

106
HG

MAG
5079

P. GUIROUARD-BONNAIRE



800 -

8 ME



106



LA

FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE

AVANT 1902

ET

L'ÉPIDÉMIE DE 1902

PAR

M. A. GARNIER *(de la Martinique)*

MÉDECIN PRINCIPAL DE 2^e CLASSE DES TROUPES COLONIALES



CONSULTATION
SUR PLACE

PARIS

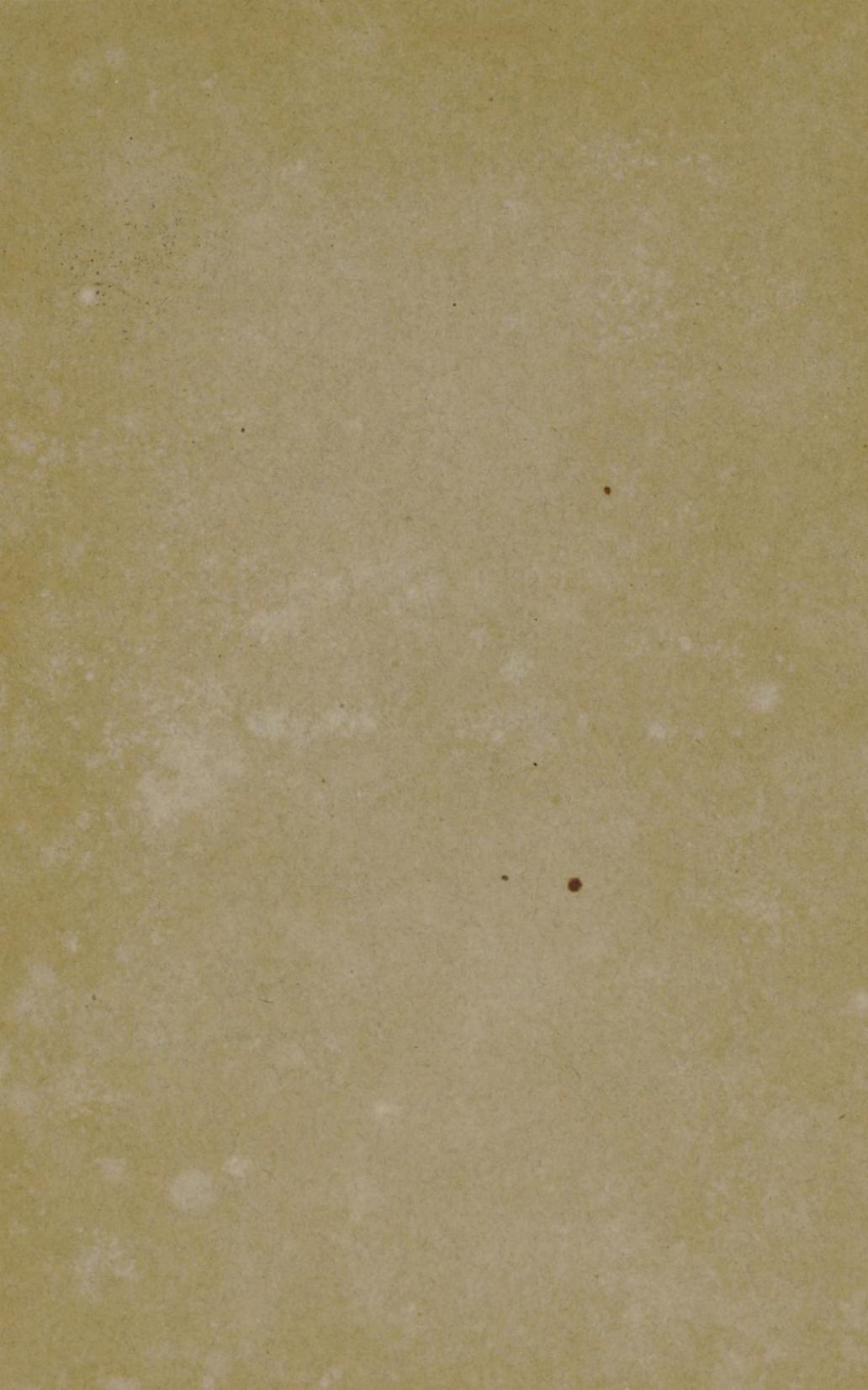
IMPRIMERIE NATIONALE

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, PLACE DE L'ODÉON, 8

MDCCCIII

1903

DEPARTEMENT DE LA GUYANE
BIBLIOTHEQUE
A. FRANCONIE
8° 5039



2950



LA
FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE
AVANT 1902
ET
L'ÉPIDÉMIE DE 1902

L950

LA
FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE

AVANT 1902

ET

L'ÉPIDÉMIE DE 1902

PAR

M. A. ^{dien}GARNIER (de la Martinique)

MÉDECIN PRINCIPAL DE 2^e CLASSE DES TROUPES COLONIALES



PARIS

IMPRIMERIE NATIONALE

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, PLACE DE L'ODÉON, 8

MDCCCIII

1903

LA
FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE
AVANT 1902
ET
L'ÉPIDÉMIE DE 1902.

PRÉLIMINAIRES.

A la Guyane, plus que partout ailleurs peut-être, la fièvre jaune, encore que magistralement étudiée depuis des siècles, reste matière à maintes contestations dont sa genèse, son endémicité, sa réviviscence sur place, son identité avec la fièvre dite *inflammatoire* ou *bilieuse inflammatoire*, sa différenciation d'avec quelques autres affections locales, sa prophylaxie, enfin, font presque tous les frais. Sous ces réserves, on voudra bien nous excuser de revenir, à l'occasion de l'épidémie de 1902, sur une maladie à laquelle s'attachent tant de noms autorisés.

Sans prétendre innover, il nous a semblé qu'il y avait dans la comparaison entre le passé épidémiologique de la maladie et sa récente explosion, quelques enseignements d'utilité publique dignes d'être mis en relief.

Nous avons, dans ce but, fait appel à toutes les bonnes volontés et nous sommes heureux de constater qu'elles ne nous ont pas fait défaut. Chemin faisant je restitue à chacun son dû.

Mais mon jeune et dévoué collègue, le docteur Féraud, qui, en sa qualité de prévôt et de secrétaire, m'a continuellement secondé, sans jamais se laisser rebuter par mes minuties, a droit, entre tous, à mes chaleureux remerciements. Mieux que tout autre, il pourra dire à quel scrupuleux contrôle nous nous sommes livrés pour mener à bien notre tâche.

Celle-ci ne va pas sans quelques heurts aux errements locaux. Je suis de ceux qui, faisant table rase des préjugés et des susceptibilités de clocher, estiment que la vérité scientifique a besoin, pour s'imposer, d'être absolument nue. Que ceux qu'elle blesse se voilent la face!

PREMIÈRE PARTIE.

LA FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE FRANÇAISE.

Des origines à 1764. — Les origines de la fièvre jaune à la Guyane sont entourées de la plus grande obscurité et ont donné matière à maintes controverses.

Les aventuriers de la période cosmopolite de l'Eldorado (1500 à 1600), les seigneurs de l'époque féodale du XVII^e siècle en quête presque exclusivement de trésors et de fiefs, ne s'intéressent guère aux maladies du sol qu'ils foulent; et, à part la courte relation du prêtre Antoine Biet, membre spirituel de la Compagnie des douze seigneurs ou de la France équinoxiale qui, de 1652 à 1654, tenta vainement la colonisation de l'île de Cayenne, ce n'est à tous égards, pendant près de deux siècles, que le mutisme le plus absolu.

Encore, de cet exposé des maux qui décimèrent les colons de 1652, se dégage-t-il tout au plus la notion d'états cachectiques ultimes, conséquences des privations qu'ils eurent à endurer, et, pour incriminée qu'y soit la *contagion*, rien ne permet de la rapporter au typhus amaril.

D'après l'historien Barrère, le mal de Siam était encore inconnu dans l'île de Cayenne en 1735⁽¹⁾.

Moins de trente ans après, cependant, il allait y révéler sa présence par un coup de maître.

1764-1765. — Nous sommes en 1764. Le désastre de Kourou bat son plein! Douze mille Européens jetés en moins de quinze mois sur le sol guyanais, dans le but d'y fonder une nouvelle France, luttent désespérément, de ci, de là, contre les fatigues, les privations et les maladies de toutes sortes.

L'encombrement, la mauvaise alimentation et les travaux de défrichement aidant, le typhus et la fièvre typhoïde d'une part, la dysenterie et le paludisme de l'autre, ceux-ci nés sur

⁽¹⁾ BARRÈRE, *Nouvelle relation de la France équinoxiale*. Paris, 1735, t. II, p. 61.

place, ceux-là débarqués des vaisseaux, sévissent en maîtres et font rage de destruction de Cayenne à Kourou et à l'Aprouague.

Sur ces entrefaites, Pierre Campet, chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Cayenne, voit surgir dans les dépôts de malades des environs de la ville «une maladie épidémique où l'on vomit une matière noire comme de l'encre» et dont la description parue en 1802, représente, encore qu'incomplet, un saisissant tableau du typhus amaril⁽¹⁾.

Cette opinion, certes, n'est pas sans quelques controverses.

Bajon, chirurgien-major de l'île de Cayenne et contemporain de Campet, après avoir parlé de l'affection régnante, qui, selon lui, n'était rien moins qu'une fièvre épidémique des plus violentes, dit que la maladie de Siam, si commune à Saint-Domingue n'a jamais été observée à Cayenne⁽²⁾.

Orgeas, de nos jours, considérant qu'il n'est nullement «question de la teinte ictérique de la peau» dans la maladie de Campet, non plus que du vomissement noir dans la relation qu'il a laissée de l'épidémie de Kourou où, en 1764, il avait été envoyé en service; prenant acte, en outre, du soin apporté par lui à «donner les noms de quelques personnes mortes en présentant ce symptôme», croit qu'il s'est agi en l'occurrence, dans l'esprit de l'auteur, d'une «maladie curieuse et rare» qu'il considère, pour sa part, non comme de la fièvre jaune, mais comme une forme «exceptionnelle de typhus exanthématique» avec hémorragies gingivale et stomacale⁽³⁾.

Mais, outre que l'observation de Bajon est en contradiction avec plusieurs de ses descriptions, l'interprétation d'Orgeas elle-même nous semble sur plus d'un point fort discutable.

Sans doute, l'ictère est un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques du typhus amaril; mais c'est

(1) P. CAMPET, *Traité pratique des maladies graves qui règnent dans les contrées situées sous la zone torride*. Paris, 1802, p. 73 à 79.

(2) BAJON, *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane française*. Paris, 1777, t. 1, p. 58.

(3) ORGEAS, *La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation*. 1886, p. 25 à 28.

aussi en raison de ses variantes un des plus faciles à méconnaître.

« C'est le seul symptôme, dit Dutrouleau⁽¹⁾, qui soit constant dans les cas confirmés, pas toujours pendant la vie, il est des cas où il est presque nul, mais surtout après la mort. . . Dans la fièvre jaune légère, il manque souvent. . .

« Son intensité apparente ne semble avoir aucun rapport avec la gravité de la maladie. » . . Il peut « se borner à une teinte très pâle des conjonctives, du visage et du cou, dans des cas qui peuvent être mortels. . .

« Dans certaines phases épidémiques correspondant à la saison sèche, il manque souvent. Il est remplacé par une teinte jaune paille de la peau. »

Or, en un temps où ces modalités cliniques de l'ictère étaient pour ainsi dire lettre morte, et où sa valeur diagnostique n'avait pas encore été mise en relief, est-il étonnant que ce symptôme ait été méconnu ou tenu pour quantité négligeable par Campet, quand de nos jours encore, malgré la connaissance que nous en avons, il l'est si fréquemment, pour peu que l'attention ne soit pas tenue en éveil?

Au surplus, cette lacune symptomatique ne saurait en rien infirmer la description de Campet, au profit du typhus exanthématique.

« L'expression fièvre jaune, dit Bally⁽²⁾, ne caractérise qu'un symptôme qui même n'est pas indispensable, et ne se rencontre pas toujours. Tel est le vice de toutes ces dénominations, empruntées d'un signe apparent, que, le signe venant à manquer, l'idée qu'on y attache disparaît, et que l'affection morbifique semble ne plus appartenir au même genre. »

Il en est, en effet, de la fièvre jaune comme de toutes les maladies : elle ne procède pas cliniquement d'un symptôme unique, mais de la combinaison de plusieurs ; c'est de leur ensemble que naît le diagnostic, et l'absence de l'un d'eux ne saurait empêcher de la reconnaître.

(1) DUTROULEAU, *Maladies des Européens dans les pays chauds*.

(2) BALLY, *Du typhus d'Amérique ou fièvre jaune*. 1814.

Or, la description de Campet constitue, selon nous, un complexus symptomatique de la fièvre jaune des plus suggestifs.

« Malgré l'observation de Bajon, dit Bally, on croit difficilement qu'elle n'ait pas régné à la Guyane dans les années 1763 et 1764, parce que la description que donne Campet des symptômes qu'il a lui-même observés à cette époque laisse peu de doute sur la nature de cette fièvre. »

Tout d'abord, loin de constituer une rareté nosologique, elle apparaît, à l'égal des maladies au milieu desquelles elle se dessine, sous les allures d'une entité morbide essentiellement contagieuse, *épidémique* et meurtrière.

Vers le mois de novembre 1764, dit Campet, il y avait dans les environs de la ville de Cayenne, capitale de la Guyane française, plusieurs dépôts considérables de malades, sans compter au moins 300 Allemands campés à un quart de lieue de la ville, sur l'habitation du Roi, où il en mourait tous les jours de cette maladie; l'hôpital principal de cette ville en était de plus surchargé : ces malades nous venaient de la nouvelle colonie de Kourou. Les maladies qui régnaient dans ces dépôts étaient les mêmes que celles qui, à cette époque, portaient la mort et la désolation dans cette nouvelle colonie : c'est-à-dire : fièvres, scorbut, dysenteries, toutes maladies des camps, mais que l'influence d'un climat chaud et humide, situé presque sous l'Équateur, rendait d'autant plus meurtrières.

C'est sans doute de ces foyers de miasmes contagieux qu'est sortie la maladie que nous allons décrire.

D'après ce qui précède, la maladie noire de Campet était donc beaucoup plus fréquente et plus grave que ne l'estime Orgeas et si, ultérieurement, Campet cite les noms de quelques décédés, ce n'est pas vraisemblablement pour la rareté du fait, mais bien plutôt, suivant une coutume qui se retrouve à chaque page de son livre, en manière d'hommage à la mémoire de personnages marquants.

Voici venir, maintenant, sous les dehors imagés d'antan, une symptomatologie des plus caractéristiques :

Elle se montre par un mal de tête et de reins, une douleur sourde dans les cuisses et les jambes, le vomissement de tout ce qu'on prend,

effet ordinaire de l'inflammation du bas-ventre, et qui existe ici. On est affecté d'une soif ardente, inextinguible; la fièvre, la chaleur paraissent peu importantes, à en juger par celles des parties extérieures, mais intérieurement, la dernière est insupportable.

C'est en propres termes, le début par fièvre, céphalalgie, rachialgie, douleurs irradiées, vomissements alimentaires avec retentissement abdominal de nos descriptions modernes.

Quand, reprend Campet, on parvient à faire cesser le vomissement par l'effet des évacuations par le bas, c'est d'un heureux présage; sinon on rend par le vomissement une matière noire comme de l'encre et qui toujours indique une mort prochaine: on prend d'abord cette humeur pour de la bile noire; pour m'en assurer, j'y trempai un morceau de toile blanche de coton, qui, après l'avoir tordu, ne conserva qu'une légère teinte noirâtre, au lieu que la bile noire jaunait le linge; au reste, elle n'est point sanguinolente ni épaisse, et l'on n'aperçoit pas qu'elle fermente à terre comme celle dont parle Hippocrate.

Voilà bien magistralement figuré et caractérisé le *vomito negro*. Nous ne faisons ni disons mieux aujourd'hui, en dépit d'une variété d'expression sur la consistance et l'aspect du vomissement.

A ce sujet, Campet ajoute :

Dans la circonstance où l'on rend par la bouche cette espèce d'encre, il suffit de presser légèrement avec le doigt le creux de l'estomac du malade pour provoquer chez lui le ris sardonique ou convulsion canine: par ce procédé on produit le même effet dans les véritables fièvres malignes...

Il s'agit manifestement de l'épigastralgie provoquée et du rictus réflexe qu'elle suscite, parfois, quand elle est intense, le malade grimace sous la douleur.

Cependant, poursuit l'auteur, on ne guérit pas tous ceux auxquels on a eu le bonheur d'arrêter le vomissement, parce qu'alors au premier état de la maladie il en succède un autre, qui, dans certains sujets, s'annonce par de légères hémorragies d'un sang dissous, scorbutique, qui coule en petite quantité des gencives, et dans d'autres par des ulcères dans la bouche.

Nous sommes ici en présence d'hémorragies ultimes. Sans méconnaître la possibilité de complications dues au scorbut, à une époque et dans un milieu où cette maladie était courante, il importe de noter que de nos jours, où elle est exceptionnelle, l'hémorragie gingivale constitue une des manifestations ultimes les plus fréquentes et les plus caractéristiques de la période ataxo-adynamique de la fièvre jaune, encore nommée période de dissolution. L'expression «sang dissous, scorbutique», ne saurait donc être rigoureusement interprétée dans le sens de manifestation du scorbut. Elle n'est, par comparaison, que la traduction imagée, mais fidèle, de l'état de décomposition du sang dans la fièvre jaune.

Campet cite, à l'appui, le cas d'un de ses malades «chez lequel la dégénération scorbutique des humeurs paraissait être parvenue au plus haut degré de corruption putride» et qui succomba, dans les circonstances dramatiques d'un délire ambulatoire, à une gangrène de la joue.

Exceptionnelles aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, les complications de cette sorte ne devaient pas être rares à l'époque de Campet.

L'auteur ajoute encore :

La putréfaction est si grande dans cette maladie, que les corps de ceux qui succombent sous ses coups exhalent une odeur cadavéreuse plusieurs jours avant la mort.

Il s'agit ici de cette odeur fétide des sueurs et de l'haleine que les auteurs modernes ont comparée, à tort ou à raison, à celle de paille pourrie.

Quoi qu'il en soit, c'est vers le troisième jour du vomissement noir qu'apparaît la mort, ainsi qu'on en peut juger par les deux exemples suivants :

Le neveu de M. Roelle, apothicaire à Paris, et qui portait le même nom, passe à Cayenne en 1763, en qualité d'apothicaire-major de la nouvelle colonie de Kourou, avec M. de Chanvalon, intendant. Au commencement de 1765, après le départ de M. le chevalier Turgot, il est nommé apothicaire-major de l'hôpital de Cayenne, où il attrape cette maladie dont il est mort le troisième jour du vomissement noir.

Le préfet apostolique que M. le chevalier Turgot, gouverneur général, avait amené à Cayenne et qui logeait au Gouvernement, est mort aussi de cette maladie le troisième jour du vomissement noir.

Finalement, notons encore cet aperçu thérapeutique par lequel Campet au sujet du vomissement, fait la critique du vomitif, et recommande par antithèse l'emploi précoce et simultané des laxatifs, des lavements, des fomentations épigastriques et de la saignée.

Il constate qu'au lieu de combattre le vomissement avec succès, l'émétique, en ce cas, «ne faisait au contraire que l'aigrir et le rendre si violent, que la mort en était la suite».

Cette simple constatation a la valeur d'un symptôme, car en aucune maladie, en effet, l'usage du vomitif n'est aussi dangereux que dans la fièvre jaune.

Récapitulons les données de cette étude analytique :

Procédant d'agglomérations européennes, essentiellement contagieuse, épidémique et meurtrière, à l'égal de la fièvre jaune, la maladie de Campet se présente, en outre, sous les dehors symptomatiques du plus pur amarilisme.

Son début par la fièvre, la céphalalgie, la rachialgie irradiée et les vomissements alimentaires; la succession à ce début des vomissements noirs avec épigastralgie, rictus réflexe, hémorragies ultimes, sueurs fétides; la terminaison fatale du sixième au huitième jour constituent, à cet égard, un ensemble symptomatique des plus suggestifs et que ne saurait infirmer la seule absence de l'ictère.

Cet ensemble symptomatique, au contraire, ne répond que très imparfaitement au tableau clinique du typhus exanthématique. La constance des symptômes du début et du vomissement noir, l'existence de troubles abdominaux, la courte durée de la maladie, d'une part, l'absence de délire, d'exanthèmes, de phénomènes respiratoires, d'ordinaire si constants dans le typhus, de l'autre, plaident doublement contre la nature exanthématique de la maladie de Campet.

Il y a donc lieu, en définitive, de conclure que la maladie *épidémique* avec vomissements de matière noire observée à

Cayenne par ce praticien n'était autre que la fièvre jaune; que cette maladie, contrairement à l'opinion d'Orgeas, n'a pas été absolument étrangère au désastre dit *de Kourou*; qu'elle y a puissamment contribué avec le typhus, la fièvre typhoïde, le paludisme et la dysenterie; que l'opinion de Bajon, enfin, d'après laquelle le mal de Siam n'a jamais existé à Cayenne est controuvée par les faits.

A cet égard, on est même en droit de se demander si Bajon ne s'est pas dans ses propres descriptions donné un démenti formel. Non pas certes qu'elles se rapportent exclusivement à cette maladie; il en est qui sont de fidèles et remarquables tableaux de la fièvre typhoïde.

