

LA MORT « VAUDOU »

[Walter B. Cannon](#)

Érès | « Journal français de psychiatrie »

2010/4 n° 39 | pages 35 à 39

ISSN 1260-5999

DOI 10.3917/jfp.039.0035

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-4-page-35.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La mort « vaudou¹ »

Walter B. Cannon*

Ceux qui ont vécu avec des primitifs dans des contrées lointaines, qu'ils soient anthropologues ou non, racontent que certains de ceux qui ont été soumis à des sorts, de la sorcellerie ou de la « magie noire » en sont morts. Chez les indigènes d'Amérique du Sud, d'Afrique, d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des îles du Pacifique, ainsi que chez les Noirs d'Haïti non loin, la mort « vaudou » a été constatée par des observateurs apparemment compétents. Le phénomène est si extraordinaire et si étranger à l'expérience des gens civilisés qu'il semble incroyable et, s'il se révèle authentique, il mérite un examen attentif. Je propose de m'attacher à vérifier si les comptes-rendus de ce phénomène sont dignes de confiance et d'envisager une possible explication, s'il est avéré.

Commençons par l'Amérique du Sud. Apparemment, c'est Soares de Souza qui fut le premier, en 1587, à observer des cas de décès suspects chez les Indiens tupinambas, décès induits par la peur qu'éprouvaient les individus lorsqu'ils avaient été condamnés par un soi-disant guérisseur. De même, Varnhagen remarque, en 1875, que les membres des tribus indiennes du Brésil acceptent, par ignorance et sans aucune hésitation, tout ce qui leur est dit. Ainsi le chef ou le guérisseur ont-ils la réputation d'exercer un pouvoir surnaturel. C'est pour cela que, par intimidation, par un augure effrayant ou une prédiction, ils peuvent causer la mort de peur.

Un tel témoignage existe également, venant d'Afrique. Leonard, en 1906, a rédigé un état des lieux du Bas-Niger et des tribus qui s'y trouvent dans lequel il déclare : « J'ai vu plus d'un vieux sol-

dat haoussa endurci mourir doucement mais sûrement parce qu'il croyait avoir été ensorcelé. Aucun aliment, aucun des médicaments qui lui ont été administrés n'a eu le moindre effet, soit pour confirmer le mal, soit pour améliorer sa condition, et rien ne semblait pouvoir le détourner d'un destin qu'il considérait comme inévitable. De la même manière, et dans des conditions très similaires, j'ai vu des hommes kru, et d'autres aussi, mourir en dépit de tous les efforts entrepris pour les sauver. Ce n'est pas, comme nous le pensions à l'époque, qu'ils avaient pris la décision volontaire de mourir ; c'est qu'étant pris dans les griffes des démons malins, ils se pensaient destinés à mourir. »

Un autre exemple de mort provoquée par une crainte superstitieuse dans une tribu africaine est rapporté par Merolla à la suite de son voyage au Congo en 1682 (cité par Pinkerton en 1814). Un jeune voyageur noir passait une nuit dans la maison d'un ami. Cet ami leur avait préparé pour le petit-déjeuner une poule sauvage. L'aliment est strictement interdit par une règle qui doit être observée à la lettre par les novices. Le jeune homme demanda si ce n'était pas une poule sauvage, et lorsque l'hôte lui répondit que « non », il se mit à manger de bon cœur avant de reprendre la route. Quelques années plus tard, lorsqu'ils se rencontrèrent à nouveau, le vieil

Par intimidation, par un augure effrayant ou une prédiction, ils peuvent causer la mort de peur.

ami demanda au jeune homme s'il voulait manger une poule sauvage. Celui-ci lui répondit qu'un sorcier lui avait ordonné de ne jamais en manger. Là-dessus, l'hôte se mit à rire et lui demanda pourquoi il le refusait aujourd'hui alors qu'il en avait mangé à sa table hier. En entendant cela, le jeune Noir a immédiatement commencé à trembler, tant il était possédé par la crainte, et, en moins de vingt-quatre heures, il était mort.

On trouve également des histoires de morts induites par le pouvoir des fantômes en Nouvelle-Zélande. Dans le livre de Brown, *New Zealand and its Aborigines* (1845), il y a l'histoire d'une femme maorie à qui l'on a dit, après qu'elle a mangé un fruit, que ce fruit venait d'un endroit interdit. Elle s'est exclamée que la sainteté du chef avait été profanée et que son esprit allait la tuer. Cet incident se produisit dans l'après-midi ; le lendemain, vers midi, elle était morte. Selon Tregear, le *tapu*², dans la communauté maorie de la Nouvelle-Zélande, est une arme terrible. « J'ai vu, déclare-t-il en 1890, un jeune homme, pourtant fort, mourir après avoir été *tapued* ; les victimes meurent comme si leurs forces s'écoulaient telle de l'eau. » Il semble que chez ces aborigènes, les superstitions qui sont associées à leurs chefs sacrés soient une véritable barrière, même si celle-ci est

1. *American Anthropologist*, new series, t. 44, avril-juin 1942, n° 2.

