier congestions pulmonaires et surtout *pneumonies*.

Ce sont parfois de simples troubles du caractère et de l'humeur : on connaît l'habituel optimisme du tirailleur (le « y a bon quand même » qui persiste jusqu'au seuil de la tombe) ; parfois cependant il devient sombre et irritable, répond avec méfiance, interprète les moindres gestes de l'entourage comme des marques d'hostilité.

La diète est souvent mal supportée : je demande à un malade s'il allait à la selle ; il répond en roulant des yeux furieux : « pas mangé, pas chier » ; s'agit-il d'une puérile crainte de mourir de faim ou faut-il incriminer un facteur biologique tel que la tendance à l'hypoglycémie dont nos camarades ont signalé, en Afrique Equatoriale Française la fréquence ?

La première explication paraît rendre compte d'un état de fureur chez Oura (obs. 336), atteint de rhumatisme articulaire aigu et qui croyant qu'on voulait le laisser mourir de faim entra subitement dans un état de fureur.

Dans d'autres cas le malade refuse de rester au lit, essaye de se sauver, ou bien, en proie à une bouffée délirante est capable des réactions les plus graves envers lui-même ou l'entourage (voir états de fureur).

Les troubles peuvent évoluer parallèlement à la pneumonie qui s'accompagne par exemple (obs. 60) de mélancolie anxieuse avec idées de négation.

Parfois ils précèdent les signes pulmonaires et le malade est hospitalisé pour troubles mentaux : la fréquence de la dissociation des signes, au début, favorise cette erreur. Ainsi, chez un

malade sub-confus qui ne présentait ni fièvre, ni point de côté, ni toux et qui protestait contre son hospitalisation, nous avons entendu un souffle tubaire d'une intensité extraordinaire ; le lendemain le tableau symptomatique était au complet.

Plus souvent ce n'est qu'au cours de la convalescence qu'on note un *syndrome confusionnel* le plus souvent avec onirisme terrifiant (en dehors de tout alcoolisme) et idées de suicide.

Obs. 335. — *Nougo Ouedraogo*. Entré le 10 mars à l'Hôpital. Sujet robuste atteint de pneumonie lobaire supérieure droite, apparition d'un *syndrome confusionnel* le 3^e jour ; agitation intense ; refus complet de prendre même un peu de liquide. Plateau à 40, oligurie, albuminurie.

Traité par des injections intraveineuses d'alcool dès le 2^e jour (20 cc. pendant 7 jours).

Défervescence le 10^e jour.

Sédation des signes pulmonaires, mais persistance des troubles mentaux : torpeur, paroles incohérentes, indifférence vis-à-vis de l'ambiance.

Nouvelle poussée thermique le 18^e et le 19^e jour puis apyrexie définitive et disparition progressive des troubles psychiques.

Fin avril, on juge son état mental tout à fait satisfaisant. Le 26 mai, il présente un syndrome anxieux, des idées de suicide, il veut envoyer tout de suite ses économies à sa femme. Le lendemain *il renie obstinément* toute idée de suicide et prétend qu'il a été mis sans cause dans une chambre d'isolement, puis il déclare qu'on veut le tuer, que tout le monde lui veut du mal.

Albuminurie, 0,18 ; azotémie, 0,35 ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les idées délirantes persistent à base surtout de pseudo-constats ; dès qu'il passe, on dit « coupez la tête » ; quand il fait sa prière les gens disent « cinéma ». Puis des hallucinations se développent ; il entend un téléphone, reconnaît la voix de son capitaine, en Syrie, qui lui parle en langue Mossi.

On est jaloux de lui, on veut le faire rapatrier avant qu'il soit nommé caporal.

Il est rapatrié en août, sans avoir rectifié.

Obs. 116. — *Sonnkalo Taraoré*. Convalescent de pneumonie, dépression, anxiété, plusieurs tentatives de défenestration « parce qu'on veut le tuer ». Il voit des scènes terrifiantes : ses parents qu'on veut égorger, des camarades qui le menacent, une maison qui va l'écraser.

Evacué à Marseille. Rectification paraissant sincère.