Mais peut-on vraiment, avec Orgeas, rattacher au typhus les cas fort nombreux de ceux qui, à l'arrivée de Bajon à Cayenne en 1764, mouraient du troisième au cinquième jour de la maladie, en présentant des lésions nécropsiques avancées?

L'ouverture des cadavres de ceux qui périrent si promptement, dit Bajon, fit voir des gangrènes à l'estomac, aux intestins ou au diaphragme, d'autres fois à quelqu'un des viscères du bas-ventre. Ces gangrènes étaient sèches, rien n'annonçait qu'aucun degré d'inflammation les eût précédées.

S'il est vrai que l'évolution clinique rapide est plutôt le fait du typhus que de la fièvre typhoïde, elle est non moins, par excellence, celui de la fièvre jaune et, à défaut de toute symptomatologie, les lésions cadavériques observées dans ces cas de mort prématurée témoignent plutôt de leur nature amarile que de leur caractère exanthématique. Outre, en effet, que les lésions gastro-intestinales sont exceptionnelles dans cette dernière maladie, on ne les observe jamais, non plus que dans les fièvres typhoïdes, à cette date précoce et à ce degré d'intensité.

Au surplus, et dans un autre ordre d'idées; la fièvre jaune n'affecte-t-elle pas normalement parfois les allures typhoïdes? N'est-ce pas à cette forme qu'il faudrait peut-être rapporter les quelques cas avec ictère dont parle Bajon et qu'Orgeas assimile à la typhoïde bilieuse?

La confusion qui, de ce chef, devait par la suite régner au Maroni, est à cet égard fort instructive.

A telles enseignes, il semble donc fort probable que Bajon comme Campet, a dû observer à Cayenne, à côté d'affections typhoïdes autres, bien des cas de typhus amaril qu'il n'a pas su différencier, malgré la connaissance qu'on avait à l'époque de cette maladie.

Mais ici se pose irrévocablement, comme complément à cette étude de l'épidémie de 1764, la question des origines de la maladie.

Est-elle née sur place, comme semblerait l'avancer Campet, ou bien y a-t-elle été importée de toutes pièces?

La question, au jugé des rares documents que nous possédons, est fort litigieuse.

Venus directement de la métropole, les convois expéditionnaires ne sauraient être incriminés d'avoir apporté avec eux la maladie. Mais elle a pu être introduite du voisinage, malgré la rareté des communications d'alors. Vers cette époque, en effet, Fermin observait et décrivait à Surinam, sous les noms de *causus* ou fièvre ardente et de *fièvre putride maligne*, une pyrexie qui, à en juger par l'association de certains symptômes tels que l'aspect noir de la langue, les douleurs de tête et d'estomac, l'anxiété, les vomissements opiniâtres de matières noirâtres, les taches noirâtres ou pourprées de la surface du corps, la faiblesse du pouls, le délire, les convulsions, le coma, semble avoir participé du typhus amaril d'allures inflammatoire et typhoïde.

Néanmoins, l'hypothèse de la genèse sur place de la maladie n'est pas sans quelque fondement, en dépit des assertions de Barrère et de Bajon, ce dernier s'étant chargé lui-même de nous fournir la preuve de la préexistence dans la colonie des germes amarils.

« Elle n'épargna pas les anciens colons, dit cet observateur, cependant leurs pertes furent bien moins nombreuses que celles des individus récemment arrivés. »

Or, on ne saurait concevoir une telle immunité à l'égard d'une maladie aussi contagieuse, sans germes endémiques de

nature à l'engendrer, pour le moins, par une sorte de mithridatisation lente.

1765-1796. — L'épidémie décrite par Campet persista dans l'île de Cayenne jusqu'en novembre 1765.

Pendant les trente années qui suivirent, la Guyane vit encore bien des échecs sanitaires.

Les tentatives de colonisation de Tonnégrande (1766), et du Cachipour (1785), celles de l'Approuague par Villebois (1788) et de l'Ouanani par la Compagnie guyanaise du Sénégal (1791) furent coup sur coup, suivant l'expression du temps, la proie du climat et des maladies.

Mais celles-ci semblent avoir totalement échappé à l'observation médicale, car ni Bajon au cours des dix années qu'il demeura encore à Cayenne, ni ses successeurs, n'en ont soufflé mot. A vrai dire, elles sont, après le désastre de Kourou, quantité négligeable.

1796-1798. — Les premiers déportés politiques de la fin du XVIII^e siècle furent décimés par une « peste » qui, au jugé de quelques cas particuliers dont Ange Pitou⁽¹⁾ nous a transmis la relation, n'aurait été que la peste occidentale ou fièvre jaune.

D'après le récit que fit à ce dernier un témoin oculaire, Collot-d'Herbois, membre du Comité de salut public, arrivé à Cayenne en juillet 1795, avec Billaud-Varennes, fut moins d'un an après, le 7 juin 1796, emporté par une fièvre « inflammatoire » (*sic*), contractée à la sucrerie Dallemand, où Jeannet-Oudin l'avait relégué.

M. Gauron, chirurgien du poste de Kourou, fut mandé; il ordonna des calmants et, d'heure en heure, une potion de vin mouillé de trois quarts d'eau; le nègre qui le gardait pendant la nuit, s'éloigna ou s'endormit. Collot dans le délire, dévoré de soif et de mal, se leva brusquement, et but d'un seul trait une bouteille de vin liquoreux, son corps devint un brasier, le chirurgien donna ordre de le porter à Cayenne, qui est éloigné de six lieues. Les nègres chargés de cette com-

⁽¹⁾ Ange Pitou, *Voyage à Cayenne*, 1805.

mission le jetèrent au milieu de la route, la face tournée sur un sol brûlant. Le poste qui était sur l'habitation fut obligé d'y mettre ordre. . . Arrivé à Cayenne, il expira le 7 juin 1796, les yeux entr'ouverts, les membres retournés, en vomissant des flots de sang et d'écume.

Saint-Aubert, compagnon d'exil d'Ange Pitou, fut atteint d'une fièvre de même nature, moins de cinq mois après son arrivée à la Guyane, en décembre 1798.

Après une course de plusieurs lieues dans le fond du désert, il revint à Kourou, à travers les pripis, le 23 décembre.

Il dînait avec nous chez M. Collin, raconte Ange Pitou. Il s'endort subitement; au bout de quelques heures de léthargie, il se réveille en sursaut, s'agite comme s'il eût avalé du plomb fondu: il écume et vomit des flots de sang caillé mêlé de pus. Il retombe ensuite dans son premier sommeil, sans voix, sans connaissance, les yeux hagards, enfin dans un état mixte entre la mort et la vie. Plus il est robuste, plus la nature faisait d'efforts pour l'acclimater. Nous crûmes que le lendemain, il n'existerait plus: mais il vivait, ou pour mieux dire il végétait, il ne se plaignait point, il avait les yeux ouverts et il ne voyait rien, n'entendait rien, ne demandait rien, ne pouvait rien, ne sentait rien. Son corps exhalait une odeur cadavéreuse, sa langue et ses lèvres étaient noires et gonflées. . .

Du 24 au 25, après des hauts et des bas, «il revint à lui, s'alimente, se lève», et quoique «faible, au bout de cinq jours fut rétabli».

1802. — En 1802 eut lieu une explosion dont l'historien Leblond et, après lui, Bally et Kerhuel nous ont transmis la relation.

Les expéditions françaises portèrent en Amérique beaucoup d'Européens non acclimatés. Le général Depouges arriva à Cayenne avec un corps de 300 hommes. Environ un mois après leur débarquement, la peste occidentale pénétra parmi eux et en peu de temps, le général, le commandant de la place et 200 soldats avaient péri⁽¹⁾.

Force fut au chef de la colonie de réclamer officiellement de nouvelles troupes⁽²⁾.

(1) BALLY, *loc. cit.*, p. 78, d'après Leblond, in *Observations sur la fièvre jaune et sur les maladies des tropiques*, p. 226.

(2) Victor HUGUES, Lettre de 1802, in *Archives du Gouvernement de Cayenne*.

A tort ou à raison, la maladie fut considérée comme importée de l'Amérique du Nord.

Ces documents dont l'authenticité ne saurait être mise en doute, réduisent à néant la version de Laurencin, cité par Dupont, d'après laquelle l'épidémie aurait sévi en 1804 sur les troupes du général Bruge⁽¹⁾.

1802-1850. — L'épidémie de 1802 fut suivie pour la Guyane d'une période de quarante-huit ans communément considérée comme exempte de toute manifestation amarile, malgré les ravages que la fièvre jaune exerça sur ses frontières de 1836 à 1837 et au delà.

Les recherches effectuées par Orgeas dans les Archives coloniales du Ministère de la Marine, et par Guérin dans les vieux papiers de Cayenne, sont restées négatives.

Cependant, nous avons retrouvé dans les Archives du Gouvernement divers documents mentionnant l'existence, en 1823, d'une épidémie de fièvre catarrhale, dénomination sous laquelle on désignait encore la fièvre jaune à cette époque.

Des lettres et rapports de Quincé, médecin de la Nouvelle-Angoulême, sur la Mana, au gouverneur de la colonie, il résulte que cette fièvre catarrhale aurait d'abord sévi avec intensité à Cayenne vers le mois d'avril 1823, puis à Mana, du 15 juin au 15 juillet suivant, avec quelques réapparitions en septembre et que, pendant ces deux derniers mois, elle aurait marché de pair avec des fièvres ataxo-adyamiques de nature typhoïde.

Vous y remarquerez, écrit-il au gouverneur, en lui transmettant son rapport de juin, que la fièvre catarrhale qui régnait épidémiquement à Cayenne et qui a moissonné tant d'habitants, existe ici depuis le 15 juin. J'ai été assez heureux jusqu'à ce jour pour n'avoir perdu personne, ce qui m'étonne, car cette épidémie sévit ici, avec autant de force qu'à Cayenne.

⁽¹⁾ LAURENCIN, médecin-major de la corvette *la Bonite*. Rapport de fin de campagne 1823. Cité par Dupont, in *Histoire médicale des épidémies de fièvre jaune au XIX^e siècle*. *Archives de médecine navale*, septembre et octobre, 1880.

D'après le rapport en question, cette fièvre se surajoutait aux affections préexistantes.

Les fièvres gastriques, intermittentes, quotidiennes et tierces se sont compliquées d'une affection catarrhale qui règne épidémiquement ici comme elle régnait à Cayenne il y a deux mois.

Cette fièvre catarrhale, lit-on ensuite dans le rapport de juillet, a cessé vers le 17 de ce mois, et les causes qui l'ont produite doivent être attribuées à une constitution atmosphérique toute particulière qui consistait dans des variations brusques et des qualités peu connues de l'air.

A ce moment, une fièvre gastro-entérite s'est compliquée d'adynamie avec tout l'appareil des symptômes les plus alarmants tels que parotidite, abcès aux extrémités supérieures et inférieures, face pâle et affaissée, stupeur, langue noire et sèche.

La même affection catarrhale se retrouve en septembre à côté de fièvres ataxiques continues et adynamiques caractérisées par des céphalées, des douleurs abdominales et suivies d'une extrême débilité et d'atonie intestinale prolongée.

Entre temps, en juillet et en août de la même année, l'équipage de la *Ménagère*, cotre de l'État, au retour d'une mission dans la rivière de Mana, fut atteint par la maladie régnante.

Au moment de repartir pour une nouvelle mission dans cette région, l'officier de santé Tourtelot, par une lettre en date du 14 septembre, croit devoir rappeler au capitaine les divers incidents de ce voyage :

Les hommes du bord, piqués par les maringouins, dit-il, privés, par suite, du repos de la nuit, employés à décharger les cales et à abattre des bois pour servir de lattes, étaient très fatigués. Ils partent de Mana le 20 juillet et, le 1^{er} août suivant, quatre hommes au nombre desquels se trouvait le maître d'équipage, réclament mes soins pour des affections graves de l'estomac avec fièvre continue rémittente et intermittente. Le 4, deux autres sont atteints des mêmes maladies et, le 5, le nombre en fut porté jusqu'à 8. Je ne doute point qu'il se fût considérablement accru, si enfin quelque variation dans la brise ne nous eût point permis d'arriver à Cayenne. La maladie se développa chez ces individus avec force; à la fièvre se joignaient bientôt une céphalalgie intense et une douleur vive à l'estomac avec quelques nausées.

1850-1851. — L'année 1850 fut le signal d'une épidémie meurtrière de fièvre jaune qui atteignit non seulement la garnison, mais encore les Européens de souche ancienne, les créoles blancs, les gens de couleur, à telle enseigne, a-t-on dit, que la maladie s'éteignit faute d'aliment. Cette explosion eut lieu du 22 novembre 1850 au 20 février 1851.

Du foyer de Sainte-Marie-de-Bélem, au Brésil, la fièvre jaune parvint sur rade de Cayenne par l'avis de guerre *le Tartare*, à bord duquel, le 22 novembre 1850, furent constatés les deux premiers cas, puis le 25, deux autres encore. A cette dernière date un habitant de la ville qui était allé à bord fut également frappé par la maladie.

Peu après, les navires de commerce mouillés sur rade sous le vent du *Tartare*, les hommes de la garnison, médecin en tête, furent à leur tour atteints. L'épidémie était ainsi définitivement constituée au chef-lieu.

Son bilan y atteignit, en trois mois de durée, le chiffre énorme de 685 cas traités à l'hôpital militaire, sur lesquels on compta 148 décès. A ce dernier chiffre, il faut ajouter 63 décès survenus en ville parmi les gens de couleur.

Mais là ne devaient pas se borner ses ravages. De Cayenne, la maladie rayonna sur les autres parties de la colonie et atteignit même Surinam, capitale de la Guyane hollandaise.

L'épidémie prit fin le 21 février 1851, date du dernier décès.

1852. — Avec l'année 1852 s'ouvre une ère nouvelle. L'introduction de la transportation à la Guyane, en vue de sa colonisation, va désormais jeter sur ses eaux et sur ses côtes des milliers d'Européens de toutes conditions qui seront pour la fièvre jaune un perpétuel aliment d'entretien et d'explosion.

A compter de cette époque, la maladie peut-être considérée comme franchement endémo-épidémique.

Chaque année, elle y révélera sa présence par des cas isolés et mortels de vomito et par des bouffées de fièvre d'acclimatement, de fièvre inflammatoire, de rémittente et de typhoïde bilieuses qui ne sont manifestement qu'autant de modalités

cliniques du typhus amaril dont elles ont à la fois la gravité, la contagiosité et les propriétés immunisantes.

Puis, de temps à autre, s'exaltant au contact des conditions accidentelles du milieu ou des germes d'importation, la maladie se réveillera avec ses caractères pathognomoniques sous forme de redoutables explosions!

1855-1856. — Moins de trois années après les débuts de cette tentative de colonisation, la fièvre jaune surgit à la Guyane sous les allures de la plus gigantesque des épidémies, tandis qu'au dehors, à Surinam et au Para, la maladie faisait également explosion.

Elle débute le 18 mai 1855, sur rade de Cayenne, par le ponton-hôpital le *Gardien*, ci-devant la *Durance*, consécutivement, a-t-on dit, à sa contamination par une tapouye venue de Surinam ou du Para.

Mais, outre que la preuve de cette contamination n'a jamais été faite en toute certitude, que même au dire de Saint-Pair⁽¹⁾, « aucun navire n'était arrivé des pays envahis par l'épidémie », que le *Gardien* lui-même venu directement de Brest à Cayenne, n'avait eu « aucune communication avec ces régions », l'apparition presque simultanée de la maladie, en rade et à terre, sur un matelot de l'avisio le *Flambard* et un infirmier de l'hôpital, en dehors de toute relation avec le *Gardien*, n'est pas sans infirmer l'hypothèse de son importation.

A telles enseignes, le docteur Saint-Pair fut conduit à considérer la maladie comme véhiculée par l'atmosphère ambiante de Surinam et du Para, à tous les points de la colonie, au hasard des courants aériens et des prédispositions.

Il nous paraît plus vraisemblable de penser que les matelots du *Gardien* et du *Flambard*, éminemment prédisposés à la contagion par leur défaut d'acclimatement et leurs relations incessantes avec la terre, ont puisé les germes de leur affection dans le milieu urbain où, en 1851 encore, sévissait la fièvre jaune.

(1) Rapport du 2^e trimestre 1855.

Quoi qu'il en soit de cette origine, du chef-lieu où elle a pris naissance et s'est rapidement développée, la maladie ne tarda pas à se généraliser.

Le 10 juin 1855, elle est aux îles du Salut, dans le Nord-Ouest; le 24 du même mois, à l'Îlet-la-Mère, dans l'Est; le 10 août, à Sainte-Marie-de-la-Comté, dans le Sud; le 5 octobre, à Saint-Georges-de-l'Oyapock, dans l'Est encore; en août 1856, enfin, aux extrémités Est et Ouest de la colonie, à la Montagne d'Argent, et à Mana, ainsi que sur les rives de l'Organabo et de Sinnamary.

En moins de dix-huit mois, la colonie tout entière est envahie et décimée!

Les nécessités du ravitaillement, partant la contagion vive ou morte, par l'homme et les choses, au contraire de la voie atmosphérique tant prônée par Saint-Pair, sont manifestement les principaux facteurs de cette expansion régionale dont les victimes de choix sont les non-acclimatés.

Mais entre temps aussi, sur ces foyers primordiaux, les arrivages de la métropole se succèdent, les mutations se poursuivent, les victimes se renouvellent sans cesse et chaque apport humain est l'objet de la plus cruelle recrudescence.

Entassés pêle-mêle sur les pénitenciers, dans des conditions indignes de l'humanité, forçats, soldats, médecins, religieuses, prêtres, jésuites, fonctionnaires et colons succombent incessamment côte à côte, sous les atteintes réitérées du fléau. Et ainsi, pendant plus de deux ans, à tous les coins de la Guyane, ce fut une hécatombe générale!

Sur un effectif moyen de 6,288 Européens de toutes conditions, répartis sur les différents points de la colonie, du 18 mai 1855 au 14 décembre 1856, il y eut, d'après Saint-Pair, 3,754 cas de fièvre jaune donnant 1,721 décès, soit 27.2 p. 100 de l'effectif, sans compter quelques décès parmi les individus de race colorée et spécialement les Hindous qui venaient d'arriver à la Guyane⁽¹⁾.

Le dernier décès de 1856 eut lieu le 14 décembre.

⁽¹⁾ D^r SAINT-PAIR, Rapport du 2^e trimestre 1855.

1857. — En 1857, la maladie perdant de sa virulence passe de l'état épidémique à l'état endémo-épidémique, en frappant toujours de préférence les nouveaux venus.

Les cas isolés et mortels de *vomito negro* alternent avec des bouffées de prétendues fièvres d'acclimatement, bilieuse ou inflammatoire qui ne sont pour Chapuis et nombre de médecins traitants que des formes légères du typhus amaril dont elles offrent le début classique.

Les pénitenciers des îles du Salut, de la Comté, de la Montagne-d'Argent, de Saint-Georges-de-l'Oyapock, mais par-dessus tout le chef-lieu et l'avisso à vapeur le *Vautour* sont, de ce chef, les plus éprouvés.

Le bilan approximatif de l'année ne comporte pas moins de 150 cas et 30 décès dont environ 100 cas et 20 décès au chef-lieu.

La grippe apparaît sur les entrefaites et, bien que frappant les indigènes et les acclimatés, n'est pas sans subir l'influence de la constitution amarile régnante.

1858. — La physionomie de l'année 1858 reste la même, à cette différence près que la fréquence de la maladie y est plus grande.

Les cas avérés de *vomito* se retrouvent à côté de bouffées de cas frustes ou mortels de fièvres inflammatoire, bilieuse ou d'acclimatement.

Chapuis insiste sur leur identité avec la fièvre jaune :

Au déclin, comme au début de la maladie, dit-il, on hésite à donner le nom de fièvre jaune à ces cas qui, tout en retraçant une image presque complète de la maladie, la présentent tellement affaiblie qu'aucun médecin ne se décide à lui donner son véritable nom. . . De là naissent ces expressions plus ou moins défectueuses de fièvre inflammatoire lorsque l'on considère les symptômes de début, de fièvre d'acclimatement lorsque l'on veut exprimer qu'elle ne frappe que les nouveaux arrivants. Toutes ces désignations ne doivent être acceptées que pour ce qu'elles valent, sans prendre rang dans le cadre nosologique.

Relativement peu fréquente au chef-lieu, et sur les pénitenciers de la Montagne-d'Argent et de l'Îlet-la-Mère, la maladie

atteint aux Îles, surtout pendant le second semestre, les proportions d'une véritable épidémie.

Il s'agit, en l'espèce, d'un réveil d'endémicité suscité par l'arrivée récente, sur l'*Adour* et la *Seine*, d'importants convois de transportés et de troupes. C'est à ces nouveaux venus aux Îles que s'attaque surtout la maladie, soit qu'ils y demeurent, soit qu'ils ne fassent qu'y passer, auquel cas ils l'apportent à Cayenne.

Mais les acclimatés eux-mêmes finissent par payer tribut à la maladie, d'aucuns malgré un long séjour dans la localité, d'autres à leur venue récente au chef-lieu.

N'était-ce la précaution qu'on prit ensuite de ne plus y débarquer comme par le passé les arrivants et de les répartir sur les autres pénitenciers apparemment indemnes, on eût vraisemblablement assisté à une redoutable explosion.

On releva en définitive au passif de l'année 1858, tant parmi le personnel libre que parmi les transportés, un bilan approximatif de 200 cas et 51 décès.

La mortalité aux Îles fut de 30 p. 100.

1859. — En 1859, la maladie n'existe plus dans la colonie qu'à l'état sporadique. Elle disparaît apparemment du chef-lieu et reste cantonnée aux Îles.