2. Le *tapu* (ou *tabu*) fait référence à un interdit sacré. Le mot français *tabou* vient de l'anglais *taboo*, qui vient lui-même du tongien *tabu* (Note de la traductrice).

* Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

imaginaire. La transgression de cette barrière déclenche la mort de celui qui transgresse et ce dès qu'il prend conscience de son acte. C'est le pouvoir mortel de l'imagination, véhiculé par la terreur pure.

Le docteur S.M. Lambert, du Western Pacific Health Service de la Fondation Rockefeller, m'a écrit pour me dire qu'il avait lui-même constaté à plusieurs reprises que des personnes étaient mortes de peur. Dans un seul cas, la guérison avait été saisissante. Il y avait à la mission de Mona Mona, dans le nord du Queensland, de nombreux indigènes convertis, mais on pouvait trouver également, dans les environs de la mission, un groupe de non-convertis, dont un certain Nebo, célèbre guérisseur. L'assistant du missionnaire était un dénommé Rob, un indigène qui s'était lui-même converti. Lorsque le docteur Lambert arriva à la mission, il apprit que Rob était en difficulté et que le missionnaire voulait qu'il se fasse examiner. Le docteur Lambert procéda donc à l'examen et ne trouva aucune fièvre, aucune douleur, aucun signe ni symptôme de maladie. Il fut cependant impressionné de voir que, malgré cela, Rob était très malade et très affaibli. Il apprit alors du missionnaire qu'un os avait été pointé en direction de Rob par Nebo, et qu'il était convaincu que, à cause de cela, il allait mourir. Le docteur Lambert et le missionnaire allèrent trouver Nebo et le menacèrent vivement en lui disant que ses provisions alimentaires lui seraient retirées si quelque chose arrivait à Rob et que lui et son peuple seraient forcés de quitter la mission. Immédiatement, Nebo accepta d'aller voir Rob. Il se pencha au-dessus de son lit et lui dit que tout cela était une erreur, une simple farce, et qu'il n'avait pas pointé un os dans sa direction. Le soulagement, comme en témoigne le docteur Lambert, fut quasi immédiat. Ce soir-là, Rob retrouva ses forces et reprit son travail. Il semblait parfaitement rétabli.

La question qui se pose naturellement consiste à se demander si ceux qui témoignent de la réalité de la mort « vaudou » n'ont pas perdu leur sens critique. Bien que le sorcier, le guérisseur ou le chef possèdent tacitement le pouvoir ou croient qu'ils sont capables de tuer en pointant un os en direction de la victime ou par une autre forme de magie noire, ne pourraient-ils pas en réalité, afin de préserver leur réputation, s'aider d'un poison ? Plus particulièrement, lorsque la mort est survenue après la consommation d'un aliment, n'est-on pas en droit de se demander si elle n'est pas la conséquence d'un empoisonnement dû à des substances connues des seuls prêtres et sorciers ? Bien entendu, cette éventualité doit être écartée avant que la mort « vaudou » puisse être acceptée comme conséquence de la sorcellerie ou de l'envoûtement. De même, il est nécessaire de rejeter les revendications audacieuses quand, en réalité, la mort est de cause naturelle. Ceci est d'autant plus important qu'il est courant que les aborigènes pensent que la maladie est liée à de la malveillance. J'ai cherché à savoir si empoisonnement et fausses allégations pouvaient être définitivement exclus des cas de mort attribuée à la magie noire, et ce en m'adressant à des observateurs détenteurs d'une formation médicale.

Le docteur Lambert, dont j'ai déjà parlé, qui représente la Fondation Rockefeller, m'a écrit au sujet de l'expérience du docteur P.S. Clarke avec les Kanakas qui travaillent dans les plantations de sucre du nord du Queensland. Un jour, un Kanaka s'est rendu dans son hôpital en disant qu'il allait mourir dans quelques jours parce qu'on lui avait jeté un sort et que rien ne pouvait être fait. Le docteur

Clarke connaissait cet homme depuis quelque temps. Un examen clinique approfondi fut réalisé, avec analyse de selles et d'urines. Tout était normal, mais l'affaiblissement était de plus en plus patent. Le docteur Clarke demanda au contremaître des Kanakas de venir à l'hôpital pour rassurer le malade mais, en arrivant à son chevet, le contremaître se pencha sur lui, le regarda, et dit au docteur Clarke : « Cet homme est presque mort. » Le lendemain, à 11 heures, l'homme était mort. Un examen post mortem ne révéla rien qui puisse expliquer l'issue fatale.