Obs. 165. — S. T., originaire de la Haute-Volta, 2 ans de services.

Quelques abus éthyliques en 1933 ; hospitalisé en janvier 1934 pour pneumonie. Sort guéri ; quelques mois plus tard s'isole, prend une attitude méfiante, refuse de s'alimenter, ne répond pas aux questions.

Observé à Fez, de juin à septembre 1934. A la fin de son hospitalisation, commence à parler, mais avec lenteur et avec effort. Il raconte que la nuit de petits diabolins blancs viennent dans sa chambre et disparaissent quand il veut les saisir.

Un syndrome confusionnel grave, du type délire aigu peut être annoncé par des *manifestations hystériformes* et succéder à une intervention relativement bénigne chez Diamon Kanté (obs. 316) ; quelques jours après une résection de la phalangette (ostéite secondaire à un panaris) sous anesthésie générale au Kélène, ce tirailleur présente une crise pithiatique à grand fracas, puis une agitation intense avec hyperthermie, langue sale, état général très grave ; amélioration au bout d'une dizaine de jours, puis retour complet à la lucidité avec cependant une petite bouffée confusionnelle de quelques heures.

Le malade est apyrétique depuis trois semaines environ, lorsque des bizarreries et des accès transitoires d'agitation reparaissent : il déchire ses vêtements, prend des poses obscènes, raconte qu'une *femme blanche vient le voir*. Il reste des heures, la main levée, dans la position du serment disant qu'il attend cette femme (il reniera tout cela quelques jours plus tard). Il réclame un fusil-mitrailleuse, affirme qu'il a un deuxième cœur qui lui provoque tous ses maux et qu'il faut le lui enlever.

Des manifestations pithiatiformes reparaissent, bruits laryngés évoquant une sorte de grincement, de bruit d'engrenage.

Parfois il a des impulsions très brutales (se jette avec fureur sur le médecin ou sur les autres malades — on le maîtrise à grand peine), qui nécessitent son internement. Il paraît s'acheminer vers la démence précoce.

6° Béri-béri

La rareté des observations de troubles mentaux dans le béri-béri nous incite à présenter les documents suivants :

Dans les archives du service nous avons retrouvé une observation de polynévrite vraisemblablement béri-bérique avec troubles du caractère paroxystiques, subconfusion et onirisme rappelant l'*épilepsie psychique*.

Obs. 121. — D., rapatrié de Syrie pour béri-béri, présente dès le début de son affection un état de *confusion* agitée : il brise la porte de sa cellule, refuse de rester au lit, tient des propos incohérents, écrit sans cesse des lettres dépourvues de sens ; après un mois d'internement à l'asile d'Asfourieh, il est dirigé sur Marseille.

Il *renie* d'abord tous les troubles physiques et mentaux ; calme et discipliné, il aide aux menus travaux d'entretien du service.

Le troisième jour, un infirmier le trouvant assis sur la fenêtre lui dit de descendre. Il lui répond : « je me fous par la fenêtre », et

effectivement se précipite du deuxième étage (fractures multiples du bassin, du radius, du pied).

Après un long séjour dans le service de Chirurgie, il revient en « Neuro », renie encore tous les troubles antérieurs, sauf sa *tentative de suicide*, dont il fait la conséquence d'une punition injuste.

Nous trouverons encore chez *Dibo* (obs. 318) des troubles mentaux qui précèdent et suivent (*idées fixes post-oniriques*), un *béri-béri* typique.

Ce sont en effet des *hallucinations nocturnes* qui attirent l'attention sur lui ; un examen fait à cette occasion montre de l'œdème aux membres inférieurs ; l'affection suit son cours ; deux mois plus tard il ne persiste du syndrome qu'un peu d'arythmie et une légère hypotension (12-7 au Pachon) ; le comportement est tout à fait normal, mais *Dibo* reste persuadé de la réalité du spectacle onirique qui peut se résumer ainsi : au milieu de la nuit, deux camarades sénégalais sont entrés dans la chambre, avec des fétiches dans la musette. Il les a reconnus : Saïti Kara et Kélapo, tirailleurs de la même compagnie (jaloux de lui parce qu'il allait passer caporal). Ils voulaient le tuer avec un couteau, pour passer caporal à sa place ; alors il s'est enfui, brisant les vitres avec ses mains (il en porte d'importantes cicatrices). Ils l'ont poursuivi, mais il a pu finalement se mettre à l'abri dans une autre chambre de camarades.