31 cas nouveaux, 7 décès sont observés pendant le premier semestre, tant parmi le personnel pénal que le personnel libre.

A ce moment, la maladie rayonne des Îles sur le nouveau poste de Saint-Laurent par 3 cas rapidement mortels.

Pendant le second semestre, les cas avérés font place aux rémittentes bilieuses, aux ictères, aux embarras gastriques ou aux fièvres éphémères.

1860. — La caractéristique de l'année 1860 est la prédominance continuelle des fièvres communément étiquetées bilieuses, mais qui ne sont au fond que des formes bâtarde et insidieuses d'amarilisme.

Des autopsies faites avec soin, dit Chapuis, en parlant des cas observés à Cayenne, nous permettent d'affirmer qu'on ne trouve aucune lésion

caractéristique de l'appareil biliaire qui justifie la dénomination de fièvre bilieuse. La lésion principale est évidemment une altération du sang. La fibrine se rencontre sous forme de caillots ambrés dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux. Il y a pléthore aqueuse dans tous les tissus que le sérum colore en jaune. Les ecchymoses, les pétéchies, les congestions hypogastriques, se forment avec une grande facilité; on trouve les muqueuses de l'intestin et de l'estomac couvertes d'arborisations et leur cavité remplie d'un liquide noirâtre semblable à de la gelée de groseille. Enfin, rien ne justifie le nom de bilieuse donné à ce genre de fièvre, qui se rapproche beaucoup de la fièvre jaune ⁽¹⁾.

A la Montagne-d'Argent, la maladie offre les mêmes caractères. Au sein d'une tendance manifeste à la perniciosité, surgissent 3 cas mortels.

Les caractères ne sont pas tellement tranchés, dit le médecin, qu'on puisse y voir une rémittente bilieuse ou un ictère grave. Il n'y a pas eu de vomissements noirs. Les hémorragies passives n'ont eu lieu que dans un seul cas. A l'autopsie on a trouvé une coloration jaunâtre du foie, du pus dans les urines, quelques épanchements séreux, de l'injection des muqueuses stomacale et intestinale, mais pas de matières noires. Cependant, on se range au diagnostic de fièvre jaune.

1861. — En 1861, la maladie sévit encore à l'état sporadique sur différents points de la colonie, à la Montagne-d'Argent, à l'Îlet-la-Mère, à Cayenne.

Il s'agit, en l'occurrence, de prétendues fièvres bilieuses auxquelles Chéron reconnaît « communément tous les signes qui en temps d'épidémie les eussent fait ranger sans hésiter parmi les fièvres jaunes les mieux caractérisées; . . . la plupart des symptômes d'une véritable fièvre jaune sporadique »; et c'est en raison seulement de cette sporadicité qu'on les baptise du nom de « fièvre bilieuse ».

Cependant, au jugé des relations de l'époque, ces fièvres n'auraient pas été précisément rares, notamment pendant les deuxième et quatrième trimestres et l'année entière ne fournit pas moins de 20 cas et 8 décès.

(1) CHAPUIS, Rapport du 3^e trimestre.

1861-1872. — De 1861 à 1872, il n'existe pour ainsi dire pas d'année où on ne trouve dans les archives de l'hôpital de Cayenne quelques cas sporadiques et mortels de fièvre jaune.

En 1866, notamment, pendant le troisième trimestre, alors que la fièvre jaune sévissait épidémiquement à Surinam et à Demerari, on relève à l'hôpital de Cayenne une bouffée de 7 cas des plus caractéristiques.

Deux de ces malheureux malades, dit le rapport médical, sont morts au milieu des hémorragies et des vomissements noirs. Les autres sont revenus à la vie, non sans avoir été aussi malades que possible et après avoir fourni des hémorragies passives et des vomissements très colorés. . . La transportation ne s'est nullement ressentie des influences qui ont agi avec tant de violence sur les malades du personnel libre ⁽¹⁾.

La maladie ne prit aucune extension et de longtemps ne manifesta plus sa présence que sous forme de fièvre inflammatoire.

1872-1877. — Son importation de Surinam au déclin de 1872 mit fin à cette longue période d'accalmie. Dès lors, la fièvre jaune, animée d'un nouvel essor, hanta, pendant cinq ans, de ses incursions, la colonie tout entière, de Cayenne et des Îles à Kourou et au Maroni, puis du Maroni à Cayenne et aux Îles.

ÉPIDÉMIE DE CAYENNE ET DES ÎLES (novembre 1872, décembre et février 1874). — Au commencement de novembre 1872, l'état sanitaire de la ville de Surinam était plus que suspect; des cas de «fièvre grave à forme bilieuse» s'étaient montrés dans la garnison lorsque la goélette la *Topaze*, faisant le service du courrier local et partie de Cayenne le 7, vint au mouillage de la rade.

Après trente-six heures de séjour en libre pratique, elle effectua son retour vers Cayenne.

Le sixième jour de la traversée, le pilote, qui avait été à terre à Surinam, tomba gravement malade et dut être débarqué à l'île Royale le 18.

(1) Rapport médical du 3^e trimestre (in *Arch. de l'hôpital de Cayenne*).

Le septième jour, la goélette arrive à Cayenne et le 22, soit six jours après le pilote, un matelot fut pris de fièvre et hospitalisé à terre.

Le 24, la *Topaze* reprend la mer, portant à l'île Royale une compagnie d'infanterie de marine, ramène le 27, à Cayenne, la compagnie des Îles et en moins de douze jours, du 28 novembre au 10 décembre, envoie à l'hôpital 12 hommes.

Sur un équipage de 17 hommes, elle en eut ainsi 14 en traitement, et sur ces 14, 2 succombèrent le 4 et le 5, après avoir vomé noir et présenté tous les signes de la fièvre jaune.

Par suite de ces circonstances, l'épidémie se constitue simultanément aux Îles et au chef-lieu.

Au chef-lieu, elle procède, jusqu'en décembre 1874, d'une façon insidieuse, sans explosion brusque, par cas isolés, bénins ou mortels, répartis en nombre peu considérable au cours de chaque mois, si ce n'est toutefois, de décembre 1873 à février 1874, où, sous les allures typhoïdes, elle frappe sérieusement plusieurs compagnies nouvellement débarquées, et en août 1874, où elle présente une recrudescence des plus caractérisées.

Au 27 août 1874, date du dernier décès et à partir duquel la maladie diminue rapidement, son bilan, non compris les formes typhoïdes, se chiffre par 112 cas et 49 décès, ceux-ci fournis : 10 par les transportés européens et arabes, 39 par le personnel libre, parmi lesquels une religieuse de l'hôpital, plusieurs matelots et nombre de militaires.

Aux Îles, l'épidémie débute, le 28 novembre 1872, par 2 cas sur les hommes de l'infanterie de marine qui sont venus de Cayenne à l'île Royale par la *Topaze*; se poursuit insidieusement en décembre par 10 cas isolés, d'aucuns mortels, en sortant quelque peu de la garnison; fait explosion en janvier, où l'on note 30 cas, et jusqu'en février, où ont lieu 2 autres cas; sommeille pendant huit mois en ne donnant lieu qu'à des cas bénins et frustes; se réveille de nouveau en novembre et décembre 1873 et février 1874 par 13 cas et 6 décès, tant parmi les troupes que parmi le personnel de la transportation, et repasse à l'état latent.

Son bilan, depuis le 28 novembre 1872, atteint alors le

chiffre de 57 cas et 26 décès, pour la plupart parmi les troupes et les marins, tandis que la transportation reste à peu près indemne.

IRRADIATION DE CAYENNE À KOUROU (février 1873). — En février 1873, la garnison des Îles envoya à Kourou un détachement de 15 hommes, qui fut aussi éprouvé que la portion demeurée à l'île Royale et présenta 15 cas et 4 décès.

IRRADIATION DE CAYENNE À L'ÎLE SAINT-JOSEPH (juillet 1873). — En juillet 1873, alors que la maladie sommeillait à l'île Royale, une compagnie fut envoyée du chef-lieu à l'île Saint-Joseph pour diminuer l'encombrement de la caserne. Cette île recevait aussi les convalescents sortant de l'hôpital de Cayenne. Aux mois de juillet et d'août, la fièvre jaune y donna lieu à quelques cas et à 2 ou 3 décès.

IRRADIATION DE CAYENNE AU MARONI (1874 à 1878). — En janvier 1874, alors que la fièvre jaune donnait encore lieu aux Îles à des bouffées et qu'elle avait fait place au chef-lieu à cette prétendue fièvre typhoïde qui n'était que de la fièvre jaune bâtarde, la maladie apparut sur les pénitenciers du Maroni.

C'était la seconde fois qu'elle s'y montrait.

Désormais, elle y restera, pour le moins à l'état endémio-épidémique, aussi longtemps que sa nature sera méconnue et qu'elle ne sera pas l'objet de mesures prophylactiques.

Son apparition suivit l'envoi de couvertures destinées aux transportés. Aussi est-ce presque exclusivement parmi eux, pour la plupart acclimatés cependant, qu'elle sévit au début en donnant lieu, dans le seul mois de janvier, à 43 cas et 18 décès. Plus tard, elle s'étendit au personnel libre, en particulier à la garnison.

En moins de trois mois, du 1^{er} janvier au 16 mars, il y eut 126 cas et 55 décès, savoir 107 cas et 51 décès chez les transportés arabes et européens, 19 cas et 4 décès parmi le personnel libre.

Les transportés arabes comptèrent 57 cas, 36 décès; les transportés européens 50 cas, 15 décès.

Pendant toute cette période de suractivité, la maladie fut aussi caractérisée que possible.

L'aliment venant quelque peu à manquer, la détente ne pouvait que suivre et pendant près de trois mois, du 16 mars au 16 juin, on note une accalmie absolue.

Mais par la suite, aussi souvent que l'élément européen se renouvelle, la maladie se réveille, sévit avec ténacité, non sans se modifier toutefois au contact des conditions du milieu.

Il lui faut désormais compter avec le paludisme, dont la fréquence et l'intensité augmentent sans cesse du fait des défrichements; avec les complications typhoïdes encore, qui trouveront dans «l'encombrement et les épouvantables conditions de l'alimentation d'alors : farine avariée, viande exécrable provenant d'animaux non seulement fatigués mais malades et souvent même morts de maladie» (Maurel)⁽¹⁾ des conditions propres à leur développement.

Et alors, suivant son degré d'intensité, ses allures plus ou moins franches, variables d'une année à l'autre, elle donnera lieu à des interprétations différentes. De là, les noms de fièvre rémittente typhoïde (Dupont), de fièvre bilieuse, rémittente bilieuse, récurrente (Maurel), bilieuse grave (Infernet), enfin, de fièvre bilieuse inflammatoire (Burot) qui lui ont été tour à tour attribués par les différents chefs de service qui se sont succédé au Maroni, et qui correspondent à des formes anormales, frustes et bâtardes du typhus amaril.

Le fond commun de toutes ces prétendues entités nosologiques est l'amarilisme plus ou moins atténué, reconnaissable à sa prédilection pour les non-acclimatés, pour les jeunes sujets de la garnison, pour ceux séjournant dans le centre pénitentiaire et non dans les villages; à sa brutalité et à ses symptômes inflammatoires du début; à sa durée, à sa convalescence, à l'immunité qu'il confère contre la fièvre jaune caractérisée.

D'ailleurs, pendant toute cette période, les cas types de fièvre jaune classique alternent avec ces autres formes de la maladie

(1) Cité par ORGEAS, *loc. cit.*, p. 53.

et témoignent de la présence et de l'activité incessantes des germes amarils dans la localité.

Le 23 mai 1874, une compagnie de 95 hommes comptant huit mois de Guyane, débarque au Maroni, venant des îles du Salut où il n'y avait plus de fièvre jaune. Du 6 au 30 juin, ils sont presque tous atteints de la « rémittente typhoïde » et l'un d'eux succombe le 14, après six jours de maladie dont quatre d'hospitalisation.

Or, le 7 juillet suivant, un Arabe meurt de « fièvre jaune » (*sic*); bientôt après, deux militaires sont enlevés de la même affection; enfin, pendant le second semestre, la garnison fournit encore trois décès de même nature. Aucun de ces hommes n'avait été atteint par la « rémittente typhoïde » régnante. La jaune épargne, au contraire, ceux que cette dernière a frappés.

Après être restée quatre mois à l'état sporadique, la maladie régnante trouvant un aliment dans le changement de garnison présente, du 24 mai au 1^{er} octobre, une nouvelle recrudescence de caractères si tranchés que le docteur Alavoine n'hésite pas à lui donner son vrai nom de fièvre jaune.

Le bilan de ces cinq mois se chiffre par 5 cas et 4 décès en juin; 6 cas et 6 décès en juillet; 10 cas et 5 décès en août; 4 cas et 3 décès en septembre, soit au total 25 cas et 18 décès dont 18 cas et 13 décès parmi la garnison.

Des cas isolés furent observés pendant le 4^e trimestre.

En 1876, la maladie sévit avec plus d'intensité encore, frappant tous les nouveaux venus et en particulier les soldats et les transportés.

« Le typhus récurrent » et la « typhoïde bilieuse » de Maurel alternent avec des cas avérés de typhus amaril. Ainsi la « typhoïde bilieuse » disparaît, d'après l'auteur, pendant les mois de novembre et décembre 1876, pour laisser la place à des cas de rémittente bilieuse et de typhus amaril.

Alors, la maladie est si caractérisée, tant par sa prédilection pour les nouveaux venus que par sa physionomie clinique, que le docteur Infernet, successeur du docteur Maurel, tout en la qualifiant de fièvre rémittente bilieuse grave, lui reconnaît tous les symptômes de la fièvre jaune.

56 transportés européens, dits élèves concessionnaires, arrivés à la Guyane en février 1876, sont de juin au 1^{er} décembre pour la plupart frappés et fournissent 32 décès.

34 condamnées européennes, destinées à être mariées à des transportés concessionnaires et arrivées à la Guyane en mars 1876, fournissent pendant les troisième et quatrième trimestres 11 décès, 4 dans le troisième, 7 dans le quatrième.

Les anciennes femmes acclimatées ne présentent au contraire aucun décès.

Pendant le mois d'octobre, 37 soldats entrent à l'hôpital et 2 succombent.

Trois femmes arabes envoyées au Maroni pour y être mariées furent alors atteintes, vingt jours après leur arrivée, de la prétendue fièvre bilieuse; l'une d'elles mourut au bout de trois jours de maladie, après avoir présenté, d'après le docteur Infernet⁽¹⁾, une teinte ictérique, des vomissements noirs, des hémorragies passives.

Du 20 au 29 décembre, un surveillant militaire et sa femme, à peine arrivés de France, sont enlevés par la maladie, le premier après trois jours, la seconde après neuf jours d'hospitalisation.

Tous les deux, d'après le docteur Infernet, moururent de rémittente bilieuse grave, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques du typhus amaril (*sic*).

En 1877, la maladie redevenue fièvre typhoïde, rémittente bilieuse, avec la reprise de service du docteur Maurel, continue à faire nombre de victimes sous les allures les plus classiques du typhus amaril. Cependant, elle en fait moins qu'en 1876, parce que l'aliment fait défaut. La plus grande partie du personnel présent au Maroni en 1877 a été, en effet, atteinte plus ou moins légèrement par l'affection régnante et possède l'immunité.

Tel fut le cas de la compagnie d'infanterie qui était au Maroni pendant le premier semestre 1877; elle avait déjà fait un premier séjour sur ce pénitencier, dix-huit mois auparavant,

(1) Rapports médicaux.

en 1875, et y avait été sévèrement éprouvée par la fièvre jaune.

La maladie ne trouve, en fait d'aliment, que quelques nouveaux venus, remplaçants obligés des décédés, ou des personnes qui ont traversé les épidémies précédentes sans avoir été atteintes : elle en fait comme toujours sa proie.

Dans le courant du mois de janvier, les principaux membres du personnel libre de la colonie pénitentiaire, le curé, l'instituteur, le mécanicien et le comptable de l'usine sont enlevés. Le capitaine de la compagnie fut à deux doigts de sa perte, le lieutenant non moins gravement atteint. En mars, un médecin fut enlevé.

Tous ces sujets étaient des nouveaux venus.

En mai, deux soldats, dont le planton du capitaine, qui avaient traversé l'épidémie de 1875 sans contracter la maladie, sont enlevés de prétendue fièvre rémittente bilieuse.

Dans le courant du troisième trimestre, les femmes du convoi de 1876, restées indemnes, sont atteintes à leur tour. Les cas deviennent alors plus fréquents. Parmi la troupe, plusieurs plantons au service du capitaine se succèdent à l'hôpital; on enregistre 4 décès de personnes libres; on voit même des coolies qui descendaient des placers du Haut-Maroni, contracter la maladie à Saint-Laurent.

Pendant le quatrième trimestre, plusieurs militaires sont encore atteints, et pour clore cette liste funèbre, au mois de décembre, une sœur de l'hôpital, arrivée dans l'établissement depuis quelques mois seulement, « présente les symptômes les plus caractéristiques de la fièvre jaune et succombe le 13 décembre ».

Avec la fin de l'année 1877, les idées sur la maladie régnante se transforment au grand profit de l'état sanitaire.

Le docteur Burot, successeur du docteur Maurel, y voit de la fièvre « bilieuse inflammatoire » et convaincu, d'après les idées de Bérenger-Féraud, de la nature amarile de l'affection et de sa contagiosité, prend l'initiative de mesures de désinfection générale sur tous les points suspects.

Depuis quatre ans que la fièvre jaune régnait au Maroni,

rien de ce genre n'avait encore été tenté. L'hôpital, la caserne, le logement du capitaine, le magasin général et ses abords, devenus le réceptacle de maints objets contaminés provenant des malades et des décédés, constituaient autant de foyers, d'où, par différentes voies, s'irradiait la maladie. Distribués au hasard de la chance, sans la moindre mesure de propreté, les objets de literie et les vêtements véhiculaient partout les germes.

Ainsi, un concessionnaire arabe de Saint-Maurice, habitant à 8 ou 10 kilomètres, ayant perçu du magasin général à Saint-Laurent les vêtements auxquels il avait droit, fut huit jours plus tard, le 8 octobre, enlevé à l'hôpital, après avoir présenté tous les symptômes du vomito, d'autre part confirmés par l'autopsie.

On décida de faire brûler les hardes laissées dans son carbet. Mais, entre temps, celui-ci fut pillé. Or, un Arabe dont la case était voisine de celle du mort, et qui avait coopéré à ce pillage, fut à son tour pris, chez lui, de fièvre avec vomissements, et, agonisant, vint, le 26 octobre, mourir à l'hôpital de Saint-Laurent, où l'autopsie révéla toutes les lésions de la fièvre jaune, y compris la présence d'un liquide marc de café dans l'estomac.

Douter, après de tels exemples, de la nature amarile et de la contagiosité de la maladie ainsi que de la nécessité de la désinfection, n'était plus permis.

En conséquence, les murs des locaux suspects furent grattés, badigeonnés au chlorure de chaux, fumigés au chlore, blanchis à la chaux. On brûla la laine et la paille des matelas qui avaient servi aux décédés; on procéda à l'ébouillantage de de tous les matelas et de tous les autres objets de literie. Les lits de fer furent lavés et passés au coaltar, les effets en magasin furent désinfectés. On veilla en ce qu'il en fût toujours fait de même, avant de remettre aux magasins les effets des décédés.

On débarrassa les abords de ces magasins des peaux de bœufs qui les encombraient dans l'attente d'un envoi à la tannerie des îles...

Consécutivement à ces mesures, l'état sanitaire de Saint-Laurent devint satisfaisant et l'année 1878 ne présenta que quelques cas bénins avec ictère et un seul décès, celui d'un soldat arrivé malade et mort douze heures après son débarquement.

A partir de 1879, la maladie s'éclipse, laissant la place au paludisme et cela jusqu'en 1886, époque à laquelle, les circonstances aidant, recommencera pour la région une nouvelle période, d'ailleurs bénigne, d'activité amarile.

La fièvre jaune a, en somme, régné au Maroni, pendant plus de quatre ans, à l'état endémo-épidémique, suivant la richesse de l'aliment qu'elle y rencontrait; frappant de préférence les non-acclimatés et en particulier ceux de la garnison; subordonnant ses allures à leur présence; d'autant plus fréquente, plus grave et plus rapidement diffusible qu'ils étaient plus nombreux; d'autant plus fruste et plus insidieuse qu'ils étaient plus rares. Or, ce fut le cas le plus général; de là sa bénignité relative.

Les décès des soldats morts au Maroni pendant cette période de quatre ans ont été à peu près tous causés par la maladie régnante, et la mortalité a varié successivement dans les proportions suivantes, pour un effectif annuel de 80 à 100 hommes :

	p. 100.
1872	Nulle.
1873	2.72
1874	6.69
1875	15.15
1876	26.08
1877	10.00
1878	1.00
1879	Nulle.

IRRADIATION DU MARONI AU CHEF-LIEU (1876). — Dans le courant de 1876, la fièvre jaune fit retour du Maroni à Cayenne, à trois reprises différentes.

Mars à mai. — Dans la première quinzaine de mars, à la suite d'un voyage au Maroni, l'avisole *Casabianca* revint à Cayenne avec plusieurs hommes de son équipage atteints de

fièvre suspecte (Texier). Ils furent envoyés à l'hôpital où l'un d'eux mourut le 14 mars.