Un autre observateur ayant une formation médicale, le docteur W.E. Roth, qui était chirurgien d'État auprès des primitifs du North Central Queensland, a également fait un témoignage pertinent (1897) : « Parfois, la croyance est tellement ancrée chez le patient que si un ennemi a "pointé" un os en sa direction, il s'allongera directement pour mourir et il y parviendra après avoir refusé la nourriture et les secours proposés. J'ai moi-même vu trois ou quatre cas semblables. » Le docteur J.B. Cleland, professeur de pathologie à l'université d'Adélaïde, m'a écrit qu'il ne fait aucun doute que, de temps en temps, certains indigènes du bush australien meurent après qu'un os a été pointé en leur direction et que de tels décès ne peuvent être attribués à d'autres blessures mortelles. Dans un article datant de 1928 et dont une partie est consacrée à la mort par influence psychique malveillante, le docteur Cleland raconte l'histoire d'un homme bon et robuste, membre d'une tribu d'Australie centrale, touché dans la partie charnue de la cuisse par une lance envoûtée. Petit à petit, l'homme s'est laissé dépérir, et il est mort sans qu'aucune complication chirurgicale ait pu être détectée. Dans son texte, le docteur Cleland cite un certain nombre de praticiens qui ont fait référence aux effets létaux du pointage d'os ou autres actes terrifiants. Dans la lettre qu'il m'a écrite, il dit : « L'empoisonnement n'est pas envisageable chez les indigènes australiens. Il y a peu de plantes toxiques à disposition et je doute que cela viendrait à l'idée des indigènes d'Australie centrale qu'elles puissent être utilisées sur les êtres humains. »

Dans son livre, *The Australian Aboriginal*, le docteur Herbert Basedow a présenté, en 1925, une peinture réaliste des premiers effets terrifiants du pointage d'os sur l'indigène ignorant, superstitieux ou crédule puis, peu après, la calme acceptation du destin létaux : « L'homme qui découvre qu'un sort lui a été jeté par un ennemi est pitoyable à voir. Il est atterré, les yeux fixés sur la pointe perfide, ses

maines tendues comme pour se protéger de l'arme fatale qu'il imagine s'enfonçant dans son corps. Ses joues pâlisent, ses yeux deviennent vitreux et l'expression sur son visage se tord horriblement [...] Il essaye de crier, mais le cri se coince dans sa gorge, et la seule chose visible est l'écume au bord de sa bouche. Son corps commence à trembler et ses muscles se tordent involontairement. Il tanguet et se laisse glisser vers l'arrière, puis, après un petit moment, il semble être en pâmoison. Mais très vite il se tortille comme s'il agonisait, et, se recouvrant le visage avec ses mains, il commence à gémir. Peu après, il se reprend calmement et se met à ramper vers son abri. Ensuite, il se fait vomir, s'inquiète et refuse de manger. Il se tient à l'écart des affaires courantes de la tribu. À moins que du secours n'arrive rapidement sous forme d'un désenvoûtement administré par les mains du Nangarri (le guérisseur), sa mort risque d'advenir rapidement. Si le guérisseur arrive à temps, il peut être sauvé. »

Lorsque le Nangarri est convaincu d'exercer ses pouvoirs, il met en scène une cérémonie très élaborée, s'avançant vers la famille saisie d'effroi, tenant dans ses doigts un petit objet – un bâton, un os, un caillou, une serre –, et proclamant alors qu'il a arraché cela à la victime du pointage d'os et que c'était la cause du mal. Maintenant que l'objet a été extrait, la victime n'a plus rien à craindre. L'effet, dit le docteur Basedow, est stupéfiant. La victime, qui, jusque-là, se dirigeait droit vers la mort, lève la tête et regarde émerveillée l'objet que tient dans sa main le guérisseur. Puis elle se redresse pour s'asseoir et demande à boire de l'eau. La crise est passée et la guérison est rapide et complète. Selon le docteur Basedow, sans l'intervention du Nangarri, la victime se serait convaincue de mourir. La foi implicite que l'indigène accorde aux pouvoirs magiques du guérisseur peut être à l'origine de guérisons qui dépassent tout ce qui a pu être observé chez les adeptes de la guérison par la croyance dans des communautés plus évoluées.

Peut-être que le compte-rendu le plus complet de l'influence du tabou tribal sur le destin d'une personne soumise à sa force étonnante vient de W.L. Warner, qui a travaillé avec les primitifs aborigènes du Territoire du Nord en Australie. Afin de donner le contexte de son témoignage, je citerai un extrait de *Principles of Psychology*, de William James³ qui date de 1905 : « Le moi social d'un homme vient de la reconnaissance qu'il reçoit de ses pairs. Nous

La transgression de cette barrière déclenche la mort de celui qui transgresse et ce dès qu'il prend conscience de son acte.

3. *Précis de psychologie*, trad. Nathalie Ferron, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2003.

ne sommes pas seulement des animaux grégaires qui aimons être parmi nos camarades, non, nous avons une propension innée à nous faire remarquer, favorablement, de nos congénères. Il n'y a pas plus terrible punition, si cela était physiquement possible, que d'être isolé dans une société où personne ne nous remarque. Si personne ne se retournait lorsque l'on entre dans une pièce, si personne ne répondait lorsque l'on parle, ni ne s'inquiétait de ce que l'on dit ou de ce que l'on fait, mais si à chaque fois nous étions ignorés, si les gens agissaient comme si nous étions des choses inanimées, une rage, un désespoir virant à l'impuissance nous envahiraient et alors les tortures physiques les plus cruelles seraient un réconfort car elles nous feraient sentir, même si notre détresse était grande, que nous étions dignes d'intérêt. »