Avant de les voir, il avait entendu marcher (un bruit de sabots), et demandé en vain qui se trouvait là. Il s'est mis à crier et c'est alors qu'il les a bien vus.

Il réclame encore à ses chefs, déclare que ces deux tirailleurs l'ont rendu malade. Pour faire la preuve de ses affirmations, il demande à être conduit avec eux dans une Eglise. Un prêtre priera devant le public et on saura confondre les coupables.

Tout cela fait craindre l'évolution d'un délire chronique.

(Liquide céphalo-rachidien normal ; Bordet-Wassermann négatif ; azotémie 0,41).

Obs. 325. — *Kaba Kamara*, rapatrié de Djibouti après une atteinte de *béri-béri*, en juillet 1936.

Episode fébrile avec douleurs disséminées intenses en décembre.

Vu en février, il se plaint d'un syndrome sensitif consistant en brûlures au niveau de la plante des pieds (Burning of the feet), il ne peut marcher qu'avec difficulté. Des contractions fibrillaires nombreuses siègent aux mollets, à la face. Les achilléens sont encore abolis des deux côtés. Tremblement.

Liquide céphalo-rachidien normal ; Bordet-Wassermann négatif ; œufs d'ankylostomes et de tricocephales dans les selles.

R. D. partielle au niveau du tibial postérieur.

Quelques jours après son arrivée à Marseille, il s'agite pendant la nuit, entend des voix qui lui ordonnent de se lever. Il discute avec elles et paraît effrayé et anxieux.

Au bout de quelques jours ces troubles disparaissent. (Entre temps il a été déparasité à l'aide du thymol).

Ces faits, trop peu nombreux, ne peuvent qu'être versés au dossier de la question et ne sauraient permettre ni interprétation ni description d'ensemble. Il serait intéressant d'approfondir ce sujet, susceptible de nous éclairer sur le rôle de l'avitaminose B₁ dans la genèse de certains syndromes mentaux et peut-être de vérifier l'hypothèse de Bersot sur le mécanisme des chocs insuliniques et cardiazoliques (voir *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1937, p. 659 et suiv.).

7° L'alcoolisme

G. de Clérambault recommandait à ses élèves de poursuivre avec soin l'étude des psychoses toxiques, véritable psychiatrie expérimentale chez l'homme.

On voit ainsi la part du facteur exogène et celle du terrain ; dans cette dernière le rôle du facteur ethnique mérite d'être approfondi.

On a souvent insisté sur l'appétence et la fragilité du Noir à l'alcool : *fréquence des accidents aigus cérébraux*, pulmonaires, etc... dans les peuplades récemment soumises à l'action du toxique (Kermorgant) sur la *morti-natalité* extrême faisant disparaître rapidement certaines races, comme celles, magnifiques, de la côte de Krow et l'accroissement rapide de la *criminalité*, etc.

Si les « civilisateurs » n'ont pas importé partout les boissons fermentées et distillées (les indigènes en usaient parfois depuis fort longtemps : vins de palme, alcools de riz, divers aracks, etc.) ils en ont du moins favorisé et multiplié l'usage ; les gouvernements coloniaux eux-mêmes, en cherchant ainsi des bénéfices à court terme ont préparé à plus longue échéance de graves crises économiques (affaiblissement qualitatif et quantitatif de la main-d'œuvre, etc...).

Dans le milieu qui nous occupe, étudié dans la Métropole, il est évident que les causes d'entraînement ont été plus grandes encore.