Le cas resta isolé, et comme il était officiellement admis que la fièvre jaune n'existait pas au Maroni, on ne crut pas à de l'amarilisme. En conséquence, le *Casabianca*, prenant à son bord le Gouverneur et une compagnie d'infanterie de marine, partit le 27 mars, en mission pour Sainte-Marie-de-Belem, au Para, où se trouvait alors l'empereur du Brésil.

Il y arriva le 2 avril et, l'état sanitaire de la localité étant satisfaisant, y séjourna en libre pratique jusqu'au 9, l'équipage demeurant constamment à bord et la compagnie d'infanterie, au contraire, descendant à terre.

Du 9 au 13, le navire effectua son voyage de retour et, tandis que l'infanterie de marine restait absolument indemne, 15 hommes de l'équipage furent atteints de la même fièvre suspecte que ci-devant, c'est-à-dire de fièvre jaune, et l'un d'eux en mourut.

Il était évident que la maladie, contrairement à l'opinion généralement admise, ne venait pas du Para, mais qu'elle avait pris naissance à bord du *Casabianca*, consécutivement aux premiers cas relevés à son retour du Maroni.

Une quarantaine de sept jours au lazaret du Larivot fut imposée, sous la surveillance et les soins d'un médecin, aux malades du *Casabianca* qui tous guérirent et rejoignirent leur bord.

Les personnes valides furent soumises à une quarantaine d'observation de trois jours à l'Îlet-la-Mère, où l'équipage put descendre tandis que le navire fut succinctement désinfecté.

Le 22 avril, néanmoins, cinq jours après la levée de la quarantaine, 5 hommes de l'équipage furent hospitalisés pour fièvre et bientôt 2 succombèrent, le 24 et le 28, de « fièvre jaune » classique, tandis que la maladie faisait à bord de nouvelles victimes.

Renvoyé à l'Îlet-la-Mère, pour y être isolé et désinfecté, le navire y débarqua son équipage et ses malades, tandis que l'épidémie s'y constituait définitivement.

Sur 66 hommes du rôle, officiers compris, il y eut 55 cas,

et 14 décès ainsi répartis : sur 4 officiers, 3 cas : sur 8 maîtres, 7 cas dont 4 mortels ; sur 54 hommes, 45 cas dont 10 suivis de décès. De ces 54 hommes, 15 avaient un an de séjour ; ils fournirent 11 malades et un décès ; 36 avaient trois mois de séjour, ils présentèrent 34 malades et 9 décès.

L'épidémie du *Casabianca* prit fin avec les derniers décès, le 26 mai.

Le navire lavé, gratté, fumigé, fut admis à la libre pratique le 16 juin et, peu après, rentra en France sans avoir fourni d'autres cas⁽¹⁾.

Malgré la quarantaine sommaire à laquelle avaient été soumis les passagers du *Casabianca*, à son retour de Belem, et l'envoi de ses malades à l'hôpital, l'épidémie ne prit à Cayenne aucune extension, ni à l'hôpital, ni en ville, ni à la caserne.

En novembre 1876, elle y réapparaît à la suite d'une deuxième importation du Maroni.

Un jeune médecin de 2^e classe, le docteur R... qui, au dire du docteur Hache, cité par Orgeas⁽²⁾, avait reçu d'un collègue de Saint-Laurent, où la fièvre jaune était en recrudescence, une caisse contenant des peaux tannées et préparées sur ce pénitencier, succomba consécutivement, à l'hôpital de Cayenne, à une pyrexie caractérisée tour à tour : d'insolation, de fièvre rémittente bilieuse, et finalement de « fièvre jaune ». Le cas resta isolé jusqu'au 17 décembre.

En décembre 1876, la maladie vint encore du Maroni à Cayenne par plusieurs intermédiaires.

Deux ingénieurs français des placers du Haut-Maroni, provenant de Saint-Laurent par le vapeur local *Maroni*, succombèrent l'un le 17, l'autre le 21, après peu de temps de séjour dans la colonie, avec tous les symptômes de la fièvre jaune classique.

D'autre part, plusieurs sœurs de Saint-Joseph de Cluny, étant également descendues du Maroni avec des caisses contenant notamment des fleurs en plumes à l'adresse de la supé-

(1) Rapports divers.

(2) ORGEAS, p. 62 à 65.

rière, M^{me} Chantal (docteur Hache), celle-ci qui venait d'arriver de France fut atteinte le 28 décembre et succomba le 31, au couvent de la ville.

Ces cas d'importation furent, après une accalmie de vingt-trois jours, le signal d'un réveil épidémique.

Le 23 janvier 1877, en effet, une sœur de Saint-Joseph de Cluny tomba frappée dans le couvent de la ville où était morte la Supérieure et y succomba le 27.

Le 28, un caporal d'infanterie de marine entra à l'hôpital malade depuis un jour ou deux, et succombait le 29 au soir.

Un sergent vint après et, en février, l'explosion devint générale.

Elle acquit toute son intensité de février à mars inclusivement, entra en décroissance en juin, ne fournit aucun décès en août, présenta une accalmie complète du 10 août au 6 septembre, donna lieu en septembre, à dix-sept jours d'intervalle, le 6 et le 23, à deux cas et un décès, et prit fin le 5 octobre par deux cas bénins.

Du mois de novembre 1876 au mois d'octobre 1877, limites extrêmes de cette période épidémique, on enregistra à l'hôpital 154 cas et 36 décès, savoir : 147 cas et 33 décès parmi le personnel libre, y compris 3 sœurs; 5 cas et 2 décès parmi les transportés; 2 cas et 1 décès fournis par des Hindous. On compta d'autre part, en ville, 5 cas et 5 décès. Soit, en résumé, un total de 159 cas et 41 décès, en l'espace de douze mois.

IRRADIATION DE CAYENNE AUX ÎLES (1877). — Tandis qu'en avril 1877 la fièvre jaune battait son plein à Cayenne, elle faisait irruption aux Îles dans des circonstances restées célèbres.

C'était le temps où la transportation, malgré ses perpétuels échecs, donnait encore l'illusion d'une institution moralisatrice, par le travail, la propriété, la religion et la famille; où, par ses soins maternels, au souci de la transformation du forçat en colon laborieux et honnête, et en père de famille éducateur, s'alliait celui de la conversion de son âme et de la fusion des races; où l'islamisme, le fétichisme et le bouddhisme abjurant l'hérésie courbaient le front sur les fonts baptismaux, et s'unis-

saient au catholicisme par-devant l'autel, dans l'espoir d'une progéniture doublement épurée; où les hauts fonctionnaires, enfin, venaient en grande et brillante pompe, témoigner par leur présence à ces cérémonies, comme seconds ou parrains, de la vive sympathie qu'ils portaient à l'œuvre de réhabilitation.

Sur les entrefaites, un transporté arabe des Îles, le célèbre Abdel-Rahman, concessionnaire doublé d'un tailleur, épris des atours d'une transportée européenne, fille chérie des sœurs, avait, du coup, abjuré l'islamisme et, lavé par les eaux du baptême, zélé néophyte, s'acheminait vers l'hyménée.

Le gouverneur L... et les hauts fonctionnaires conviés à la noce s'y rendent musique en tête, et avec eux la fièvre jaune pénètre aux Îles!

La fête allait coûter à la France d'innombrables et innocentes victimes!

En débarquant à l'île Royale, le 11 avril, l'officier d'ordonnance du gouverneur, le lieutenant C. de B... tombait malade et trois jours après, le 14, succombait avec tous les symptômes de la fièvre jaune.

«Ce jeune officier, fait remarquer Orgeas, était évidemment dans la période d'incubation de la maladie; l'exposition au soleil et la fatigue inhérentes à un voyage de ce genre agirent comme causes occasionnelles⁽¹⁾.»

La maladie se répandit rapidement, car le milieu était on ne peut plus favorable.

Une compagnie d'infanterie de marine de 127 hommes, arrivée de France depuis quinze jours, y tenait en effet garnison.

Transportée, le 30 mars, du courrier aux Îles par l'avis *Alecton*, qui, ne communiquant pas avec Cayenne, était absolument indemne de fièvre jaune et le fut toujours par la suite, cette compagnie ne pouvait être soupçonnée d'avoir puisé à bord de ce navire les germes de l'épidémie.

En moins de deux mois, à compter du décès de l'officier d'ordonnance, elle fut décimée, présenta 121 cas et 37 décès, dont ceux de 3 officiers.

⁽¹⁾ *Loc. cit.*, p. 70.

Les transportés eux-mêmes, quoique acclimatés, furent atteints en assez grand nombre et fournirent 4 décès.

Le bilan total de la mortalité du 11 avril au 10 juin, date du dernier décès, fut de 42 décès.

Cette épidémie eut pour épilogue le déplacement du gouverneur.

Tandis que l'épidémie touchait sur terre à son déclin, un brick norvégien allant du Para à Londres relâchait aux Îles avec la fièvre jaune à son bord. Déjà sur 7 hommes du rôle, deux d'entre eux, le capitaine et un matelot, avaient succombé aux atteintes de la maladie, l'un avant, l'autre après le départ de Sainte-Marie-de-Belem. Trois autres matelots furent bientôt enlevés aux Îles et l'équipage resta réduit à deux unités.

Cette épidémie nautique n'eut aucun retentissement à terre, grâce aux mesures sévères de prophylaxie prises en l'occurrence.

1878-1884. — De 1878 à 1884, on ne trouve plus trace de la fièvre jaune à la Guyane, si ce n'est sous forme de fièvre inflammatoire bilieuse plus ou moins grave et de fréquence variable. La maladie y sommeille donc pendant toute cette période, du fait, vraisemblablement, de l'amointrissement de sa virulence.

1884-1886. — Vers la fin de 1884, la maladie renaît de ses cendres aux Îles et, dès lors, se constitue une nouvelle période triennale de suractivité amarile caractérisée par quatre grandes explosions qui eurent successivement pour théâtre : les Îles du Salut, de novembre 1884 à juillet 1885; Cayenne, de juillet 1885 à avril 1886; les Îles encore, de septembre à novembre 1885; enfin le Maroni, d'octobre 1885 à mars 1886.

Épidémie des Îles. — La maladie prit naissance aux Îles, d'après Rangé⁽¹⁾, vers la fin de 1884, en dehors de toute importation avérée et de toute *génération spontanée*, par reviviscence de reliquats morbigènes provenant de l'épidémie de 1877.

(1) Rapport sur l'épidémie de 1885, in *Archives du Service de santé*.

L'importation fut en l'occurrence controuvée par l'enquête la plus minutieuse. Pendant tout le quatrième trimestre, les îles du Salut n'avaient été fréquentées que par des goélettes et des stationnaires venus de Cayenne aux fins du ravitaillement et par des navires de l'État arrivés de France et des Antilles. Aucune de ces provenances ne put être suspectée : l'état sanitaire de la colonie ainsi que celui des Antilles était, de notoriété publique, aussi satisfaisant que possible et non moins celui des équipages. La maladie était donc née sur place.

Or, sur ces rochers arides d'ordre dioritique, à peine recouverts de quelques pouces de terre, sans cesse lavés par des pluies torrentielles et constamment balayés par le vent du large, la génération spontanée, telle qu'elle a lieu dans les grands foyers américains, était difficile à concevoir et échappait au surplus à l'hypothèse d'une influence générale cosmique, car l'île de Saint-Joseph, de constitution géologique identique à celle de l'île Royale et sur laquelle se trouvaient 130 condamnés environ, resta indemne de toute manifestation amarile pendant toute la durée de l'épidémie.

La reviviscence s'imposait donc, par voie d'élimination, comme le facteur essentiel de l'épidémie et trouva sa confirmation dans l'examen minutieux des commémoratifs.

De l'enquête poursuivie à cet effet, il résulte que la maladie prit naissance consécutivement à la mise en usage, vers septembre et octobre, d'un certain nombre de matelas confectionnés en juillet et en août, en totalité ou en partie, avec de la laine provenant de l'épidémie de 1877 et depuis conservée intacte en un grenier, sans la moindre désinfection.

La maladie débute en novembre de la façon la plus insidieuse sous forme de fébricules de deux, trois ou quatre jours, suivis d'ictère et invariablement terminés par la guérison.

En décembre 1884, en janvier et en février 1885, à côté de ces cas frustes, apparaissent de ci de là des formes plus accusées, d'aucunes mortelles.

À l'ictère s'associent, suivant le cas, des vomissements bilieux ou hémorragiques, de l'entérorragie, de la métrorragie, des épistaxis, des pétéchiés, du hoquet, du coma.

6 décès sont relevés dans ces conditions, du 14 décembre 1884 au 1^{er} mars 1885, savoir : 1 en décembre et 5 en février. Mais tous ces cas en imposent officiellement pour des accès pernicioeux ou des fièvres bilieuses.

Sur ces entrefaites, le transport *la Garonne* arrive de France aux Îles avec un convoi de condamnés qu'il débarque du 25 février au 1^{er} mars, et, dès le 4 mars, la maladie changeant d'allures devient franchement épidémique et se présente avec tous ses caractères classiques.

L'épidémie, tant par le nombre de cas que par la gravité des symptômes, atteint son maximum d'intensité du 25 mars au 8 avril, pendant le petit été de mars, en l'absence presque totale de pluies.

Elle entre en décroissance à compter du 15 mai, avec le retour des pluies, pour lors quotidiennes et diluviennes, et prend fin avec elles le 20 juillet, au moment où s'établit la saison sèche. Cette décroissance, au contraire de la période d'acmé, se caractérise par une diminution sensible du nombre des cas et des décès, une atténuation des symptômes et notamment des symptômes gastriques, une durée plus longue de la maladie. Les malades qui succombent ne sont pas emportés avec la rapidité foudroyante du début ; les cas traînent en longueur et finissent d'ordinaire par guérir.

Le bilan de l'épidémie, décompté du 22 février 1885, se chiffre par 129 cas et 44 décès.

Ce bilan se répartit, par races, entre des sujets européens, arabes et hindous, comptant moins de dix ans de séjour colonial et d'un effectif global de 373 unités.

Les Européens, les Arabes et les Coolies ayant plus de dix ans de colonie, les Noirs, les Métis et les Chinois sont, au contraire, restés réfractaires du fait, soit de l'immunité acquise, soit de l'immunité de race.

C'est, en somme, pour l'ensemble des non-réfractaires de l'épidémie, une morbidité de 34.5 p. 100, une mortalité par rapport à l'effectif de 11.7 p. 100 et par rapport aux atteints de 34.1 p. 100.

Sur ce chiffre, les Européens, au nombre de 198, ont compté

87 cas et 27 décès, représentant une morbidité de 43.9 p. 100 et une mortalité, par rapport à l'effectif, de 13.6 p. 100 et, par rapport aux atteints, de 31 p. 100.

Les Arabes, d'un effectif de 172 unités, ont présenté 39 cas et 17 décès, soit une morbidité de 22.6 p. 100, une mortalité par rapport à l'effectif, de 9.8 p. 100 et par rapport aux atteints de 43.5 p. 100.

Les Coolies non acclimatés au nombre de 3 n'ont donné que 3 cas bénins.

La répartition des atteints par temps de séjour accuse : de un mois à un an, 52 cas et 26 décès, soit une mortalité de 50 p. 100; de un an à deux ans, 63 cas et 18 décès, soit une mortalité de 28.5 p. 100; de deux ans à six ans, 14 cas sans décès.

Parmi les atteints guéris, on compte 7 femmes et 2 enfants en bas âge.

Cayenne, 1885-1886. — L'origine de l'épidémie de Cayenne a été l'objet de certaines controverses.

Considérée par Le Dantec comme «née sur place, en dehors de toute importation»⁽¹⁾ à la faveur de sécheresses extraordinaires, elle se serait, d'après Cassien, propagée des Îles par contamination, bien que la preuve de cette contamination n'ait pu être établie d'une façon positive.

L'examen minutieux des antécédents immédiats de cette épidémie porte à penser que, dès la fin de 1884, il y eut des Îles à Cayenne, malgré les mesures de prophylaxie en vigueur, une série d'importations suivies d'une exaltation lente qui aboutit, à la faveur des conditions climatériques du moment, à l'explosion de 1885.

Dans le courant de 1884, le fait est positif, 250 kilogrammes de laine provenant de matelas non désinfectés de l'épidémie de 1878 avaient été envoyés des Îles à Cayenne pour les besoins de l'hospice du camp Saint-Denis⁽²⁾.

(1) LE DANTEC, *Précis de pathologie exotique*, p. 465. Paris, 1900.

(2) RANGÉ, Rapport sur l'épidémie de 1885, in *Archives du Service de santé*.

Un peu plus tard, « avant la mise en quarantaine des Îles, alors que les cas de typhus amaril étaient encore qualifiés de fièvre pernicieuse, six convalescents furent envoyés de l'île Royale à Cayenne devant le Conseil de santé; l'un d'eux présentait encore la teinte ictérique propre aux convalescents de fièvre jaune. Ils passèrent quelques jours à Cayenne et retournèrent aux Îles pour s'embarquer sur la *Garonne* » (Cassien)⁽¹⁾.

Le chef-lieu était donc bien, dès cette époque, spécifiquement contaminé.

Consécutivement à ces apports, en 1884 et pendant le premier semestre 1885, des cas suspects, mais isolés et bénins, semblables à ceux qui avaient été observés à l'île Royale, en novembre et décembre 1884, furent constatés à Cayenne, d'après Le Dantec, cité par Orgeas. Entre autres faits corroborant cette opinion, on relève aux Archives le cas suivant relaté par Cassien :

Le 3 août 1884, un soldat d'infanterie de marine entre à l'hôpital de Cayenne avec de l'ictère, de l'anurie et des symptômes typhiques.

Il meurt le 7, quatre jours après son entrée. A l'autopsie on trouve le foie couleur feuille morte, l'encéphale congestionné, la muqueuse de l'estomac boursoufflée et parsemée de plaques hémorragiques, mais sans matière noire; le malade n'avait pas eu de vomissements pendant sa maladie, qui fut caractérisée fièvre rémittente bilieuse.

Enfin, l'épidémie de 1885 éclata avant que la libre pratique fût donnée aux Îles, chez des sujets éminemment prédisposés à la contamination du fait de leurs fonctions.

La levée de la quarantaine des Îles n'eut lieu, en effet, que le 14 septembre. Or, dès le 3 juillet, tandis que les derniers cas se produisaient à l'île Royale, un gendarme, qui était tombé malade après avoir travaillé en plein midi au jardin de la gendarmerie, entra à l'hôpital de Cayenne, atteint de fièvre continue et succomba le 7, après avoir présenté de l'ictère et des symptômes typhoïdes.

Or, les gendarmes, conformément aux dispositions sanitaires

(1) Rapport cité.

d'alors, faisaient office de gardes sanitaires à bord des goélettes chargées du ravitaillement de l'île Royale. « Les gens du pays, dit le docteur Cassien, ne nous inspirant aucune confiance comme gardes sanitaires, le gouverneur, sur notre proposition, voulut bien placer un gendarme sur chaque bateau se rendant aux Îles pour ravitailler ce pénitencier et cette mesure fut appliquée jusqu'au moment où les Îles furent mises en libre pratique, c'est-à-dire jusqu'au 14 septembre. »

Le 31 août, un caporal d'infanterie de marine qui, la veille, avait passé plusieurs heures au soleil, sur le port, pour surveiller l'embarquement des colis, entre à l'hôpital et succombe le 3 septembre après avoir eu des vomissements noirs et de l'anurie.

Il nous semble très plausible d'admettre que, dans l'un et l'autre cas, il a pu, sur les goélettes ou au port, se produire, du fait du ravitaillement, une contamination indirecte.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, les cas se montrent de plus en plus nombreux; 3 cas bénins provenant du jardin sont observés le 9, le 12 et le 13 septembre; un cas mortel venant de la caserne se produit le 16. A cette date, il n'y a plus de doute sur l'existence de l'épidémie qui est officiellement déclarée le 17, malheureusement quatre jours après la levée de la quarantaine des Îles.

Elle sévit avec intensité jusque vers le milieu de janvier 1886, en atteignant son maximum en octobre et en présentant une accalmie de quatorze jours en novembre, entra en décroissance et sembla toucher à sa fin vers le milieu de février et put être considérée comme terminée le 1^{er} avril. Le dernier décès eut lieu le 7 mars.

Son bilan à compter du 31 août s'est chiffré, rien qu'à l'hôpital militaire, par 225 cas et 101 décès.

A ces chiffres, il faut ajouter 35 cas légers soignés à la caserne et 15 décès survenus en ville, tant parmi la population blanche que parmi les gens de couleur. Ainsi le gouverneur C... arrivé à Cayenne avec sa famille le 15 novembre, au milieu de l'épidémie, eut la douleur de voir ses cinq enfants atteints et quatre enlevés dans le milieu de décembre.

Plusieurs cas non douteux de fièvre jaune, entre autres celui d'un enfant de couleur, âgé de 7 à 8 ans, mort avec tous les symptômes classiques : ictère, vomissements noirs, furent observés dans la population par le docteur Pain.

Le chiffre le plus élevé de la mortalité porta sur l'infanterie de marine qui perdit à Cayenne 17 p. 100 de son effectif et 48 p. 100 des atteints hospitalisés. La mortalité la plus faible eut lieu sur les transportés, qui ne perdirent que 16 hommes sur un effectif de 625.

Ces différences sont en rapport avec l'acclimatement.

Parmi les incidents notables de cette épidémie, nous relevons ceux relatifs à la dissémination des troupes aux environs de Cayenne, dans des villas louées ou prêtées par des particuliers et dans des cantonnements construits au bord de la mer, à Montabo et à Bourda, à 6 kilomètres de la ville.