Revenons aux observations de Warner concernant les aborigènes du nord de l'Australie, à propos desquels il m'a assuré qu'ils étaient trop ignorants pour avoir connaissance des poisons. « Le groupe opère deux mouvements très nets, dit-il, deux phases au cours desquelles le processus de la magie noire agit sur la victime d'ensorcellement. Dans la première, la communauté fait un pacte : toute personne ayant des liens de parenté avec la victime lui retire son soutien. Ce qui signifie que tous les gens de sa connaissance – tous ses camarades – changent d'attitude à son égard et la placent dans une nouvelle catégorie. Elle est dorénavant vue comme quelqu'un de plus proche du domaine du sacré et du *tabu* que du milieu ordinaire où se trouve le reste de la communauté. L'organisation de sa vie sociale s'est effondrée, elle ne fait plus partie d'aucun groupe, elle est seule et isolée. L'homme condamné est dans une situation telle que la seule issue possible est la mort. Lors de l'épisode de maladie mortelle qui suit, le groupe agit selon ses capacités en termes d'assistance et tente, par tous les moyens, de suggérer positivement la mort à la victime dont la suggestibilité est totale. En plus de la pression sociale exercée sur elle, la victime ne fait de son côté aucun effort pour rester en vie et demeurer un membre du groupe, mais répond aux nombreuses suggestions reçues et collabore en se retirant. Elle devient ce que l'attitude de ses camarades de tribu lui indique. Ce faisant, elle devient complice d'une sorte de suicide. »

Avant que la mort ne survienne, la seconde phase est un retour à la victime afin de la soumettre au fatidique rituel du deuil. L'intention de la communauté, en tant qu'unité sociale avec son chef de cérémonie – qui est un parent proche de la victime –, est finalement de la couper entièrement du monde ordinaire et de la placer dans le monde totémique effrayant de la mort. La victime, pour sa part, y souscrit.

L'effet de ce double mouvement dans le groupe, d'abord l'éloignement de la victime puis le retour vers elle, avec toute la force fascinante d'un des rituels les plus puissants, est, cela va de soi, dramatique. Warner écrit en 1941 : « Une situation analogue dans notre société est difficile à imaginer. Mais supposons tout de même que tout l'entourage d'un homme : son père, sa mère, ses frères et sœurs, sa femme, ses enfants, ses collègues, ses amis et tous les membres de sa communauté s'éloignaient soudainement de lui en raison de circonstances graves, refusant toute autre attitude que celle du tabou. L'homme serait alors considéré comme mort et une cérémonie sacrée serait organisée pour l'accompagner du monde des vivants à celui des morts.

Il est aisé alors de comprendre l'énorme pouvoir de suggestion dans ce double mouvement du groupe. »

L'environnement social comme soutien moral est sans doute beaucoup plus important et impressionnant pour les primitifs – à cause de leur ignorance et de leur manque d'assurance dans un monde hanté – que pour les gens éduqués vivant dans des communautés civilisées et bien protégées. Le docteur S.D. Porteus, médecin et psychologue, a étudié de manière approfondie la vie sauvage dans les îles du Pacifique et en Afrique et il écrit : « La musique et la danse sont les activités principales des primitifs pour lutter contre la solitude. De cette manière, le primitif se souvient que dans l'étendue sauvage qui l'entoure, il y a d'autres esprits comme le sien [...] dans la danse il se voit démultiplié dans ses compagnons, il voit ses actions reflétées dans les leurs. Il a assez peu d'autres occasions d'agir de concert et de trouver des partenaires [...] L'indigène aborigène est avant tout plein de craintes. Les démons rôdent pour prendre les imprudents ; leur magie maléfique projette une ombre sur ses moments d'éveil, il pense que les guérisseurs savent comment se rendre invisible, pouvant ainsi lui prendre le gras de son rein, le recoudre ensuite et frotter sa langue avec une pierre magique afin d'induire une perte de mémoire, et alors il deviendra un mort vivant, voué à la mort [...] Cette peur est tellement désespérée que si un homme s'imaginerait qu'il a été l'objet de la magie du pointage d'os de l'ennemi, il s'allongera immédiatement pour mourir. »

Des témoignages, similaires à ceux que nous venons de citer, venant du Brésil, d'Afrique, de Nouvelle-Zélande et d'Australie, peuvent être trouvés dans des comptes-rendus issus des îles hawaïennes, de la Guyane britannique et de Haïti. Quelle est alors l'attitude à adopter face à une telle accumulation de preuves ? Dans une lettre, le professeur Lévi-Bruhl, ethnologue français qui s'est longtemps intéressé aux tribus aborigènes et à leurs coutumes, remarque que les réponses qu'il a reçues peuvent être résumées de la manière suivante : les ethnologues, dont les conclusions sont issues de nombreux comptes-rendus indépendants les uns des autres et provenant de tous les coins du monde, admettent qu'il est des cas où la croyance que l'on a été envoûté et, par conséquent, que l'on est condamné à une mort inévitable, aboutit effectivement, avec le temps, à la mort. En revanche, les physiologistes et les médecins – qui n'ont pas eu cette expérience ethnologique – ont tendance à considérer ce phénomène

comme impossible et doutent des témoignages qui sont pourtant clairs et nets.