Nous pourrions distinguer ici :

a) D'une part les jeunes tirailleurs qui n'ont contracté que depuis peu de temps des habitudes éthyliques et qui, récemment transplantés, ont gardé une mentalité primitive ou peu évoluée. Chez eux on ne trouve *pas de signes d'imprégnation*, et il semble que le cerveau ait subi, avant les autres viscères, l'action nocive de l'alcool. Ils présentent d'ordinaire des *ivresses excito-motrices*,

souvent prolongées, avec réactions très dangereuses : fureur épileptoïde.

b) Au contraire, ceux qui s'instruisent et parviennent au grade de sous-officier organisent volontiers des *délires de persécution* à base d'*interprétations* ou d'*hallucinations*. (Nous avons vu que les délires chroniques sont rares chez les Noirs, sauf parmi ceux qui ont acquis un certain degré d'évolution et qui font usage d'alcool) ou bien ils subissent une *déchéance* psychique, surtout morale, qui transforme un sujet d'abord intelligent, excellemment noté, en une loque, vivant d'expédients et capable des plus viles actions.

Voici quelques exemples de ces diverses formes :

Obs. 65. — *Ibrahim Sissoko*. Mauvaise humeur manifestée à la suite d'une réprimande. Dans la nuit s'équipe et prend ses armes disant qu'il veut se suicider. S'enfuit dans la cour et n'est maîtrisé qu'avec peine.

Depuis quelques temps, ce sujet qui est souvent ivre, était redouté de ses camarades pour ses colères violentes et ses menaces de mort. Parfois, il s'isolait, déprimé, hostile, renfermé. Il dormait mal, faisait à ses chefs des *réclamations injustifiées d'argent*.

Obs. 58. — B., 8 ans de services, Soudanais. D'abord bon soldat, devient indiscipliné dès qu'il prend l'habitude de boire, bizarre, prétend que sa nourriture contient des petits êtres qui lui sont nuisibles. Menaces de mort, monodéisme, marottes.

Obs. 348. — *Vaharon*, Guinéen, 8 ans de services. Abus éthyliques depuis 2 ans.

Bien noté antérieurement, devient apathique, persécuté, déprimé, parfois présente des accès d'excitation (ivresses). Hospitalisé à Toulon pour *épisode éthylique prolongé, préoccupations hypocondriaques*, malaises divers, onirisme nocturne (zoopsie, terreurs), mauvais état général : langue sèche, très sabburale, vomissements, poussées diarrhéiques.

Exagération considérable du réflexe clinostatique. (Pouls, debout, 104 ; couché, 52).

Obs. 352 (bis). — *Cissé*, 8 ans de services, abus éthyliques depuis plusieurs années (vin et bière) ; *déchéance morale progressive* et mauvais état général ; apathique, paresseux, hypocrite ; dramatise ses malaises et ses préoccupations ; crises pithiatiques pour éviter le rapatriement, au moment de s'embarquer ; fugues, *se réfugie dans les bas quartiers du port, vivant des subsides de prostituées blanches ou métisses* ; chantage au suicide, mensonges utilitaires.

Obs. 171. — A. K. *Caractère paranoïaque acquis*. — Sujet intelligent et actif ; sous l'influence d'excès éthyliques répétés, encourt de nom-

breuses punitions ; proteste et menace. « Tout le monde lui veut du mal ; qu'on lui coupe le cou pour en finir ! »

Irritabilité, *colères violentes* (s'arme un jour d'une barre de fer, une autre fois d'une bouteille, au cours de querelles avec ses camarades).

Obs. 322. — F. S., caporal. *Psychose hallucinatoire (chronique ?)*, 10 ans de services, dont 5 en Algérie et 3 en France ; buveur de vin et de cognac ; insomnies, refus d'aliments. Injure les gradés indigènes ; les menace d'une hachette ; exhibitionisme ; *tentative de suicide* par défenestration. Hallucinations auditives : un sergent, caché à l'étage supérieur, vient lui dire tous les jours qu'il n'est pas sorti de sa mère par le vagin, mais par l'anus ; il l'insulte et dit beaucoup de mal de lui.

Parfois, il voyait la nuit des incendies, des serpents, des buffles.

Plus tard, il entend parler en bambara ; mais il pense que ce sont des camarades éloignés dont la parole est renvoyée (comme le soleil par un miroir, dit-il). Il a ainsi appris qu'il était nommé sergent et il arbore aussitôt les galons convoités depuis longtemps.