Entreprise le 8 octobre, alors que la caserne était déjà contaminée, cette dissémination fut néanmoins suivie d'un arrêt dans la marche de l'épidémie. Mais, peu après, des cas nombreux et graves se produisirent dans les villas les plus rapprochées de la ville et jusqu'à Bourda. Seul le poste de Montabo resta indemne.

Sur les premiers points, l'indiscipline des hommes, qui venaient tous les soirs en ville se livrer à des excès de boisson, fut vraisemblablement la raison d'être de la contamination.

L'apparition de la maladie à Bourda, le 19 décembre, aurait suivi de cinq jours la venue au chalet du gouverneur, situé au centre du cantonnement, de plusieurs personnes de la ville.

Le retour des troupes effectué trop tôt, le 26 février, fut également suivi de 3 nouveaux cas dont 2 mortels.

Deuxième épidémie des Îles (17 septembre au 24 novembre 1885).

— En septembre 1885, la fièvre jaune fit retour de Cayenne aux îles dans les circonstances suivantes.

Le 15 septembre, aussitôt après la mise en libre pratique des Îles du Salut, deux jours avant la déclaration officielle de la fièvre jaune à Cayenne, alors que plusieurs cas douteux étaient déjà en traitement, un détachement d'infanterie fut

envoyé aux Îles pour relever la garnison de ce pénitencier, qui partit pour la France deux jours après.

Dès le lendemain de l'arrivée, un soldat fut atteint et mourut trois jours après. Son voisin de lit à l'hôpital, un autre soldat, prit la maladie et l'introduisit à la caserne. Il s'ensuivit une épidémie qui dura jusqu'au 24 novembre, donnant lieu sur 121 individus susceptibles à 72 cas et 18 décès, savoir : 45 cas et 8 décès parmi le personnel libre, 27 cas et 10 décès parmi le personnel pénal, équivalant ensemble à une morbidité de 58 p. 100 et à une mortalité de 25 p. 100. La garnison fut presque tout entière atteinte. Un médecin de la marine succomba lors de cette recrudescence. C'était le troisième de l'année!

Pendant cette épidémie d'octobre, la réceptivité fut plus grande et la mortalité moindre que pendant celle de mars-avril, où la proportion des décès s'éleva à 34.5 p. 100. Le temps de séjour des atteints aurait varié entre six et huit mois, sauf deux exceptions relatives, l'une à un transporté européen, infirmier d'amphithéâtre comptant dix-neuf mois de colonie, l'autre à un Arabe ayant deux ans de séjour et qui tous deux succombèrent.

Épidémie du Maroni (octobre 1885 à mars 1886). — Au commencement d'octobre 1885, la fièvre jaune apparut au Maroni consécutivement à l'envoi du chef-lieu, à l'insu de l'autorité sanitaire, d'une corvée de transportés. Elle débuta le 2 octobre 1885 et prit fin dans les derniers jours de mars 1886, après avoir donné lieu à 44 cas et 38 décès, savoir : 2 cas et 2 décès en octobre; 3 cas et 2 décès en décembre; 11 cas et 7 décès en janvier; 9 cas et 15 décès en février; 19 cas et 12 décès en mars (Cassien)⁽¹⁾.

1887-1888. — L'épidémie de 1885-1886 officiellement terminée le 1^{er} avril à Cayenne et le 22 novembre aux Îles, ne fut suivie que d'un court répit, au bout duquel la maladie réappa-

(1) Rapport in *Archives du Service de santé*.

raissant d'abord à l'état sporadique parmi les non-acclimatés, pendant la plus grande partie de 1887, se reconstitua finalement en 1888, à l'état épidémique, à la faveur probable de l'importation et de la reviviscence combinées.

Aussi longtemps que l'aliment fit défaut au chef-lieu, l'état sanitaire se maintint satisfaisant.

L'arrivée par l'*Orne*, vers la fin de septembre 1886, de la relève des troupes et de 109 transportés fut le signal, principalement chez les militaires, de « quelques états fébriles sans importance » qui furent bientôt suivis de cas sporadiques plus que suspects. La maladie évidemment n'était pas bien éteinte.

« Le 3 février 1887, raconte Cousyn, un soldat employé au jardin militaire tombait atteint de fièvre, de douleurs dans les reins, de vomissements bilieux et restait, peu de temps après son entrée à l'hôpital, soixante-douze heures sans uriner; vers le cinquième ou sixième jour de la maladie, une teinte ictérique apparut et envahit toute la surface de la peau... La convalescence s'accompagna d'une anémie profonde et prolongée.

« Le diagnostic porté fut celui de rémittente bilieuse, et de l'avis des médecins qui venaient d'assister à l'épidémie, il ne manquait à la maladie dont il s'agit que cette circonstance pour en faire un cas de fièvre jaune.

« Vers la même époque d'ailleurs, à l'hôpital, dans les salles réservées au traitement des transportés, le docteur Rangé observait quelques cas d'une affection insuffisamment caractérisée et qui pour lui n'était que de la fièvre jaune⁽¹⁾. »

Quelques jours plus tard, un chef armurier mourait après vingt-cinq jours de traitement, tant à la chambre qu'à l'hôpital, au milieu d'un complexus symptomatique à prédominance bilieuse des plus suspectes (Cousyn).

Le 14 mai, un cas identique à celui du mois de février était observé sur un soldat de la garnison du chef-lieu.

Entre temps, en mars et en avril, au Maroni, 3 cas de fièvre

⁽¹⁾ Relation de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi sur les troupes de la garnison de Cayenne de novembre 1887 à février 1888, in *Archives de la Direction d'artillerie*.

jaune bien caractérisée, sur des Arabes, étaient relevés par le Dr Lussaud à côté de plusieurs autres cas suspects, tandis qu'aux îles du Salut, pendant le premier semestre, une épidémie de «fièvre inflammatoire» atteignait la majeure partie de la garnison et causait un décès.

Au mois d'octobre, à Cayenne, on nota parmi les transportés quelques cas de fièvre grave «sur la nature de laquelle, dit Cousyn⁽¹⁾, on hésita à se prononcer, mais que l'on crut être de la fièvre jaune».

Le 25 du même mois, un sous-chef artificier qui «avait eu à souffrir du soleil» présente «des vomissements bilieux abondants, une chaleur très vive de la peau; un pouls fréquent» qui en imposent pour une «fièvre d'insolation». Le lendemain, la situation étant toujours la même, le malade est envoyé à l'hôpital où il meurt le 26, «moins de vingt-quatre heures après son entrée».

À l'autopsie on trouva «un peu de matière noirâtre dans l'estomac» mais «aucune altération caractéristique du foie, ni ictère classique».

Le doute était permis, mais il n'en restait pas moins acquis que la situation sanitaire était menaçante et une épidémie imminente.

Plusieurs causes semblent avoir contribué à la provoquer.

Ce sont la mise au grand jour de germes anciens; l'importation de germes exotiques plus virulents; des conditions météorologiques exceptionnelles, favorables à leur exaltation; enfin, des mouvements intempestifs de troupe par suite desquels la maladie trouva au chef-lieu un aliment propice à son développement.

Outre que la désinfection de la caserne, consécutivement à l'épidémie de 1884-1885, avait été insuffisante et incomplète, on procéda, en fin 1887, sans évacuation préalable des chambrées, au remplacement des poutres et des planchers du bâtiment principal par le fer et la brique : d'où reviviscence probable de germes latents. Celle-ci semble encore avoir

(1) *Loc. cit.*

procédé de l'épandage au vent de la caserne, sur la plage voisine de ce bâtiment et de l'hôpital, de déjections suspectes, car certaines recrudescentes, chez les hommes occupant le côté Est et surtout le rez-de-chaussée de la caserne, ont coïncidé avec le vent du Nord-Est soufflant de cette direction (Cousyn).

Sur ces entrefaites, à l'action de ces germes endémiques est venue s'ajouter celle plus virulente de germes d'importation.

Le 30 octobre, le courrier français arrivé de Fort-de-France avec « patente nette » et, d'après la déclaration écrite du médecin sanitaire, sans « aucun malade à bord » (Hervé), après avoir reçu la libre pratique, débarquait et dirigeait sur l'hôpital, sous « la rubrique d'embaras gastrique » (Hervé) M. de V., agent des postes.

Un officier d'artillerie l'aperçoit sur le quai attendant un moyen de transport et pour le tirer d'embaras envoie demander le cadre servant au transport des malades; un convoi de canonniers va prendre la personne dont il s'agit et la conduit à l'hôpital.

À l'arrivée, le prévôt porte sans hésiter le diagnostic de fièvre jaune et le décès a lieu le même jour à 5 heures du soir (Cousyn), au milieu des symptômes les plus solennels de typhus amaril (Hervé), corroborés le lendemain par les lésions nécropsiques.

À partir de ce moment, la maladie progresse à la faveur de circonstances météorologiques exceptionnelles caractérisées par la persistance de la saison sèche, et grâce aussi à la réceptivité toute particulière offerte par les troupes qu'elle frappe avec une prédilection marquée.

Divers mouvements, en amenant coup sur coup au chef-lieu des hommes non acclimatés, fournirent en effet à la maladie un riche aliment. Le 23 octobre, un détachement d'infanterie arrive de Kourou : huit jours après, la maladie est dans ses rangs. Le 11 novembre, une compagnie revient du Maroni : dès la fin du mois elle est frappée sévèrement. Le 26 novembre, c'est le tour d'un détachement de 20 canonniers venu des Îles au chef-lieu, dix-neuf jours après son arrivée de France, par le courrier du 7 novembre. Enfin, sur un effectif de 19 gendarmes, 14 arrivèrent directement de France pendant l'épidémie, la plupart d'entre eux le 8 décembre.

La progression de la maladie vers l'état épidémique se juge alors surtout par l'état sanitaire de la troupe qui, en novembre 1887, fournit 8 cas et 2 décès (6 cas bénins du 4 au 21; 2 cas mortels dont celui d'un artilleur du 26 au 30); en décembre, 38 cas et 2 décès, tant à l'infanterie, à l'artillerie, qu'à la gendarmerie; en janvier et février 1888, 53 cas et 20 décès (Cousyn).

En janvier, l'épidémie tout à fait constituée (Hervé) atteint son apogée; elle décline en février et prend fin officiellement le 1^{er} mars avec l'établissement des pluies.

Du 4 janvier au 1^{er} mars 1888, il y eut à l'hôpital 102 cas et 40 décès sur un effectif de 1,400 unités susceptibles existant au 1^{er} janvier, parmi lesquels 53 cas et 20 décès d'hommes de troupe, déjà cités, sur un effectif de 428; 10 autres cas et 6 décès d'employés divers; 39 cas et 14 décès de transportés sur un effectif de 962.

A ce bilan il faut ajouter 4 décès en ville et 6 autres cas bénins traités à l'infirmerie, ce qui porte à 58 cas le bilan de la troupe pendant cette période.

Les observations faites par Cousyn parmi la troupe, du mois d'octobre au mois de mars, conduisent à quelques remarques intéressantes, tant au point de vue de l'acclimatement que de l'immunité morbide.

La morbidité et la mortalité ont été, d'une façon générale, plus grandes chez les nouveaux venus que chez les acclimatés.

Sur 120 cas et 25 décès observés d'octobre à mars, parmi la troupe, tant à l'infirmerie qu'à l'hôpital, il y eut 93 cas et 10 décès à l'infanterie de marine, 17 cas et 10 décès à l'artillerie, 10 cas et 5 décès à la gendarmerie.

Or, à l'infanterie de marine où les derniers venus comptaient un minimum de six mois, la morbidité fut de 26 p. 100, la mortalité des atteints de 10 p. 100 et la mortalité par rapport à l'effectif de 2.7 p. 100. Sur les 93 cas et 10 décès, 44 cas et 4 décès appartenaient à des hommes arrivés d'août à septembre 1886; 49 cas et 6 décès à des hommes arrivés de mars à novembre 1887.

À l'artillerie de marine et à la gendarmerie qui ne comportaient que des nouveaux venus, le pourcentage de la morbidité et de la mortalité fut beaucoup plus élevé.

À l'artillerie, la morbidité atteignit 19.7 p. 100, la mortalité des atteints 58.8 p. 100, la mortalité par rapport à l'effectif 11.5 p. 100. Sur les 17 cas et 10 décès, 3 cas et 1 décès appartenaient à des hommes arrivés dans la colonie de septembre à novembre 1886; 14 cas et 9 décès à des hommes arrivés du 31 août au 31 décembre 1887 (6 en pleine épidémie, 3 deux mois avant).

À la gendarmerie enfin, composée de 14 nouveaux venus en pleine épidémie, sur 19 unités, il y a eu 10 cas et 5 décès représentant une morbidité de 52.6 p. 100, une mortalité de 50 p. 100 des atteints et une mortalité par rapport à l'effectif de 26.3 p. 100.

Un autre fait important à retenir de cette épidémie, en ce qu'il corrobore l'opinion qui fait de la fièvre bilieuse inflammatoire et de la fièvre jaune une même entité morbide, c'est l'immunité présentée par les hommes de la 36^e compagnie qui, pendant son séjour aux îles du Salut, de septembre 1886 à mars 1887, « avait eu à subir une épidémie de fièvre inflammatoire ».

Aucun des hommes atteints aux Îles, dit Cousyn, n'a eu de la fièvre jaune à Cayenne. Deux des sergents atteints au début, dont l'un mortellement, étaient les seuls que la fièvre inflammatoire avait épargnés à l'île Royale. Ces faits joints à quelques autres observés en dehors du service des troupes, sont bien près d'entraîner notre conviction.

1888-1902. — A compter de 1888 il n'y eut plus à la Guyane de grande épidémie. Mais la fièvre jaune n'en manifesta pas moins sa présence à l'état endémique.

Encore que les statistiques en fassent plus rarement mention, la fièvre inflammatoire y est à l'ordre du jour sous les rubriques les plus diverses.

Des cas avérés de typhus alternent avec elle; plusieurs bouffées sérieuses sont même observées de ci, de là.

Pendant ces périodes d'éclat, tout comme ci-devant, l'iden-

tité de la fièvre inflammatoire et de la fièvre jaune ressort une fois de plus de l'immunité dont jouissent contre cette dernière affection les sujets antérieurement atteints de la première.

Notes. — En 1888, pendant les mois de février et mars, la fièvre inflammatoire type, avec céphalalgie, épigastralgie, rachialgie, parfois ictère, souvent rechute, sévit sur la garnison.

En juin et juillet, elle devient avec un nouveau médecin de « l'embarras gastrique épidémique » (Mathé).

Sur les entrefaites, en septembre, un Arabe en traitement à l'hôpital, depuis le 8, pour kératite, était pris le 18 de fièvre intense variant de 39 degrés à 40° 5.

Jusqu'alors, écrit le médecin, j'avais pensé que ce malade était atteint d'embarras gastrique fébrile dont j'ai observé un très grand nombre de cas; mais, le 19 au matin, la fièvre étant tombée à 37° 8, le malade a été subitement pris de vomissements composés de bile et de boissons ingérées. Dans la journée, il présente en plus de l'anurie et de l'algidité, symptômes qui, malgré tous les moyens employés, persistent jusqu'à la mort, qui eut lieu à quatre heures avec une température de 36° 1 et en pleine connaissance.

A l'autopsie, les lésions trouvées chez ce sujet sont celles qui sont causées par le typhus amaril.

La similitude du début de ce cas avec les prétendus embarras gastriques au milieu desquels il a surgi, montre d'une façon péremptoire que ces derniers n'étaient autres que des formes atténuées de typhus amaril.

Consécutivement d'ailleurs, au courant du même mois, plusieurs cas de cette affection sont observés, encore que leur similitude avec « l'embarras gastrique épidémique » échappe au médecin traitant.

L'un de ces cas, celui de sa propre femme, sous des allures de fièvre typhoïde « sans aucun symptôme de cette affection (*sic*) avec localisation gastrique et quantité abondante d'albumine dans les urines » se termine par la mort.

En novembre, deux cas de « fièvre jaune », ainsi étiquetés, sont observés sur des transportés.

En 1889, de juillet à novembre, la fièvre inflammatoire type sévit encore aux Îles en atteignant le cinquième de l'effectif (Dufour).

Elle se prolonge au commencement de 1890. Encore que le médecin traitant reconnaisse parfaitement « la maladie décrite par Burot sous le nom de fièvre bilieuse, bilieuse inflammatoire ou fièvre jaune légère », qu'il en précise tous les symptômes, et qu'elle ne soit en rien influencée par la quinine, il ne tend à y voir que de la « rémittente bilieuse ».

En 1891, deux cas types sont signalés pendant les mois d'octobre et de décembre, bientôt suivis en janvier 1902 de deux décès du genre, au milieu de nombre d'autres cas moins caractérisés.

En 1893, le médecin-major du poste, dans son rapport de fin d'année, estime en définitive que « la fièvre jaune peut être considérée comme étant à l'état latent sur ce pénitencier ».

Elle l'est encore à notre avis.

Cayenne. — A différentes reprises, on nota à Cayenne chez des nouveaux venus des épidémies d'embarras gastrique, de fièvre d'acclimatement, de rémittente bilieuse.

L'année 1901, qui précéda la récente épidémie de fièvre jaune, fut féconde en exemples du genre qu'accompagnaient, de ci, de là, des douleurs lombaires, de la céphalalgie, de la photophobie, des épistaxis. D'aucuns en imposent pour une insolation, d'autres pour de l'ictère grave.

Les atteints demeurés dans la colonie présentent lors de l'épidémie de 1902 une immunité relative ou absolue.

Maroni. — Depuis 1887, la fièvre bilieuse inflammatoire se retrouve presque constamment, plus ou moins fréquente, dans les statistiques et rapports trimestriels de la région du Maroni dont elle surcharge la morbidité et même la mortalité.

En 1894, la région de Saint-Laurent du Maroni est le théâtre d'une véritable recrudescence d'amarilisme. La « fièvre inflammatoire » plus fréquente et plus grave se manifeste par bouffées sous des allures insolites. On craint une épidémie et

des mesures quaranténaires sont exercées contre les provenances du Maroni. Mais elles sont bientôt rapportées devant le caractère peu accusé et la faible extension de la maladie. Celle-ci, cependant, continue à sévir pendant plusieurs mois et encore que désignée sous les vocables de fièvre bilieuse inflammatoire, de rémittente spécifique, d'ictère grave, elle n'en présente pas moins, au triple point de vue épidémiologique, clinique et nécropsique, une identité complète avec la fièvre jaune.

La maladie, en effet, a une prédilection marquée pour les non-acclimatés; elle est contagieuse, immunisante; s'accompagne souvent de vomissements noirs et cause nombre de décès.

J'ai à cet égard, écrit Noblet, des souvenirs très précis. Revenu pour la seconde fois à Saint-Laurent, le 3 octobre 1894, alors que la quarantaine était levée depuis longtemps, je me rappelle nettement avoir, d'octobre 1894 à janvier ou février 1895, traité et trop souvent autopsié nombre de malades qui ne m'ont jamais permis de conserver le moindre doute sur l'identité de nature de la bilieuse inflammatoire et du typhus amaril.

Le médecin-major du pénitencier, le docteur Lardy, se faisait si peu d'illusion sur le caractère de la maladie qu'il n'hésita pas à reconduire sa famille à la Guadeloupe dès que les autopsies lui parurent démonstratives. Je pourrais, dans ma clientèle personnelle, citer le cas de l'enfant d'un commis des travaux, M. Ton, nouvellement arrivé dans la colonie, qui, après quatre jours de fièvre continue traitée à domicile, eut un vomissement noir caractéristique à la suite de quoi je l'hospitalisai d'office.

Rentré chez ses parents, au bout de quelques jours, en convalescence, il contamine sa mère qui meurt rapidement emportée par le même mal.

Vers la même époque, sans parler des hommes de catégorie pénale qui succombent à cette fièvre dite *inflammatoire* et pour ne mentionner que les malades restés présents à ma mémoire, disparaissaient, après quelques jours de maladie, une jeune sœur de Saint-Joseph de Cluny, les surveillants militaires Grof et Ravert, le magasinier Herm, tous avec les mêmes symptômes, les mêmes lésions nécropsiques et présentant cette particularité commune qu'ils étaient arrivés depuis peu dans la colonie.

C'est d'ailleurs à cette époque que je fus atteint d'une bilieuse inflammatoire classique à laquelle je suis en droit d'attribuer l'immunité qui m'a permis de traverser impunément la récente épidémie⁽¹⁾.

La Forestière. — D'octobre à décembre 1897, le territoire de la r el egation, de Tollinche à la Forestière, fut à son tour le théatre d'un important réveil d'amarilisme.

Associée ou non au paludisme dont l'influence est prédominante dans ces régions, la maladie en impose pour une épidémie de fièvre « rémittente bilieuse » jusqu'au jour où « deux cas non douteux », hospitalisés à Saint-Jean et à Saint-Laurent, en révèlent la véritable nature. La région est alors mise en quarantaine.

Les conditions toutes spéciales de milieu et d'existence habituelles au personnel des chantiers, sans cesse exposé sous bois aux émanations marécageuses; la prédominance d'un état fébrile gastro-bilieux précoce, avec léger ictère des conjonctives et de la peau, parfois même avec hématurie légère (4 cas), sans rémission thermique notable, militaient incontestablement en faveur du paludisme. Et il est même intéressant de noter que l'un des deux cas de typhus déclarés « non douteux » par le médecin traitant, lui en a imposé au début pour une « fièvre bilieuse hématurique »⁽²⁾.

Mais l'empreinte de l'amarilisme, encore que communément ébauchée, ressort non moins de maintes particularités.

Ainsi, la maladie frappe presque exclusivement les transportés du dernier convoi, par conséquent les non-acclimatés⁽³⁾.