Avant de nier le fait que la mort « vaudou » est une possibilité, attardons-nous sur les traits essentiels que les comptes-rendus rapportent dans les paragraphes précédents. Tout d'abord, le fait élémentaire est que le phénomène est typiquement présent chez les aborigènes – êtres humains si primitifs, superstitieux et ignorants, qu'ils sont, comme des étrangers, déconcertés dans un monde hostile. En lieu et place du savoir, ils ont une imagination fertile et illimitée qui peuple leur environnement de toutes sortes d'esprits maléfiques capables d'affecter leur vie de manière désastreuse. Comme le fait remarquer le docteur Porteus, c'est seulement s'ils s'investissent dans des activités communautaires qu'ils peuvent développer un *esprit de corps*⁴ suffisant pour résister aux mystérieuses et maléfiques influences qui peuvent corrompre leur vie. Ajouté à cela existe la certitude que dans certaines conditions, comme le fait d'être la cible de pointage d'os, d'autres formes de magie ou encore du fait de ne pas respecter les règles tribales, la mort est certaine d'advenir. C'est une croyance si fermement ancrée chez tous les membres de la tribu que l'individu n'a pas seulement cette conviction lui-même mais qu'il est hanté par l'idée que les autres l'ont également. Du coup, il devient un paria, entièrement privé de la confiance et du soutien social de la tribu. Dans son isolement, les esprits malins qu'il pense avoir autour de lui et qui sont capables de le maltraiter irrésistiblement, catastrophiquement, exercent inexorablement leur pouvoir diabolique. Au cœur de cette mystérieuse et sinistre fatalité que l'on a nommée « le summum de la peur », celle de la menace immédiate de la mort, la victime s'empêtrant d'une souffrance paralysante.

Terrifiée, la victime refuse de manger et de boire, un fait remarqué par de nombreux observateurs et qui explique sans doute sa lente détérioration. Elle « s'étirole » ; ses forces s'écoulent comme de l'eau – pour paraphraser les termes d'un compte-rendu déjà cité – puis, en une journée ou deux, elle meurt.

La question qui se pose maintenant consiste à savoir si une peur menaçante et persistante peut mettre un terme à la vie d'un homme. La peur, cela est bien connu, est l'une des émotions les plus enracinées et dominantes qui soit. Elle est d'ailleurs très difficile à éradiquer. On lui associe de profondes perturbations physiologiques qui gagnent

*La question
consiste
à savoir
si une peur
menaçante et
persistante
peut mettre
un terme
à la vie
d'un homme.*

4. En français dans le texte.



tout l'organisme. Il apparaît que certaines de ces perturbations, si elles durent, peuvent avoir des conséquences graves. Afin de confirmer ces preuves, je dois dire d'abord que la grande peur et la grande colère ont des effets similaires sur le corps. Chacune de ces puissantes émotions est associée à un sentiment inné : l'instinct d'attaque si c'est de rage qu'il s'agit, l'instinct de fuite si c'est de la peur. On s'aperçoit, à travers la longue histoire de l'homme et des animaux sauvages, que ces deux émotions et les instincts qui leur sont rattachés ont agi positivement dans la lutte pour la survie. Lorsque ces deux émotions sont sollicitées, cela a des effets sur le système nerveux, plus spécifiquement sur le système nerveux sympathique, ou sympathico-adrénergique, qui exerce un contrôle non seulement sur les organes internes, mais également sur les vaisseaux sanguins. Le système sympathique sert à maintenir un flot plus ou moins constant de sang et de lymphe, lesquels constituent « l'environnement interne » de nos organes. Il agit dans tout effort musculaire intense ; par exemple en libérant du sucre du foie, en accélérant le cœur, en contractant certains vaisseaux sanguins, en libérant de l'adrénaline et en dilatant les bronchioles. Tous ces changements rendent l'animal plus efficace dans sa lutte physique car ils supportent les conditions essentielles pour une action continue du travail des muscles. Puisque ces changements arrivent en association avec de fortes émotions, la rage et la peur, on peut aisément les interpréter comme une préparation à la lutte intense que les instincts d'attaque ou de fuite peuvent engager. Si de telles émotions prévalent, que les forces physiques sont complètement mobilisées pour l'action et que cet état d'extrême perturbation incontrôlé de l'organisme persiste un certain temps sans possibilité d'action, des conséquences graves peuvent advenir (voir Cannon, 1929).