Obs. 75. — N. P. (Côte-d'Ivoire), catholique, Maréchal des Logis. Délire de persécution (hallucinatoire et interprétatif) en évolution depuis 5 mois.

13 ans de services, bien noté ; depuis 2 ans boit et abuse de la noix de Kola, devient autoritaire et brutal, abuse de ses subordonnés (escroquerie de 600 francs) ; récemment traité pour syphilis (Bordet-Wassermann ++++). On se moque de lui parce qu'il n'est pas élégant et qu'il n'a pas d'argent ; on l'injurie... Dépression (tentative de pendaison) entrecoupée de raptus furieux.

Dans de nombreux cas la dépression domine sous la forme « concentrée » (isolement, mutisme, amimie) ou extériorisée (prolixité, pleurs, sanglots, inquiétude, frayeurs).

C'est encore chez de vieux sous-officiers que nous rencontrons des confusions du type « *delirium tremens* ».

Obs. 41. — *Idées fixes post-oniriques*. — L'adjudant M. (18 ans de service, originaire du Niger), après un épisode aigu fébrile typique continue à croire que l'on se moque de lui et de plus il est éveillé, chaque nuit, par une sorte de téléphone qui l'insulte. Ici, contrairement à tous les cas précédents, à côté des signes classiques d'imprégnation (d'ailleurs avouée) nous trouvons un *gros foie*.

*
**

La psychiatrie des peuples primitifs n'a encore suscité qu'un nombre d'études tout à fait restreint ; elle nous paraît susceptible cependant d'apporter quelques données à certains problèmes

de psychiatrie générale et de rectifier certaines études sociologiques, ethnologiques, etc...

Or, les sociétés primitives se font de plus en plus rares, évoluent (ou plus exactement : se modifient) assez rapidement. C'est ce qui nous excuse de rendre compte de nos remarques dans un milieu qui compte un assez grand nombre de sujets encore peu civilisés ; nous avons d'autre part essayé de dégager quelques étapes de leur évolution.

Nous avons utilisé pour cela environ 120 observations personnelles et 160 tirées des archives de l'hôpital Michel Lévy. C'est évidemment un matériel insuffisant, mais nous n'aurons vraisemblablement plus l'occasion d'étudier d'une manière suivie cette catégorie d'indigènes ; nous livrons donc sans prétention cette étude à nos collègues de la Métropole (certains nous ont confié leur embarras lorsqu'ils avaient à s'occuper de tels malades) et à nos camarades des Colonies ; ces derniers surtout auront les moyens de vérifier ou de critiquer nos remarques et d'augmenter ce chapitre, encore squelettique, de géographie médicale. Ils seront à même de confronter sur place nos impressions et celles de nos prédécesseurs et d'entreprendre l'œuvre d'ensemble qu'il nous a paru prématuré de tenter.

Nous avons donc insisté sur des remarques générales, qui n'avaient pas encore été soulignées (Reniement (1), onirisme terrifiant, onirisme euphorique, évolution par bouffées, etc...) ou qui méritaient d'être révisées (états de fureur). Ce sont là des *modes de réaction psychique que l'on retrouve dans la plupart des affections mentales*, quelle qu'en soit l'origine, les unes et les autres demeurant des réalités cliniques dont l'intérêt n'est pas niable. Ce qui montre qu'en psychiatrie comme en dermatologie (voir les travaux de Darier) une même entité clinique peut relever de causes très diverses.

Les nuances étiologiques différentielles n'en gardent que plus de valeur et dans la dernière partie nous avons essayé d'apporter quelques contributions à leur analyse.

(1) Après rédaction de ce travail, nous avons trouvé dans le livre d'Allier : « *Le non civilisé et nous* », une étude psychologique du mensonge chez le primitif où certains détails viennent à l'appui de nos conceptions. Par contre, l'auteur ne voit dans la tendance à la « négation systématique » qu'un élément de désagrégation morale, sans en apercevoir les avantages au point de vue de l'Hygiène mentale (voir *Evolution générale*).