Elle tire sa plus grande fréquence et sa plus grande gravité du milieu confiné et nauséabond de la scierie, au sous-sol encombré de sciure de bois humide et moisie, souillé de boue noirâtre et graisseuse⁽³⁾.

Deux condamnés, employés comme écrivains dans les bureaux installés sous cette scierie, sont morts tous deux, l'un après l'autre, de

(1) Rapport sur l'épidémie de 1902, en réponse au questionnaire envoyé par la Direction.

(2) Rapport médical pour novembre, en date du 4 décembre 1897.

(3) Rapport en date du 28 novembre 1897.

rémittente bilieuse, de même que bon nombre d'autres travaillant au débitage du bois ⁽¹⁾.

Or, de ce foyer proviennent également les deux cas mortels «non douteux», celui d'un enfant de surveillant habitant à proximité (21-27 septembre), et celui d'un relégué du dernier convoi», tombé malade «après avoir passé sa journée à nettoyer les caisses à eau des toitures de la scierie» ⁽²⁾, dont l'état de propreté laissait passablement à désirer (25 novembre - 2 décembre).

Enfin, à quelque degré que ce soit, la physionomie clinique de la maladie emprunte à la fièvre jaune plus d'un terme.

La brusquerie du début, les courbatures généralisées, la tendance passagère au «typhisme», la constance et l'importance de l'albuminurie, la rareté habituelle des urines, la persistance des vomissements bilieux, l'inefficacité de la quinine en injections sous-cutanées attirent communément l'attention.

L'extrême fréquence des selles et des vomissements, la teinte «noirâtre» que prennent ceux-ci, la fétidité de celles-là, les épistaxis et les hémorragies sous-cutanées, l'anurie fréquente, le coma habituel, la mort rapide au sixième jour, les lésions nécropsiques elles-mêmes, encore que réduites à celles de la «gastro-bilieuse» et à des congestions des poumons, du foie et des reins, qui laissent sourdre du sang à la coupe et à la pression, constituent, dans les cas à terminaison fatale, une accentuation marquée de la maladie vers les cas «non douteux».

Ici le tableau est au grand complet et le doute n'est plus permis.

Le facies congestif du début, la rémission fébrile, lictère, l'albuminurie précoce, la rareté des urines et l'anurie, la sécheresse et l'enduit blanchâtre de la bouche, les hémorragies gingivale, rectale (sang pur), sous-cutanée, les crachats glaireux et foncés, puis franchement marc de café, l'ataxo-dynamie, le hoquet, le coma avant la mort, sont autant de

(1) Rapport en date du 8 novembre 1897.

(2) Rapport médical pour novembre, en date du 4 décembre 1897.

symptômes pathognomoniques que corroborent, à l'autopsie : l'accentuation *post mortem* de l'ictère, les suffusions sanguines, la dégénérescence graisseuse du foie, l'altération des parois de l'estomac avec ses arborisations, son piqueté hémorragique, sa desquamation, son contenu marc de café; la décoloration du myocarde; la congestion des reins et des poumons, sans compter nombre de lésions accessoires⁽¹⁾.

Les particularités de cette épidémie et les méprises qui en ont été la conséquence méritent d'être retenues pour l'avenir.

Sous ces dehors frustes et bâtards, il semble, en effet, d'après des médecins traitants, que la fièvre jaune ne soit pas une exception au Maroni et plus particulièrement à Saint-Jean et que le moindre aliment soit susceptible de la réveiller.

D'après Lamandé, chaque année les convois de relégués sont peu après leur arrivée décimés hâtivement par les prétendues fièvres rémittentes ou des accès pernicieux d'allures insolites qui ne sont que des fièvres jaunes bâtardes. Il en fut ainsi en 1901.

C'est aussi l'avis de Contaut.

Je suis très porté à croire, dit notre collègue, que la fièvre jaune fait tous les ans quelques victimes, cas isolés et frustes sur lesquels il y a méprise, parce que l'élément amaril évolue ici sur un monde spécial, gibier de prisons et de maisons centrales, épuisé, sans résistance, contre lequel l'élément pathogène n'a pas à déployer toute sa virulence et qui succombe au premier stade de la maladie, et bien que je ne puisse étayer mon opinion d'aucun fait précis, je crois qu'on peut penser que plusieurs des médecins qui se sont succédé à Saint-Jean ont été comme nous victimes d'une erreur très excusable d'ailleurs, étant donnée la forme mal définie que revêt la maladie hors des périodes épidémiques, et ont pu faire étiqueter à tort fièvre bilieuse inflammatoire, rémittente bilieuse, accès pernicieux, ictère grave, des cas sporadiques et isolés de typhus amaril.

Dans ces conditions de milieu se trouve, nous allons le voir, la clef de l'épidémie de 1902.

(1) Rapport du 4 décembre.

DEUXIÈME PARTIE.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE 1902.

CHAPITRE PREMIER.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

I. APERÇU GÉNÉRAL : LIMITES, RÉPARTITION, BILAN.

L'épidémie de fièvre jaune dont la Guyane a été le théâtre en 1902 embrasse, d'après les données officielles, une période de sept mois, étendue du 21 février au 1^{er} octobre, pendant laquelle il a été relevé 365 cas et 115 décès, répartis ainsi qu'il suit entre les régions de Saint-Jean, Saint-Laurent, Mana, Cayenne, les Îles et Kourou.

LOCALITÉS.	DATES.	EFFEC- TIF MOYEN des suscep- tibles ⁽¹⁾ .	CAS.	DÉCÈS.	MOR- BIDITÉ p. 100 par rapport à l'effectif.	MORTALITÉ P. 100	
						par rapport à l'effectif.	par rapport aux atteints.
SAINT-JEAN.	4 mars au 14 avril.	2,345	44	17	1.88	0.76	38.63
SAINT-LAURENT.	21 fév. au 1 ^{er} sept.	4,389	97	53	2.21	1.20	54.63
MANA.	2 au 8 mars.	60	1	1	1.66	1.66	100.00
CAYENNE.	11 mars au 1 ^{er} sept.	1,000	180	30	18.00	3.00	16.66
ÎLES DU SALUT.	15 mai-7 août.	784	29	5	3.69	0.63	17.24
KOUROU-LES-ROCHES.	16 juin-15 août.	458	12	8	2.62	1.75	66.66
KOUROU (village).	26 sept.-9 octobre.	6	2	1	33.33	16.66	50.00
TOTAUX.	21 févr. au 9 oct. .	9,042	365	115	4.03	1.27	31.50

⁽¹⁾ Européens, Arabes, Créoles blancs et de couleur transplantés.

Encore que reportée en deçà de la déclaration officielle de la maladie, laquelle eut lieu le 4 mars, et qu'évaluée au jour le jour, cette répartition ne saurait faire préjuger, ni du point de départ, ni du début, ni du bilan exact de l'épidémie.

Il importe en effet, de tenir compte, en l'occurrence, des surprises et des incertitudes inséparables de toute épidémie, tant à ses débuts qu'à l'état de parfait développement, et, en particulier, de la tendance générale à ne retenir en toute circonstance que les cas réellement classiques ou mortels, à l'exclusion des cas frustes et bénins plus ou moins caractérisés.

Sous ces réserves, le processus de 1902 doit être tout d'abord rétrospectivement étendu d'une période prodromique de longue haleine pendant laquelle, à Saint-Jean, la maladie confondue avec le paludisme s'est acheminée d'une façon insidieuse vers l'état épidémique, soit par des cas sporadiques isolés et plus ou moins distancés, soit par des bouffées chaque fois plus rapprochées et plus sérieuses.

Sous ces réserves encore, son bilan doit être accru d'un certain nombre de cas d'intensité variable, survenus au cours de l'épidémie ou quelque temps après la déclaration du dernier cas officiel.

Reconstituée sur ces bases, l'épidémie de 1902 embrasse une période de plus de douze mois, pendant laquelle elle a atteint le chiffre de 471 cas et 139 décès ainsi répartis :

LOCALITÉS.	DATES.	EFFEC- TIF MOYEN des suscep- tibles ⁽¹⁾ .	CAS.	DÉCÈS.	MOR- BIDITÉ p. 100 par rapport à l'effectif.	MORTALITÉ P. 100	
						par rapport à l'effectif.	par rapport aux atteints.
SAINTE-JEAN	21 octobre 1901- 14 avril 1902.	2,345	168	32	4.60	1.36	29.72
SAINTE-LAURENT	20 janv.-4 sept. . .	4,389	103	57	2.36	1.29	50.00
MANA	2 au 8 mars	60	1	1	1.66	1.66	100.00
CAYENNE	11 mars-15 déc. . .	1,000	212	33	21.20	3.30	15.56
ÎLES DU SALUT	15 mai-7 août. . . .	784	29	5	3.66	0.62	17.5
KOUROU-LES-ROCHES	16 juin-10 sept. . .	458	15	10	3.27	2.18	66.66
KOUROU (village)	12 sept.-9 oct. . . .	5	3	1	50.00	16.66	33.33
TOTAUX	21 octobre 1901- 15 déc. 1902.	9,042	471	139	5.21	1.53	29.51

(1) Européens, Arabes, Créoles blancs et de couleur transplantés.

Ces particularités ressortiront des données qui vont suivre :

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens.	432	126	29.16
Créoles blancs.	8	„	„
Créoles de couleur.	12	1	8.33
Arabes.	19	12	62.10
TOTAUX.	471	139	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin.	399	127	31.79
Féminin.	72	12	16.16
TOTAUX.	471	139	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 à 15 ans).	27	1	3.70
Adolescence (de 15 à 25 ans).	152	38	25.00
Virilité (de 25 à 55 ans).	284	93	31.69
Vieillesse (au-dessus de 55 ans).	8	7	87.5
TOTAUX.	471	139	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR TEMPS DE SÉJOUR.			
Moins de 6 mois.	160	64	40.00
De 6 mois à 1 an.	90	27	30.00
De 1 an à 2 ans.	87	21	24.13
De 2 ans à 5 ans.	69	12	17.37
De 5 ans à 10 ans.	43	10	23.25
Au-dessus de 10 ans.	22	5	22.72
TOTAUX.	471	139	

MORIBIDITÉ ET MORTALITÉ DES TROUPES PAR LOCALITÉS ET PAR CORPS.

LOCALITÉS.	EFFECTIF MOYEN.			INFAN- TERIE.		ARTIL- LERIE.		GENDAR- MERIE.		TOTAL.		MOREIDITÉ par rapport à l'effectif				MORTALITÉ par rapport à l'effectif			
	INFAN- TERIE.	ARTIL- LERIE.	GENDAR- MERIE.	CAS.	DÉCS.	CAS.	DÉCS.	CAS.	DÉCS.	CAS.	DÉCS.	de l'INFAN- TERIE.	de l'ARTIL- LERIE.	de la GENDAR- MERIE.	de la TOTAL.	de l'INFAN- TERIE.	de l'ARTIL- LERIE.	de la GENDAR- MERIE.	de la TOTAL.
SANT-JEAN.....	29	"	"	19	"	"	"	"	"	"	19	86,36	"	"	86,36	"	"	"	"
SANT-LAURENT.....	50	4	54	45	2	"	"	"	"	5	5	10,00	"	"	10,00	4,00	"	"	4,00
CAYENNE (ville).....	33	3	36	19	1	4	2	"	"	4	2	82,60	33,33	80,00	77,41	21,73	"	"	40,00
CAYENNE (villages).....	45	2	47	60	22	"	"	"	"	22	22	48,88	"	"	48,88	4,44	"	"	4,44
ILES DE SAINT.....	24	1	25	2	"	"	"	"	"	2	2	100,0	12,00	"	"	"	"	"	"
ILET-LA-MÈRE.....	46	14	60	32	5	8	5	"	"	40	5	69,56	57,14	66,66	65,66	10,86	"	"	10,86
MACOURIA.....	"	"	3	3	"	"	"	"	"	2	1	"	"	"	"	"	"	"	"
MANA.....	"	"	4	4	"	"	"	"	"	1	1	"	"	"	"	"	"	"	"
KOUROU.....	"	"	3	3	"	"	"	"	"	3	1	25,00	35,00	"	"	"	"	"	25,00
SINNAMARY.....	"	"	3	3	"	"	"	"	"	3	1	100,00	100,00	"	"	"	"	"	100,00
MANANAOUX.....	"	"	3	3	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	33,33
TOTAUX.....	210	19	229	268	99	14	9	11	5	119	19	47,14	47,36	28,20	44,40	6,66	"	12,82	7,09

NOTA. — Rapatriés comme convalescents de fièvre jaune :

Infanterie.....	31
Artillerie.....	7
Gendarmerie.....	42
Total.....	80

Sur les 58 atteints et non rapatriés, un certain nombre ont dû l'être, consécutivement, pour paludisme développé postérieurement à l'atteinte amarile.

MORTALITÉ DES CORPS DE TROUPE
PENDANT LES QUATORZE DERNIÈRES ANNÉES.

ANNÉES.	INFANTERIE COLONIALE.			ARTILLERIE COLONIALE.			GENDARMERIE COLONIALE.		
	Effectif.	Nombre des décès.	Décès p. 100.	Effectif.	Nombre des décès.	Décès p. 100.	Effectif.	Nombre des décès.	Décès p. 100.
1889.....	475	5	1.05	„	„	„	50	3	6.00
1890.....	330	3	0.99	„	„	„	53	1	1.88
1891.....	324	7	2.16	„	„	„	54	1	1.88
1892.....	315	4	1.27	„	„	„	52	„	„
1893.....	320	2	0.62	„	„	„	52	„	„
1894.....	334	5	1.49	„	„	„	48	2	4.16
1895.....	385	7	1.82	„	„	„	49	2	4.08
1896.....	445	9	2.20	35	1	2.80	47	„	„
1897.....	374	4	1.06	34	2	5.80	54	2	3.70
1898.....	382	3	0.78	38	„	„	57	„	„
1899.....	418	4	0.95	27	„	„	58	„	„
1900.....	336	1	0.29	27	„	„	58	„	„
1901.....	321	5	1.55	22	„	„	58	1	1.72
1902.....	210	15	7.14	19	„	„	39	5	12.82

NOTA. — Sur les 20 décès survenus en 1902 : 19 sont dus à la fièvre jaune, et 1 à la tuberculose pulmonaire.

II. MARCHÉ DE LA MALADIE PAR LOCALITÉS.

Épidémie de Saint-Jean (21 octobre 1901; janvier au 14 avril 1902). — La fièvre jaune n'a pas éclaté à la Guyane ainsi qu'un coup de foudre dans un ciel azuré.

Depuis de longs mois, comme autant de points noirs à l'horizon, se succédaient aux confins du Maroni des cas d'allures insolites, au dénouement souvent fatal, et qui n'étaient, en tant que manifestations endémiques, que les signes locaux avant-coureurs de l'orage de 1902.

Prévenus en faveur de l'importation, enclins à voir dans la saison sèche la condition obligée de toute épidémie, peu faits

aux surprises de l'amarilisme qu'ils n'ont encore entrevu que dans les classiques, habitués au contraire à compter avec l'universelle endémie palustre, les esprits du moment ne voient dans ces cas de terroir que des manifestations paludéennes diverses et se méprennent de bonne foi!

Mais, vienne l'explosion de 1902, et l'endémo-épidémicité de prendre corps à leurs yeux de la façon la plus manifeste.

Les relations des docteurs Contaut et Lamandé, chargés du service médical de Saint-Jean du Maroni, sont à cet égard fort suggestives.

Elles accusent, ensemble, sans préjudice d'ailleurs de manifestations plus anciennes dont il n'a pas été tenu compte, une période prodromique minima de cinq mois, étendue d'octobre 1901 à mars 1902, faite de cas sporadiques ou sériés, remontant, d'aucuns, à une époque où aucune épidémie extérieure ne menaçait encore la Guyane et dont la véritable nature amarile ne saurait faire l'ombre d'un doute à un examen même rétrospectif.

Au moment où s'affirme à Saint-Jean cette période nosologique spéciale, les conditions ambiantes sont les suivantes :

La saison sèche, sur son déclin, n'a cependant pas encore fait place d'une façon absolue à celle des pluies dont la réapparition n'aura lieu que dans les trois ou quatre derniers jours du mois ⁽¹⁾.

Des travaux de terrassement sont en cours d'exécution sur certains points du village dont le sol peut être considéré comme ayant été spécifiquement contaminé, lors de précédentes bouffées d'amarilisme.

Sur la berge du fleuve, rectifiée et rehaussée déjà à l'aide de remblais pris un peu partout, on poursuit la création d'un square, au moyen d'autres remblais extraits en contre-bas des latrines de l'hôpital annexe où furent, en 1896-1897, traités des amariliens évacués des chantiers de Tollinche et de la Forrestière (Lamandé).

Dans un coin du cimetière, on procède au relèvement des

(1) Rapport d'octobre.

restes des décédés de ces années, parmi lesquels ceux des amariliens de la même provenance (Lamandé).

Sur ces entrefaites, la constitution nosologique quoique tenue pour « très sensiblement la même que celle du mois précédent » (Contaut)⁽¹⁾, se modifie d'une façon inquiétante.

Les états fébriles plus persistants se compliquent de nausées, d'accidents gastro-biliaux (Lamandé).

Trois soldats sont évacués dans ces conditions sur Saint-Laurent.

« Un cas intéressant d'ictère grave, écrit Contaut, évolue en ce moment chez un malade évacué directement du chantier Forestier et se greffe très probablement d'une façon secondaire sur une typhoïde bénigne qui aura passé inaperçue. On conserve peu d'espoir de le sauver⁽¹⁾. »

« Trois accès pernicieux à forme bilieuse » (Contaut) sont relevés et ne sont, d'aucuns, que des cas frustes ou bâtards d'amarilisme.

Le 14 octobre, raconte Lamandé, nous fûmes appelé à visiter le surveillant B. . . Cet homme, âgé de 40 ans, arrivé dans la colonie depuis janvier 1901, avait été d'abord employé au chantier de Tollinche jusqu'au 2 octobre et travaillait depuis au bureau de l'Administration de Saint-Jean, à proximité du square en construction.

Indisposé depuis la veille, il avait été obligé de quitter son service et, lorsque nous le vîmes, il se plaignait de rachialgie très violente, de céphalalgie, avait des vomissements alimentaires très persistants. La langue était saburrale, le visage vultueux et très congestionné; la température atteignait 40 degrés, le pouls était dur et plein.

Dans la journée, nous fûmes rappelé près de lui. L'état ne s'améliorait pas. Les vomissements devenaient franchement bilieux; il était apparu une teinte ictérique généralisée; les urines étaient très foncées et mousseuses.

L'envoi à Saint-Laurent fut décidé, le diagnostic porté : fièvre bilieuse.

A partir de ce moment, nous n'avons plus revu le malade, qui mourut à quelques jours de là, le 21 (sixième jour de la maladie).

Ce cas B. . . que nous avons classé « fièvre bilieuse » mais que nous

(1) Rapport du mois d'octobre.

n'avons pu suivre, n'a pas éveillé notre attention. Ce n'est que plus tard et en relisant nos notes que nous avons acquis la certitude que ce malade nous avait présenté une affection amarile. D'ailleurs nous n'avions encore point vu d'amarilien.

A l'hôpital de Saint-Laurent, toutefois, ce cas s'étant apparemment compliqué d'hémoglobinurie, fut rattaché au paludisme.

Mais, outre que ce symptôme avait été déjà observé à Saint-Jean, en 1897, nous retiendrons en faveur de la nature amarile de l'affection, sa marche en deux temps avec rémission et ictère du deuxième au troisième jour, sa terminaison au sixième jour par anurie et hoquet, et par-dessus tout, son caractère de contagiosité.

A huit jours de distance, en effet, ce cas allait, par contamination directe indiscutable, donner lieu à un second encore plus caractérisé, dont voici la relation d'après Lamandé :

Le 22 octobre 1901, nous visitâmes à son domicile le surveillant M. . . , âgé de 37 ans, et arrivé dans la colonie depuis deux mois.

Vu l'après-midi, vers 5 heures, il nous raconta qu'il avait été occupé dans la journée à surveiller la baignade des prisonniers, et, de ce fait, avait subi une longue exposition au soleil; que, rentré chez lui, il avait été pris de rachialgie très violente, de douleurs articulaires intenses, de céphalée atroce.

La langue était très saburrale, rouge sur les bords, le pouls plein et dur à 120; la température à 40.4; l'agitation considérable, et la congestion céphalique très intense.

Revu le soir, le malade allait plus mal. L'agitation avait augmenté; la température atteignait 41 degrés; le pouls était toujours aussi fréquent et présentait les mêmes caractères; des vomissements étaient apparus. La nuit n'apporta aucune amélioration; quatre personnes sont obligées de maintenir le patient et il meurt vers quatre heures du matin, après avoir eu des vomissements abondants qui ont attiré particulièrement notre attention par leur aspect bizarre, mais que nous n'avons pu alors déterminer, car nous ne connaissions point *de visu* les vomissements dits *noirs* et offrant l'aspect «toile d'araignée», «pattes de mouches» que depuis nous avons tant de fois rencontrés dans cette affection,

Or, nous avons appris que M. et M^{me} M. . . étaient allés passer la journée du 14 chez B. . . et avaient aidé à lui donner des soins,

L'origine de l'infection ne peut nous laisser aucun doute. L'incubation a été longue, c'est vrai, mais il a suffi pour faire éclore cet amarilisme latent, d'une exposition prolongée au soleil.

Ce cas donnera lieu plus tard, par contagion indirecte, à l'aide de vêtements, à une épidémie de maison sur laquelle nous aurons à revenir.