Lorsque l'éther est brièvement utilisé comme anesthésiant, le cortex cérébral d'un chat est rapidement détruit, faisant que l'animal ne peut plus bénéficier des organes de l'intelligence ; il y a un remarquable déploiement d'activité dans les centres inférieurs, basiques, du comportement, ceux de l'expression émotionnelle. Cette situation est semblable à celle qui se produit chez l'homme lorsque la conscience est abolie par l'usage du protoxyde

d'azote : il y a alors une décortication chimique. En général, c'est la joie qui s'exprime (le protoxyde d'azote est aussi appelé « gaz hilarant »), mais cela peut également être de la tristesse (le gaz pourrait tout aussi bien être appelé « gaz qui fait pleurer »). De la même façon, l'anesthésie à l'éther, administrée à petite dose, peut éventuellement déclencher une crise de rage. Dans la rage factice du chat qui a subi une décortication, on remarque l'expression d'une intense activité émotionnelle. Les poils se redressent, la sueur s'écoule de ses pattes, le pouls peut passer de 150 battements à la minute au double. La tension s'élève et la concentration de sucre monte en flèche jusqu'à une valeur cinq fois supérieure à la normale. Cet excès d'activité du système sympathico-adrénergique ne dure pas longtemps, mais tout de même plus de trois ou quatre heures. C'est alors que, sans qu'il y ait eu perte de sang ou tout autre incident pouvant expliquer la suite, ce reste d'animal, décortiqué, siège de cette intense émotion, cesse d'exister.

Quelle est la cause de cette mort ? Il est clair que l'issue fatale et rapide est due à la persistance d'une activité excessive du système sympathico-adrénergique. En 1928, l'un de mes associés, Philip Bard, a remarqué que quand les signes d'excitation émotionnelle n'apparaissent pas, la préparation expérimentale de décortication peut survivre pendant de longues périodes ; son existence doit alors être arrêtée par l'expérimentateur. D'autres preuves ont été obtenues par un autre de mes associés en 1933, Norman E. Freeman, qui a conçu une rage factice chez des animaux dont les nerfs sympathiques avaient été enlevés. Dans ces cas, le comportement était en tout point

semblable au comportement évoqué précédemment, à l'exception des manifestations qui dépendent de l'innervation sympathique. Le fait remarquable est que les animaux auxquels on avait supprimé les nerfs sympathiques et qui montraient un état de rage factice sont parvenus à survivre de nombreuses heures sans le moindre signe d'effondrement. Ces expériences se sont montrées tout à fait pertinentes pour notre recherche.

Quel effet sur l'organisme peut avoir une action aussi intense et aussi prolongée du système sympathico-adrénergique ? Dans ses travaux, Bard a noté que l'un des changements visible et significatif, devenu manifeste chez les animaux aux prises avec cette rage factice, était une lente baisse de tension à la fin de l'expérience, passant donc d'une tension haute au début à une tension basse, comparable à celle observée dans des états de choc. La recherche de Freeman a montré que cette baisse de tension était due à une réduction du volume sanguin circulant. C'est également ce qui avait été observé pendant la Première Guerre mondiale : quand des soldats étaient blessés, leur volume sanguin baissait et la circulation sanguine se réduisait jusqu'à devenir insuffisante (Cannon, 1923). S'ensuivait alors une détérioration du cœur et du système nerveux qui permet le maintien des vaisseaux sanguins dans une contraction modérée. Un cercle vicieux s'établit alors : la basse tension lèse les organes indispensables à une bonne circulation sanguine et, comme ils sont endommagés, ils sont de moins en moins capables de maintenir cette bonne circulation. Dans la rage factice, comme dans l'état de choc, la mort peut être expliquée comme secondaire à l'insuffisance vascularisation et oxygénation des organes essentiels ne leur permettant plus, dès lors, de maintenir leurs fonctions.

La réduction du volume sanguin dans la rage factice peut s'expliquer par l'action du système sympathico-adrénergique, action qui cause une constriction persistante des petites artérioles dans certaines parties du corps. Par ailleurs, si l'adrénaline, qui comprime les vaisseaux sanguins – comme le font les impulsions nerveuses –, est injectée en continu à un rythme qui reproduit la vasoconstriction des états émotionnels intenses, le volume sanguin se réduit autant que dans la rage factice. Freeman, Freedman et Miller, en 1941, ont réalisé cette expérience. Dans certains cas, ils n'ont pas utilisé plus d'adrénaline que celle sécrétée

Bibliographie

- BARD, P. 1928. « A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system », *American Journal of Physiology*, 84, p. 490-513.
- BASEDOW, H. 1925. *The Australian Aboriginal*, Adelaïde, p. 178-179.
- BROWN, W. 1845. *New Zealand and its Aborigines*, Londres, p. 76.
- CANNON, W.B. 1923. *Traumatic Shock*, New York.
- CANNON, W.B. 1929. *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New York.
- CANNON, W.B. ; FRASER, J. ; HOOPER, A.N. 1917. *Report No 2 of the Special Investigation Committee on Surgical Shock and Allied Conditions, Medical Research Committee, on Some Alterations in the Distribution and Character of the Blood in Wound Conditions*, Londres, p. 24-40.
- CLELAND, J.B. 1928. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 31, p. 233.
- FINNEY, J.M.T. 1934. « Discussion of papers on shock », *Annals of Surgery*, 100, p. 746.
- FREEMAN, N.E. 1933. « Decrease in blood volume after prolonged hyperactivity of the sympathetic nervous system », *American Journal of Physiology*, 104, p. 185-202.
- FREEMAN, N.E. ; H. FREEDMAN ; C.C. MILLER. 1941. « The production of shock by the prolonged continuous injection of adrenalin in unanesthetized dogs », *American Journal of Physiology*, 131, p. 545-553.
- FREEMAN, N.E. ; MORISON, R.S. ; MACK SAWYER, M.E. 1933. « The effect of dehydration on adrenalin secretion and its relation to shock », *American Journal of Physiology*, 104, p. 628-635.
- JAMES, W. 1905. *Principles of Psychology*, New York, p. 179-180.