Les cas des surveillants B. . . et M. . . furent suivis d'une période de deux mois, pendant laquelle on n'observa rien de bien saillant hormis quelques fièvres gastro-biliaires tant soit peu congestives.

Cependant, les travaux de terrassement n'avaient pas cessé et les conditions atmosphériques restaient sensiblement les mêmes. L'aliment manquait apparemment. Et, de fait, vers la fin de décembre, le poste de Saint-Jean reçut un convoi de relégués avec son personnel de surveillants et leurs familles, et la maladie de réapparaître dès les premiers jours de janvier, sous forme de bouffées de cas bénins, entrecoupées de cas mortels qui furent, les uns et les autres, une fois de plus attribués au paludisme et traités comme tels jusqu'en mars.

A vrai dire, la saison des pluies bat présentement son plein et l'amarilisme, d'après le préjugé guyanais, apparaît comme hors de saison! Par contre, c'est à perte de vue le marais, l'hydre aux multiples têtes! Il n'en faut pas tant vraiment chez les jeunes, pour donner naissance à une méprise!

Voici, d'ailleurs, caractérisées par Contaut lui-même les circonstances météorologiques et nosologiques de cette période de deux mois ⁽¹⁾.

La saison des pluies a continué pendant tout le mois écoulé, à peine avons-nous eu une trêve de trois ou quatre jours pendant la troisième semaine, puis les ondées quotidiennes ont repris de plus belle. . .

Dans le personnel libre, et plus particulièrement chez les habitants du quartier officiel a sévi pendant la seconde quinzaine une sorte d'épi-

(1) Rapport pour les mois de janvier et février.

démie, d'ailleurs très bénigne, d'origine évidemment paludéenne, mais caractérisée par des symptômes assez curieux et très constants. Brusquement, en pleine santé, au milieu de ses occupations journalières, le malade était pris d'un violent accès de fièvre à hyperthermie considérable (40.5-41 degrés) s'accompagnant d'une céphalée violente et de courbature très douloureuse ayant quelque analogie avec le brusque coup de barre des amariliens. Une inappétence complète et un état nauséux très marqué accompagnaient ces symptômes qui cédaient, d'ailleurs, le plus facilement du monde, à la médication quinique, aux antithermiques, à une légère révulsion sur les lombes et à l'administration d'un purgatif énergique. Dans aucun des nombreux cas, il n'y a eu, à aucun moment, menace pour la vie du malade, pas plus qu'aucun symptôme inquiétant pouvant rendre le cas douteux.

L'état aigu, terminé généralement après vingt-quatre ou quarante-huit heures, laissait à sa suite une grande dépression morale et physique ainsi qu'une forte courbature.

Comme tout d'abord cette pseudo-épidémie ne frappait que des Européens, j'avais quelque peu songé qu'il s'agissait d'une heureuse manifestation de cette fièvre inflammatoire, signalée par Bérenger-Féraud comme succédanée de la fièvre ictérode dont elle aurait les avantages immunisateurs et aucun des inconvénients; mais, par la suite, créoles et gens de couleur lui ont aussi payé leur tribut et j'ai abandonné cette reconfortante hypothèse.

J'ai dû également éliminer la grippe dont nous ne retrouvions que quelques symptômes généraux et je suis disposé à n'y voir, en somme, qu'une poussée malarienne avec embarras gastrique plus prononcé qu'à l'habitude. Rien de spécial ne peut me mettre sur la voie en ce qui concerne l'étiologie, car si on a pu, au début, incriminer quelques travaux de terrassement et de propreté exécutés aux abords du quartier officiel, d'autre part, l'affection a continué après la suspension de ces travaux et des malades fort éloignés du centre de la ville et n'ayant été en aucune façon soumis aux influences nocives des travaux, se sont présentés. Il n'y aurait donc lieu, à mon avis, que d'incriminer la constitution atmosphérique particulièrement humide, les brouillards nocturnes très intenses qui ensèrent la ville, s'élevant du fleuve, des bois et des bas-fonds, et aussi la brise qui souffle actuellement beaucoup plus franchement de l'Est et nous apporte sans doute des miasmes de quelque région marécageuse enfouie dans la forêt.

Du coup, le paludisme devient la dominante du mois et la «fièvre bilieuse» ainsi que «l'accès pernicieux» avec «mé-

ningo-encéphalite» prennent rang parmi les causes les plus fréquentes de la mortalité chez les transportés, d'aucuns même «chez des hommes arrivés par le dernier convoi et comptant à peine six semaines de séjour dans la colonie».

Ce prétendu réveil de paludisme de source météorologique reste encore pour notre collègue Contaut la caractéristique du mois de février.

Comme constitution atmosphérique, le mois de février écoulé n'a pas sensiblement différé de son devancier ; toujours les mêmes journées pluvieuses rarement coupées d'éclaircies pendant lesquelles brille un soleil déjà ardent.

Le paludisme a sévi avec intensité, surtout pendant la première quinzaine, et nombre de relégués ont été atteints, à leur tour, par cette sorte de pseudo-épidémie dont je vous ai décrit les symptômes dans mon précédent rapport et à laquelle le personnel libre avait d'abord payé un si large tribut. Aussi, le chiffre des entrées dans nos établissements hospitaliers se trouve-t-il un peu élevé, mais comme ce malaise durait en somme peu de jours à l'état aigu, il en résulte que le nombre des journées d'hospitalisation s'est maintenu dans la normale.

Entre temps, le nombre des «accès pernicioeux» augmente sensiblement de partout, frappant de préférence les non-acclimatés.

Le dénouement est imminent et avant longtemps les idées se transformeront devant la brutalité des faits.

Vers la fin de février et le commencement de mars, en effet, après quelques journées ensoleillées, l'affection surgit avec son cortège complet de symptômes classiques et fait explosion. Il n'y a plus de doute, on est en présence d'une épidémie de fièvre jaune dont les débuts, quoique insidieux, apparaissent pour ceux même qui s'y sont mépris avec leur véritable caractère amaril.

Cette sorte d'épidémie, écrit Contaut, sur la nature de laquelle je n'étais pas dès l'abord entièrement fixé et que je me refusais presque de parti pris à identifier avec la fièvre inflammatoire pour ne pas donner à d'autres et à moi-même une fausse sécurité au moment où la fièvre jaune était à nos portes, je n'hésite plus, aujourd'hui, à lui

donner son véritable nom. Et si je ne m'étais pas borné à l'examen des symptômes purement objectifs, si j'avais analysé l'urine, considéré les battements du pouls, etc., je ne doute pas que j'aurais trouvé des caractères analogues à ceux que présente le début de l'infection amarile. On tiendra compte de ce fait que le personnel médical, très réduit, était réellement surmené et que nous suffisions difficilement à deux à visiter quotidiennement une moyenne de 300 à 400 malades.

Il n'y aurait donc pas lieu de séparer cliniquement les deux affections et l'on devrait seulement admettre une fièvre jaune bénigne et une fièvre jaune grave⁽¹⁾.

Ailleurs, à la question de savoir si « plusieurs des décès survenus avant la déclaration officielle de l'épidémie de fièvre jaune de Saint-Jean ne seraient pas imputables à cette maladie, quoique primitivement attribués au paludisme », notre collègue répond d'une façon non moins explicite que précédemment :

Il est hors de doute, dit-il, qu'un certain nombre de décès survenus en fin janvier et en février et mis sur le compte du paludisme sont directement imputables au typhus amaril. Mais celui-ci n'avait pas encore revêtu ses allures classiques et les symptômes présentés par les malades étaient assez frustes pour nous illusionner, notre attention étant trop peu éveillée pour rechercher les caractères apparents et décelables seulement par un examen très attentif ou l'analyse chimique⁽²⁾.

Ainsi donc, grave ou bénigne, la fièvre jaune, du propre aveu de ceux qui l'ont primitivement méconnue, aurait non moins qu'en octobre, sévi à Saint-Jean du Maroni pendant les mois de janvier et février.

Et de fait, l'examen rétrospectif des divers incidents de cette période essentiellement prodromique ne peut laisser subsister aucun doute à cet égard. En voici, dans l'ordre chronologique, l'exposé détaillé.

Le 14 janvier, étaient hospitalisés deux relégués provenant de deux points différents de Saint-Jean, l'un du camp, l'autre de la pharmacie.

(1) Rapport sur l'épidémie.

(2) Réponse au questionnaire n° 46 envoyé par la Direction.

Le premier, le relégué P. . . , comptait dix mois de présence dans la colonie, était malade depuis trois jours et mourait aussitôt hospitalisé, au milieu d'une agitation considérable et de vomissements semblables à ceux qui avaient été observés chez le surveillant M. . . et en présentant, en outre, une teinte ictérique généralisée assez marquée (Lamandé).

Le second, le relégué G. . . , depuis un mois dans la colonie, était atteint de fièvre assez intense accompagnée d'un embarras gastrique violent, de constipation opiniâtre, de vomissements alimentaires. Ceux-ci prirent bientôt le caractère bilieux, la température atteignit 39 degrés le troisième jour, puis la rémission se fit, la courbe thermique descendit à 37 degrés, pour reprendre ensuite jusqu'à 38°4 le lendemain. Pendant ce temps, apparaissait aux conjonctives une teinte ictérique qui peu à peu s'accrut. Les urines étaient albumineuses. Enfin, trois jours après la rémission, la température redevint normale et la convalescence s'établit très lentement en état de profonde adynamie. C'est surtout ce symptôme qui nous a frappé à cette époque, car la perte des forces était beaucoup plus marquée qu'elle ne semblait devoir être, étant donnée l'évolution de la maladie (Lamandé).

Le reste du personnel sera incessamment atteint.

Le 15, la maladie frappe au voisinage de la pharmacie, chez l'officier d'administration, dans la colonie, avec sa famille, depuis moins d'un an.

Trois fillettes de quatorze, onze, huit ans, y sont prises simultanément de symptômes fébriles et inflammatoires (Lamandé).

Le reste de la famille le sera par la suite le 20 et le 30.

Le 16, sous la même forme, elle apparaît dans la famille du surveillant S. . . , tandis que deux nouveaux relégués, D. . . et V. . . , habitant l'un à la pharmacie, l'autre au camp, sont mortellement frappés.

Le surveillant est employé dans le bureau de l'officier d'administration où il a succédé au sieur B. . . , mort vraisemblablement de fièvre jaune bâtarde. Il habite avec sa femme et son enfant, Européens comme lui, un pavillon occupé par trois autres ménages de gens de couleur. Ceux-ci restent indemnes, tandis que le surveillant et sa famille sont atteints (Contaut), mais comme ils comptent déjà quatorze mois de séjour dans la colonie, tous trois n'offrent qu'une prise restreinte à la maladie qui, chez eux, se borne à de la fièvre avec rachialgie, céphalalgie, vomissements (Lamandé). Le relégué D. . . , Européen, ne compte qu'un mois de colonie. Il a été à la pharmacie en relations continues avec le relégué G. . . , précédemment atteint. Il sera frappé

mortellement. Pris subitement des mêmes symptômes que ci-dessus, il traîne deux jours avant d'entrer à l'hôpital. Là on lui trouve une fièvre intense au-dessus de 39 degrés, un visage vultueux et congestionné, de l'embaras gastrique très accusé et un profond abattement. La température continue à monter, atteignant quarante degrés. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bilieux. Une légère teinte icterique apparaît aux conjonctives, puis se généralise et il meurt le lendemain, après avoir présenté une angine de moyenne intensité (Lamandé). Le relégué V... est dans la colonie depuis sept mois. Atteint depuis plusieurs jours de fièvre non traitée, il est hospitalisé et meurt rapidement en offrant un cortège de symptômes analogues à ceux des autres relégués (Lamandé).

Le 18, notre collègue Lamandé est atteint pendant la visite, au moment où il faisait une ponction d'ascite. La brusquerie du début fut telle, dit-il, que nous fûmes obligé de nous faire suppléer immédiatement par notre infirmier, tout en continuant la surveillance. Cette atteinte fut peu intense, car nous ne sommes resté alité que trois ou quatre jours, mais notre convalescence a été fort lente et très pénible, hors de proportion avec l'intensité des symptômes subis.

Le 20, la femme de l'officier d'administration et le pharmacien Jard sont, l'une après ses trois fillettes, l'autre après les relégués de son service, brusquement frappés d'accidents semblables (Lamandé).

Le 22, entre en traitement à l'hôpital le relégué L..., dans la colonie depuis un an. Il provient du camp et se présente pour accès patustres francs avec un état bronchique mauvais. Du deuxième au sixième jour de l'hospitalisation, la température varie de 37 à 38 degrés. Le sixième jour, brusquement, elle s'élève au-dessus de 40 degrés, s'y maintient deux jours. L'état gastrique est mauvais, le malade a des vomissements persistants et bilieux; puis la température descend passagèrement à 38° 5 pour remonter à 39 degrés, et le malade meurt en présentant un ictère léger, mais généralisé (Lamandé).

Le 23, l'agent comptable de l'hôpital et sa femme sont atteints d'une forme inflammatoire.

Le 27, la maladie surgit à la caserne des surveillants mariés sous forme de bouffées d'une gravité exceptionnelle dont l'origine, selon toute vraisemblance, se rattache étroitement au cas du surveillant M..., décédé de fièvre jaune en octobre 1901.

M. et M^{me} M..., d'après Lamandé, habitaient une maison assez isolée, à l'emplacement dit *du troisième camp*. Devenue veuve, M^{me} M... conserva ce local jusqu'au 25 novembre, époque à laquelle, changeant de logement, elle vint habiter près du camp central, à la caserne des

surveillants mariés, alors occupée par les ménages S... et E..., dans une chambre cédée par le premier de ces ménages.

Pendant quelque temps elle ne touche pas aux effets de son mari, enfermés dans une caisse, puis craignant qu'ils ne s'abîment elle les sort, les bat, les expose sur la véranda commune, afin qu'ils prennent l'air et le soleil.

Or, quelques jours après cette opération, le 27 janvier, l'épidémie éclatait simultanément dans les deux ménages S... et E... et atteignait, en 23 jours, 9 personnes sur 10, dont 3 mortellement. Ces 10 personnes étaient les époux S..., les époux B... et 4 enfants, 2 relégués à leur service.

Du couple S..., dans la colonie depuis deux ans et demi, la femme, plus longtemps exposée que le mari aux poussières des vêtements de M..., fut seule atteinte assez gravement pour que son évacuation sur l'hôpital de Saint-Laurent devint nécessaire. A un début bruyant par fièvre vive (39 degrés), céphalalgie, arthralgie, vomissements alimentaires, puis bilieux (Lamandé), succédèrent secondairement de l'ictère et autres symptômes assez suspects pour que le médecin de Saint-Laurent crût devoir appeler en consultation celui de Saint-Jean (Conlaut).

La famille E..., qui ne comptait qu'un mois de Guyane, paya tout entière tribut à la maladie de la façon la plus cruelle.

Ainsi, le même jour que M^{me} S..., deux enfants, garçon et fille de huit et onze ans, s'alitaient avec de la fièvre, des vomissements et le cortège symptomatique dit *inflammatoire*. Au dire des parents, ils auraient même vomi des matières noires.

Le 3 février, c'est le père qui est atteint. Il se plaint des reins, des articulations, de céphalées violentes et surtout de photophobie intense. La langue était très saburrale, rouge sur les bords, le visage extrêmement congestionné et le malade assez surexcité. Dans la journée, les douleurs semblèrent s'améliorer un peu, bien que la fièvre se maintint à 40 degrés. Mais vers le soir l'agitation et les divers symptômes reprirent leur intensité primitive, les vomissements apparurent caractéristiques et le malade succomba rapidement, après avoir présenté toute la nuit une agitation extrême et une anurie complète.

Le 13 février, les deux autres enfants (garçons), de trois et treize ans, et la mère sont pris semblablement et dirigés sur l'hôpital de Saint-Laurent où ils guérissent.

Quant aux deux relégués au service de cette famille, l'un, Ch..., qui comptait dix-huit mois de colonie, fut enlevé le 7 février, après vingt-quatre heures de maladie.

L'autre, Pic... , dont le séjour colonial n'était que d'un an, fut pris brusquement, le 19 suivant, en lavant le linge de la famille et mourut en quelques jours, dans l'adynamie la plus complète, après avoir présenté des vomissements d'abord sanguins, puis noirs (Lamandé).

Entre temps, de ci de là, la maladie frappait à d'autres portes ou réapparaissait dans les milieux primitivement influencés.

L'aumônier, le médecin-major, sa femme, créole blanche, et leur domestique, le commandant du pénitencier et ses enfants, créoles de couleur, sont successivement atteints.

La caserne d'infanterie coloniale, prise vers la fin de janvier, fournit en quelques jours une douzaine de cas inflammatoires.

Le 30 du même mois, M. V... , officier d'administration, subit, consécutivement à sa femme et à ses enfants, une légère atteinte. C'était le quatrième de la maison.

Le 31, le relégué Andrieux, du camp, entre à l'hôpital avec une température de 40° 3, de l'embarras gastrique, des douleurs et des courbatures. Jusqu'au 2 février, la fièvre prend la forme continue à exacerbation vespérale, avec le matin 38° 4, le soir 40 degrés; puis, le 3, elle tombe brusquement en rémission, se maintient pendant dix-huit heures à 37° 5, lorsque apparaît un retour violent et brusque faisant remonter la courbe à 39° 7 le soir du 4. Elle redescend le lendemain matin à 38 degrés et monte ensuite d'une façon régulière sans alternatives, atteignant 41 degrés le 7 au matin. Le lendemain, la courbe s'abaisse à 35° 5, le malade qui prétend aller mieux veut manger à toute force; il meurt dans la journée, sans avoir présenté des vomissements caractéristiques, ni d'anurie très marquée, mais un ictere classique (Lamandé).

Le 5 février, deux jours après M. E... , la famille Pag... , composée du père surveillant, de la mère et d'un enfant de deux ans, et depuis un mois et demi dans la colonie, était atteinte et hospitalisée à Saint-Laurent.

Or, à son retour de l'hôpital de Saint-Laurent, le surveillant est envoyé en service au camp du Tigre et pour s'y rendre abandonne son logement.

Il y est remplacé en mars par le couple Fra... , qui, quelques jours après la prise de possession des appartements, tombera gravement atteint (Lamandé).

Le 10 et le 11, cinq jours après le décès du relégué Ch... tombé au service de la famille Ey... , entrent du camp à l'hôpital, après plusieurs jours de maladie non traitée, les deux relégués Mart... et

Ben Zargari Larbi, comptant l'un huit mois, l'autre deux mois de séjour.

Le premier meurt le 11, le second le 14 février, avec diagnostics : accès pernicieux et fièvre rémittente bilieuse pour lesquels l'examen des feuilles de clinique ne laisse aucun doute, tant par les températures observées que par les efforts qu'y montre la médication pour lutter contre l'état nauséux et l'anurie (Contaut).

Le 12, le relégué Ba . . . , cuisinier chez notre confrère Lamandé, déjà lui-même atteint de fébricule, s'arrête pour ne plus se relever. Dans la colonie depuis deux mois. Aucun antécédent de paludisme. Entré à l'hôpital, il ne présentait comme température que $37^{\circ} 6$, mais nous avons constaté nous-même à notre domicile plusieurs fois 39 degrés d'une façon inconstante.

Le soir de son entrée, le 13, il avait 38 degrés : l'état saburral était très prononcé, les vomissements alimentaires fréquents et abondants, de plus le malade n'urinaît que fort peu.

Le lendemain matin, la température était à 39 degrés ; dans la journée, elle tombe à 37 degrés, $37^{\circ} 6$, rémission de courte durée, car elle remontait le 15 au soir au-dessus de 39 degrés. Le malade urinaît toujours peu et les urines étaient albumineuses.

Le 15, apparaît un ictère qui reste léger. Pendant les deux jours suivants la température évolue au voisinage de 39 degrés. Le malade urine toujours peu.

Pris de diarrhée le 19, il succombe le 20 avec du melæna, son affection ayant revêtu une apparence typhoïde (Lamandé).

Le 17, le surveillant Pach . . . , voisin de la famille Eys . . . , est obligé de s'aliter. Mais cet agent, ayant trois ans de séjour à Saint-Jean, est atteint d'une façon légère, bien que chez lui l'ictère soit demeuré très intense et très prolongé (Lamandé).

Le 21, deux jours après le relégué Pi . . . tombé au service de la famille Eys . . . , un relégué arabe, Ben Hiouman, comptant deux mois de colonie, meurt en arrivant à l'hôpital.

Le 26, M^{me} Ca . . . , voisine immédiate de la famille Pag . . . , se trouve à son tour atteinte de symptômes inflammatoires.

Le 27, le sieur Fl . . . , arrivé depuis deux mois et demi dans la colonie, est pris de fièvre intense avec symptômes inflammatoires et embarras gastrique très prononcé.

Le 28, sa femme et son enfant offrent les mêmes phénomènes. Envoyés d'urgence à l'hôpital de Saint-Laurent le 1^{er} mars, l'enfant succombe le 2 au matin ; la mère est enlevée le 3 mars, dans des conditions que nous examinerons incessamment.

Seul le mari résiste et guérit, mais sa convalescence fut longue et fort pénible.

Le 1^{er} mars, le relégué Mag. . . . ayant quatorze mois de Guyane, entre à l'hôpital, malade depuis deux jours. Il présente un état gastrique prononcé et une fièvre variant de 39 à 40 degrés avec vomissements.

Le 2, la température tombe et atteint la normale. Mais la rémission dure seulement quelques heures, car, le soir, la courbe remonte à 39° 9. Le malade urine fort peu.