.../...

tée en réponse aux stimulations réflexe de la glande surrénale, et ils ont trouvé non seulement une diminution considérable du plasma sanguin, mais aussi une concentration des globules rouges, comme le montrait l'augmentation du pourcentage d'hémoglobine. Il faut néanmoins se souvenir qu'en plus de cet agent circulatoire vasoconstricteur, il y a dans tout fonctionnement normal du système sympathico-adrénergique un effet constricteur de l'influx nerveux sur les vaisseaux sanguins, ainsi que la coopération d'une autre substance de la circulation, en plus de l'adrénaline, la sympathine. Ces trois agents, qui travaillent ensemble lorsque le stress émotionnel est grand, peuvent produire les résultats que Freeman et ses collaborateurs ont observés lorsqu'ils ont injecté de l'adrénaline seule. Lorsque la tension est bonne, les organes de première importance, comme le cœur et le cerveau, ne sont pas soumis à une constriction de vaisseaux et, du coup, ils sont régulièrement approvisionnés en sang. Mais cet avantage se fait au détriment des organes périphériques, plus particulièrement des viscères abdominaux. Dans ces parties moins essentielles, où la constriction des artérioles advient, les capillaires manquent d'oxygène. Les très fines parois des capillaires sont sensibles aux carences en oxygène et quand elles n'en reçoivent pas la quantité nécessaire, elles deviennent de plus en plus perméables. En conséquence de quoi, le plasma s'échappe dans les zones périvasculaires. C'est également ce qui arrive en cas de d'état de choc chez les êtres humains. L'exsudation de plasma des vaisseaux sanguins augmente la concentration des globules rouges. Pendant la Première Guerre mondiale, nous avons découvert que la concentration de globules dans les zones cutanées pouvait augmenter de 50 % (Cannon, Fraser et Hooper, 1917).

Dans une telle situation, le manque de nourriture ou d'eau peut nuire au blessé. En 1933, Freeman, Morison et Sawyer ont découvert que la perte des fluides du corps, qui produit la déshydratation, excite le système sympathico-adrénergique ; ici encore, un cercle vicieux se met en place ; la diminution du volume de sang du déshydraté s'intensifie avec l'exsudation de plasma à travers des capillaires devenus très perméables.

Les paragraphes précédents ont montré comment un état émotionnel intense et persistant peut déclencher une baisse désastreuse de la pression sanguine, provoquant la mort. L'absence de nourriture et de boisson s'ajoute aux lésions liées aux facteurs émotionnels et mène à l'issue fatale. Ce sont ces conditions qui, nous l'avons vu, prévalent chez les personnes dont on dit qu'elles sont mortes à la suite d'actes de sorcellerie. Elles cessent de s'alimenter et de boire, et, isolées, attendent leur mort imminente. Dans ces circonstances, elles peuvent tout à fait mourir d'un véritable état de choc, au sens du choc postopératoire, choc induit par un stress émotionnel tendu et prolongé.

Il me semble pertinent de mentionner ici que Wallace, un chirurgien ayant eu une grande expérience pendant la Première Guerre mondiale, a certifié, en 1919, avoir vu de nombreux cas de choc dans lesquels ni le trauma ni aucun des facteurs aggravants du choc ne pouvaient expliquer l'état désastreux des sujets. Parfois, les blessures étaient si insignifiantes qu'elles ne pouvaient être la cause de l'état de choc ; parfois, même les blessures visibles étaient négligeables. Il cite deux exemples pour illustrer cela. L'un est celui d'un

homme enseveli à la suite de l'explosion d'un obus dans une cave ; l'autre, celui d'un homme qui a sauté sur un obus enfoui sur lequel il avait allumé un feu. Dans les deux cas, les expériences ont été terrifiantes. Dans les deux cas, tous les symptômes classiques de choc étaient présents. La situation dura plus de 48 heures et le traitement n'eut aucun effet. Un examen post mortem ne révéla pourtant aucune blessure mortelle.

Un autre cas remarquable que nous pourrions citer a été étudié par Freeman au Massachusetts General Hospital. Une femme de 43 ans s'est fait opérer d'une hystérectomie totale à la suite d'une hémorragie de l'utérus. Bien qu'une certaine instabilité émotionnelle ait été observée, elle semblait supporter l'opération assez bien. Des précautions supplémentaires ont été mises en place afin d'éviter une perte de sang, de plus, une perfusion de solutés lui a été administrée une fois l'opération terminée. Cette nuit-là, elle s'est mise à transpirer et refusait de parler. Le lendemain, sa tension avait chuté jusqu'au niveau de celle d'un état de choc, son pouls était à 150 battements à la minute, sa peau était froide et moite et la circulation sanguine, mesurée sur les vaisseaux de la main, était très faible. Il n'y avait aucun saignement qui aurait pu expliquer son état désespéré, et le diagnostic posé fut celui d'un choc provoqué par la peur. Lorsque l'on prend conscience de l'extrême étrangeté que revêtent, pour un profane, l'hôpital et ses rituels chirurgicaux élaborés, comme l'invasion agressive du corps par des scalpels et écarteurs métalliques, on est surpris qu'il n'y ait pas plus de patients qui manifestent des sentiments d'anxiété profonde. Dans le cas présent, l'attitude calme et posée du chirurgien a modifié l'état de la patiente qui a recouvré un état normal. Que l'attitude du patient ait une part significative dans les suites opératoires favorables est bien connu du célèbre chirurgien américain, le docteur J.M.T. Finney, professeur de chirurgie à la Johns Hopkins Medical School depuis de nombreuses années. Il a publiquement témoigné en 1934, à partir d'expériences très sérieuses, que si une personne venait lui demander une opération mais qu'elle en craignait les résultats, il refusait d'opérer. Un autre chirurgien devrait accepter ce risque !

D'autres exemples d'issues fatales liées à un état émotionnel inquiétant ont été rapportés par Mira en 1939, lorsqu'il a raconté son expérience de psychiatre pendant la guerre d'Espagne. Chez les patients qui souffraient de ce qu'il appelait « anxiété maligne », il a observé des signes

d'angoisse et de perplexité accompagnés d'un pouls rapide permanent (plus de 120 pulsations à la minute) et d'une respiration très rapide (trois fois plus que la normale au repos). Cette situation témoigne d'un état de perturbation impliquant le complexe adrénalo-sympathique. Comme conditions prédisposantes, Mira mentionne « une labilité antérieure du système sympathique » et « un choc mental sévère expérimenté dans des conditions d'épuisement physique dû au manque de nourriture, à la fatigue et au manque de sommeil, etc. ». Le manque de nourriture semble avoir été accompagné d'un défaut d'hydratation car les urines étaient très concentrées et extrêmement acides. Vers la fin, l'angoisse était toujours présente mais l'inactivité s'était transformée en agitation. Aucun symptôme focal n'a été observé. Dans les cas fatals, la mort s'est produite en trois ou quatre jours. Un examen post mortem a révélé des hémorragies cérébrales dans certains cas, mais hormis une augmentation de la pression, le liquide cérébro-spinal était normal. La combinaison du manque de nourriture et d'eau, de l'anxiété, d'un pouls et d'une respiration rapides, associée aux effets persistants du choc de l'expérience, concorde bien avec les cas fatals décrits dans les tribus primitives.

De ce fait, la proposition que j'avance est que la mort « vaudou » peut être considérée comme réelle, et qu'elle peut être expliquée comme due au choc émotionnel stressant causé par une terreur évidente ou réprimée. Afin de conforter cette hypothèse, il faudrait que des observations soient réalisées. Des tests relativement simples pourraient être effectués en vue d'une vérification de la proposition concernant la mort « vaudou ». Dans les derniers instants, le pouls serait rapide et « filant ». La peau serait froide et moite. Une numération des globules rouges ou, plus simple encore, un hémocrite (permettant de connaître le pourcentage de globules rouges par rapport au plasma et obtenu par prélèvement sanguin des vaisseaux superficiels) aiderait à conclure s'il y a choc ou non ; le taux de « rouges » serait élevé et l'hémocrite révélerait une « hémocrité basse ». La tension serait basse. Le niveau de sucre dans le sang serait augmenté, mais cette mesure peut être compliquée dans ces circonstances. Cependant, si, à l'avenir, quelqu'un se trouve face à une mort « vaudou », il est à espérer qu'il pourra effectuer des tests plus simples avant le dernier souffle de la victime. ■

Quelle est la cause de cette mort ?

.../...

LEONARD, A.G. 1906. *The Lower Niger and Its Tribes*, Londres, p. 257 et sq.

MIRA, F. 1939. « Psychiatric experience in the Spanish war », *British Medical Journal*, p. 1217-1220.

PINKERTON, J. 1814. *Voyages and Travels*, 16, p. 237 et sq.

PORTEUS, S.D. Communication personnelle.

ROTH, W.E. 1897. *Ethnological Studies among the North-West-Central Queensland Aborigines*, Brisbane et Londres, p. 154.

SOARES DE SOUZA, G. 1879. *Tratado Descritivo do Brasil in 1587*, Rio de Janeiro, p. 292-293.

TREGGAR, E. 1890. *Journal of the Anthropological Institute*, 19, p. 100.

VARNHAGEN, F.A. 1875. *Historia General do Brasil*, 1, p. 42-43.

WALLACE, SIR CUTHBERT. 1919. *Introduction to Report No. 26 to Medical Research Committee, on Traumatic Toxaemia as a Factor in Shock*, Londres, p. 7.

WARNER, W.L. 1941. *A Black Civilization, a Social Study of an Australian Tribe*, New York et Londres, p. 242.