Lentement et progressivement la température diminue dans les journées du 3 et du 4. Alors apparaît un léger ictère et, le 5, le malade tombe dans l'algidité. Il meurt en rejetant des matières noires et poisseuses.

Le doute n'est plus permis. On est bel et bien en présence d'une épidémie de fièvre jaune. La nouvelle en est télégraphiée au chef-lieu le 6 mars.

Pendant ce mois, l'épidémie atteint son apogée, principalement du 6 au 24. C'est la période de « virulence extrême » pendant laquelle les cas sont nombreux, à quelques exceptions près quotidiens, généralement très graves et le plus souvent mortels.

A compter du 24, la maladie décroît en virulence, présente des allures beaucoup plus bénignes et prend fin le 14 avril.

Cette période a coïncidé avec des pluies torrentielles entrecoupées de bouffées de fortes chaleurs.

Le mois écoulé, dit Contaut, a été certainement le plus pluvieux que nous ayons eu depuis notre entrée dans la saison des pluies; de véritables torrents d'eau sont tombés sur Saint-Jean, transformant en marécages les bas-fonds qui l'entourent. Dans l'intervalle des chutes d'eau, la température était lourde, accablante, le soleil de plomb et quelques orages ont éclaté.

Nous devons imputer à cet état atmosphérique l'explosion brusque de l'affection caractéristique de ce mois de mars, la fièvre jaune⁽¹⁾.

Le bilan officiel de l'épidémie, calculé uniquement sur cette période est de 44 cas et 17 décès. Le bilan réel, établi en

(1) Rapport de mars.

ajoutant à ces données les cas et décès de la période préépidémique et 6 cas bénins observés le 16 mars, dans la garnison, se chiffre par 108 cas et 32 décès.

Presque tous les cas de cette épidémie sont originaires de Saint-Jean : on y a constaté de véritables foyers domiciliaires d'où, après évacuation, la maladie s'irradiait sur d'autres points. Quelques cas ont pris naissance dans les salles d'hôpital où notamment eut lieu le 10 mars un décès « foudroyant ».

Les camps annexes, au contraire, n'ont fourni que 8 cas et un décès répartis entre les camps du Tigre, de Saint-Louis et les concessions.

Quant aux chantiers de Tollinche et de la Forestière, situés en amont de Saint-Jean, malgré de fréquentes communications ils sont restés indemnes.

La plupart des sujets atteints étaient des Européens, exceptionnellement des Arabes et des créoles blancs ou de couleur.

Beaucoup appartenaient au dernier convoi de décembre 1901.

D'une façon générale, la morbidité et la mortalité ont été plus considérables parmi les non-acclimatés.

La mortalité par rapport aux atteints a été plus accusée pour le sexe masculin que pour le sexe féminin ; pour les sujets d'âge viril et les adolescents que pour l'enfance et la vieillesse.

Les gens atteints de fièvre inflammatoire avant ou pendant l'épidémie ont joui d'une immunité absolue contre la fièvre jaune.

Aucune des personnes mentionnées plus haut, pas plus qu'aucun des relégués que nous eûmes à hospitaliser dans le courant de la première quinzaine de février, ne furent atteints par la suite du plus petit malaise pouvant se rapporter à une atteinte même très légère de typhus amaril et, cependant, de par leurs occupations, certaines étaient placées à souhait pour une contamination rapide et, chez beaucoup, le temps de séjour colonial n'était pas considérable⁽¹⁾.

(1) Rapport d'ensemble en réponse au questionnaire de la Direction.

Ci-joint le bilan de la morbidité et de la mortalité par mois, par localités, par races, par sexes, par âges et par temps de séjour :

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR LOCALITÉS.			
Saint-Jean.	100	31	31.00
Camp du Tigre.	3	1	33.33
Camp Saint-Louis.	3	//	//
Concessions.	2	//	//
TOTAUX.	108	32	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens.	102	30	29.41
Arabes.	2	2	100.00
Créoles blancs.	1	//	//
Créoles de couleur.	3	//	//
TOTAUX.	108	32	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin.	93	31	33.33
Féminin.	15	1	6.66
TOTAUX.	108	32	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 à 15 ans).	12	//	//
Adolescence (de 15 à 25 ans).	27	4	14.8
Virilité (de 25 à 55 ans) ⁽¹⁾	67	26	38.8
Vieillesse (au-dessus de 55 ans).	2	2	100.00
TOTAUX.	108	32	

(1) Sur lesquels : 4 cas et 1 décès de 40 à 45 ans; 5 cas et 2 décès de 45 à 50 ans; 4 cas et 2 décès de 50 à 55 ans.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ
PAR TEMPS DE SÉJOUR.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
Moins de 6 mois.....	38	15	39.47
De 6 mois à 1 an.....	40	10	25.00
De 1 an à 2 ans.....	16	7	43.75
De 2 ans à 5 ans.....	10	"	"
De 5 ans à 10 ans.....	3	"	"
Au-dessus de 10 ans.....	1	"	"
TOTAUX.....	108	32	

Épidémie de Saint-Laurent (20 janvier au 4 septembre 1902).

— L'apparition de la fièvre jaune à Saint-Laurent, encore qu'officiellement fixée au 21 février, doit être rétrospectivement considérée comme ayant suivi de plus près encore les débuts de l'épidémie de Saint-Jean.

Les méprises dont y furent alors l'objet les premières manifestations de la maladie, l'évacuation sur l'hôpital de Saint-Laurent des malades du personnel libre, les relations quotidiennes de toutes sortes qui subsistèrent, pendant toute cette période, entre les deux pénitenciers, militent en faveur d'une irradiation précoce de la maladie.

Ici, comme à Saint-Jean, elle procède d'une façon insidieuse, en impose sous sa forme sporadique pour du paludisme, de l'insolation, de l'embarras gastrique fébrile, jusqu'au jour où l'accentuation de ses caractères ne laisse plus de doute sur sa véritable nature.

On peut, à cet égard, en ne tenant compte que des cas les plus marquants, établir la gradation suivante :

Sous le diagnostic « d'accès pernicieux comateux » inefficacement traité par la quinine, le surveillant D. . . , comptant un mois de colonie, entre à l'hôpital le 20 janvier et succombe le 10 février de fièvre jaune à forme typhoïde, essentiellement caractérisée, au point de vue clinique, par des vomissements bilieux, puis noirâtres, de l'albuminurie, de l'insuffisance uri-

naire, de l'adynamie, de l'arythmie, de la dyspnée, du coma, et à l'autopsie, par des « noyaux hémorragiques » dans l'estomac, de la friabilité du foie, de la congestion de la plupart des viscères.

Sous celui de « fièvre rémittente bilieuse », la femme reléguée D. . . , dans la colonie depuis quelques mois, entre le 23 janvier à l'hôpital et y meurt le 1^{er} février.

Elle était devenue très jaune au moment de sa mort et cette coloration s'était accentuée dans les heures suivantes. L'autopsie pratiquée en présence du D^r David, avait permis de reconnaître des lésions suspectes au foie, à l'estomac et aux reins (CHANAUD, Rapport du 5 mars).

Le 30 janvier, la femme d'un surveillant, M^{me} S. . . est évacuée de Saint-Jean, sur l'hôpital de Saint-Laurent, sous le diagnostic de « fièvre rémittente bilieuse », conservé malgré un ictère conjonctival, un état d'adynamie, une convalescence pénible, des symptômes hépatiques plus que suspects.

Un surveillant, M. . . , depuis moins d'un mois dans la colonie, part le 21 février de Saint-Laurent pour le camp de Coswène, situé en aval de Saint-Laurent. Il y arrive insolé, après plusieurs heures de chaloupe, est ramené d'urgence à l'hôpital de Saint-Laurent dans la nuit du 21 au 22 et succombe le 27, après en avoir imposé pour une insolation (Dépêche du 27 février).

Il n'est cependant pas de cas plus classique d'amarilisme, et le médecin-major de Saint-Laurent ne sera pas longtemps à le reconnaître (Rapport du 5 mars).

Au surplus, en voici la synthèse :

21. A l'entrée, fièvre vive de 40 degrés, agitation, céphalalgie violente, rachialgie; facies rouge, vultueux, yeux brillants; état saburral des voies digestives, tendance aux vomissements, anurie.

Envers et contre tout traitement (quinine et antipyrine à dose massive, bains froids, glace sur la tête, cataplasmes sinapisés aux mollets, ventouses sur les reins, frictions térébenthinées et au jus de citron, lavements purgatifs, eau de Janos), cet état persiste jusqu'au 23 au soir.

A ce moment, rémission à 38 degrés, aussitôt suivie, le 24, de diminution de la céphalalgie et de l'apparition de vomissements vert

foncé puis noirâtres; hoquet persistant, malgré l'eau chloroformée et le champagne frappé; agitation et dyspnée incessantes. Mauvais moral.

Le 25, apparition d'épistaxis légères et de plaies ecchymotiques au scrotum et à la face interne des cuisses.

Le 26, insomnie, hoquet, vomissements noirâtres, délire. Le malade veut se lever, il appelle sa femme, insulte les infirmiers. Les vomissements sont continuels.

Malgré des bains chauds, des lavements de sérum, des injections de caféine, l'état du malade empire dans la nuit, les vomissements de noirâtres deviennent sanglants, la dyspnée augmente et la mort survient dans le coma, le 27 février, à 4 heures du matin. Teinte jaune après la mort.

L'autopsie faite le 27 février, à 8 heures du matin, en présence du D^r David, révèle un habitus extérieur et des lésions internes pathognomoniques, dont ci-après le résumé par ordre d'importance: coloration safranée très nette du plan antérieur et jaune des conjonctives. Teinte ecchymotique, noirâtre du plan postérieur, des bourses, de la face interne des cuisses, cyanose du visage (oreilles, nez, menton), du cou et des mains.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie fait une large tache jaune clair qui se détache très nettement des autres viscères. Il est hypertrophié, de couleur jaune clair, parsemé à la surface de quelques petits noyaux de congestion; mou et pâle à la coupe; il pèse 2 kilos. La vésicule biliaire, aplatie, renferme un peu de liquide épais, vert foncé... L'estomac et l'intestin offrent dans leur ensemble une teinte vert brunâtre. La cavité stomacale contient un liquide vert foncé très épais. On remarque des arborisations vasculaires et un piqueté hémorragique.

Les reins, les poumons, l'encéphale et leurs enveloppes sont congestionnés.

Poche kystique de la grosseur d'une noix remplie d'un liquide noirâtre à la partie inférieure du rein gauche, qui pèse 225 grammes, le droit ne pesant que 150.

Adhérences pleurales, surtout à droite et gros infarctus hémorragiques dans les deux poumons qui pèsent 1 kilogr. 450. Adhérences méningées avec vascularisation des circonvolutions gauches.

Cœur, du poids de 350 grammes, vide de sang, flasque.

Rate petite, diffluite, de teinte gris ardoisé, du poids de 265 grammes.

Du 1^{er} au 3 mars, on relève, coup sur coup, les cas de M^{me} Rad..., de M. et M^{me} Fl... et de leur enfant, tous quatre européens et arrivés dans la colonie depuis deux mois.

«M^{me} Ra... , femme d'un surveillant militaire, est âgée de 23 ans; d'une complexion délicate, déjà mère cependant de deux enfants dont un nourrisson, elle est par surcroît coutumière d'imprudences au soleil. Depuis deux mois qu'elle est dans la colonie et surtout depuis 15 jours, elle est en proie à un état subfébrile avec «malaise général, inappétence». Elle s'acclimate, croit-on.

Le 1^{er} mars, elle est prise de «fièvre violente avec vomissements bilieux, prostration», état pour lequel le médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital. Elle y arrive le lendemain, 2 mars. Là les symptômes du début persistent avec intensité, malgré un traitement énergique (anti-pyrine, quinine, bains, sérum artificiel...); la température reste toujours élevée, le pouls faible, à 100 pulsations, les vomissements toujours bilieux et incessants.

Le lendemain, 3 mars, la température baisse de 39°8 à 37°9, puis 37°3; le pouls se relève; mais les vomissements changent d'aspect: ils sont noirâtres, absolument marc de café, se produisent en fusées, souillent la malade, la literie et même l'entourage. En même temps, apparaissent le délire, le hoquet et la paralysie glosso-laryngée... La malade, qu'on essaye de soutenir encore par l'éther, la caféine, le champagne frappé, tombe dans le coma et expire à six heures du soir.

Le cadavre, le lendemain matin, présentait une teinte safranée intense très caractéristique, apparue peu après la mort (Chanaud. Rapport du 5 mars). Pas d'autopsie.

M. et M^{me} FL... et leur enfant âgé de 4 ans, proviennent de Saint-Jean, où ils sont tombés malades, le 28 février, avec de la fièvre, de l'embaras gastrique, des nausées...

Ils arrivent à l'hôpital de Saint-Laurent le 1^{er} mars soir, et meurent, l'enfant le 2 au matin, la mère le 3 au soir, tandis que le mari guérit.

Chez l'enfant, la fièvre ne cède pas un seul instant, s'accompagne à l'arrivée d'une syncope grave, bientôt suivie jusqu'à la fin, de convulsions, malgré la mise en usage de bains chauds, des injections de caféine et d'éther.

On crut à des accidents vermiformes puis à une fièvre pernicieuse convulsive et finalement le cas ne fut pas classé. (Dépêche du 2 mars.)

Chez la mère, la fièvre d'abord élevée à 39°6 et 40°3, subissait le 2 mars une légère défervescence à 38°6 et 38°3.

Alors, les vomissements, de vert foncé deviennent noirâtres, un peu visqueux, très abondants, en fusée. La langue, les gencives, les lèvres se recouvrent d'un enduit adhérent, pâteux et très noir. Le délire, le

hoquet, la paralysie glosso-laryngée se succèdent peu à peu et la malade meurt dans le coma le 3 mars à minuit.

Le lendemain matin, on est frappé de la coloration jaune foncé des téguments : l'aspect du cadavre était exactement semblable à celui de M^{me} Rad. . . (Chanaud, Rapport du 5 mars).

La nature de l'affection à laquelle succombèrent ces deux femmes n'ayant laissé aucun doute aux médecins de Saint-Laurent et de Saint-Jean, la déclaration en fut faite télégraphiquement à la Direction du Service de santé, mais trop tard pour que les mesures prises alors pour protéger la localité et le reste de la colonie eussent des chances d'être universellement efficaces.

Après un répit de quatorze jours, du 3 au 17, la maladie se constituait définitivement à l'état épidémique, atteignait son apogée en mars pour la mortalité, en avril pour la morbidité, décroissait en mai et juin, présentait une recrudescence en juillet, déclinait à nouveau en août et prenait fin le 4 septembre par un cas mortel.

Le bilan officiel de l'épidémie, décompté du 21 février, se chiffre par 97 cas et 53 décès. Toute rectification faite, d'après les données rétrospectives, le bilan réel s'élève à 103 cas et 57 décès non douteux, auxquels il importe d'ajouter, pour mémoire, nombre de cas frustes ou « inflammatoires » qui n'ont pas été retenus.

Comme celle de Saint-Jean, l'épidémie de Saint-Laurent a coïncidé avec des pluies torrentielles entrecoupées de journées de soleil torride (Chanaud), accrues, en mars, de quelques sautes de vent du Nord-Est au Sud-Ouest et, en juillet, de fréquents orages.

La plupart des cas de cette épidémie sont originaires de la localité même de Saint-Laurent et de la rade.

Deux navires de commerce récemment arrivés dans la colonie et provenant directement de Cayenne ont, en effet, présenté : l'un, le *Hagen*, de nationalité allemande, 6 cas et 2 décès ; l'autre, le *Mazatlan*, battant pavillon français, 6 cas, dont 1 mortel.

Les camps annexes du pénitencier n'ont présenté ensemble que 14 cas et 10 décès.

La maladie n'a sévi que sur les Européens et les Arabes, exception faite pour un créole bourbonnais, de couleur, faisant partie de l'équipage du *Mazatlan*.

La plupart des sujets atteints étaient des non-acclimatés. D'aucuns, cependant, comptaient un assez long séjour colonial et des cas mortels ont été observés chez des condamnés dont le temps de présence à la Guyane était de 7, 8, 9, 10, 13 et 28 ans!

La mortalité par rapport aux atteintes a été plus forte pour les hommes que pour les femmes; pour les sujets d'âge viril et les adolescents que pour les enfants et les vieillards.

D'une façon générale, les sujets atteints à plus ou moins brève échéance de fièvre inflammatoire ont joui de l'immunité à l'égard de la fièvre jaune.

Parmi tous ceux qui, cette année, antérieurement au développement épidémique de l'affection, ont été atteints de la bilieuse inflammatoire prémonitoire, il ne s'est rencontré, à ma connaissance, personne qui ait été ultérieurement touché par la fièvre jaune (Noblet).

Il est à remarquer, par surcroît, que notre collègue qui lui-même avait été atteint, en 1894, de la fièvre inflammatoire, n'a pas payé tribut à la maladie.

Ci-joint par tableaux le bilan de la morbidité et de la mortalité par mois, localités, races, sexes, âges et temps de séjour :

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR LOCALITÉS.	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
Saint-Laurent ⁽¹⁾	89	47	52.80
Nouveau camp de Charvin.....	5	5	100.00
Île Saint-Maurice.....	3	2	66.66
Saint-Jean (évacués).....	3	1	33.33
Hattes.....	2	1	50.00
Saint-Louis (lazaret).....	1	1	100.00
TOTAUX.....	103	57	

⁽¹⁾ Pénitencier, village, rade.

	CAS.	DÉGÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens	90	47	52.22
Arabes	12	10	83.33
Créoles de couleur	1	"	"
TOTAUX	103	57	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin	90	50	55.55
Féminin	13	7	53.85
TOTAUX	103	57	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 à 15 ans)	1	1	100.00
Adolescence (de 15 à 25 ans)	30	12	40.00
Virilité (de 25 à 55 ans)	68	40	51.45
Veillesse (de 55 ans et au-dessus) ⁽¹⁾	4	4	100.00
TOTAUX	103	57	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR TEMPS DE SÉJOUR.			
Moins de 6 mois	50	27	54.00
De 6 mois à 1 an	9	7	77.77
De 1 an à 2 ans	18	10	55.55
De 2 ans à 5 ans	15	6	40.00
De 5 ans à 10 ans	7	5	71.42
Au-dessus de 10 ans ⁽²⁾	4	2	50.00
TOTAUX	103	57	

(1) Dont 1 de 63 ans.

(2) Dont 1 ayant 28 ans de séjour.

IncurSION à Mana (2 au 8 mars). — La deuxième incurSION de l'épidémie de 1902 eut lieu de Saint-Laurent sur Mana dans les circonstances suivantes :

Le gendarme L. . . européen, âgé de 27 ans, arrivé à la Guyane, sa première colonie, le 29 juin 1901, est, après 7 mois de séjour au chef-lieu, envoyé en service à Mana où il débarque le 10 février 1902 (après avoir passé par Saint-Laurent).

Le 24 février, à 8 heures et demie du matin, il repart pour Cayenne en conduite avec son chef de brigade M. . ., prenant tous les deux passage à bord de la goélette *Gustave-Édouard* qui provenait directement de Saint-Laurent où la fièvre jaune sévissait déjà.

Le 28 février, à 10 heures du matin, ils sont de retour à Mana par l'*Anna Julia*. . .

Dans la nuit du 2 au 3 mars vers 11 heures et demie, soit exactement 7 jours et demi après son passage sur le *Gustave-Édouard*, au retour d'une tentative de chasse d'environ une heure, contrariée par la pluie, mais compensée au retour par un bon dîner, L. . . est brusquement pris en pleine santé des premiers symptômes amarils et meurt six jours plus tard, le 8 mars, à 5 h. 45 du matin, après avoir présenté un cas type de fièvre jaune (Lacour)⁽¹⁾.

L'état sanitaire de la localité de Mana, de tout temps peu éprouvée par la fièvre jaune, était, au moment où eut lieu cette importation, aussi parfait que possible, et le contagion rencontrant, par surcroît, une population européenne assez peu nombreuse et plus ou moins acclimatée, ne signala sa présence dans l'atmosphère ambiante que par des infections frustes et pour ainsi dire latentes, chez les sujets les plus prédisposés de l'entourage immédiat du malade.

Quatre personnes, trois gendarmes et une femme ont, en effet, cohabité à la gendarmerie de Mana, au cours de la maladie de L. . . Sur ce nombre, trois ont présenté, du 4 au 6 mars, des « malaises avec vomissements alimentaires et bilieux », témoignant d'une infection fruste et passagère de voisinage heureusement jugulée, d'ailleurs, par des purgatifs salins, des infusions de thé avec ou sans antipyrine. Ce sont : le chef de brigade

(1) Extrait du Rapport du 18 mars 1902.

M. . . qui avait voyagé avec L. . . sur le *Gustave-Édouard* et comptait à la Guyane deux séjours de 4 ans et de 16 mois séparés par une interruption d'un an; sa femme, dans la colonie depuis 16 mois; enfin, le gendarme S. . . , qui n'avait que 14 mois de Guyane.

Le dernier gendarme dont le temps de séjour était aussi de 14 mois, bien que préposé aux soins de son camarade qu'il n'a pas quitté une minute, pendant tout le cours de la maladie, n'a rien présenté d'anormal.

Aucun des cinquante autres européens du bourg (rélégués, libérés transportés, personnel libre), n'a été atteint par la maladie, quoique plusieurs comptassent de 3 à 6 mois de séjour et aient assisté à l'enterrement du gendarme décédé.

Épidémie de Cayenne (11 mars au 15 décembre 1902). — L'apparition de la fièvre jaune à Cayenne marque la troisième incursion de l'épidémie de 1902. Comme celle de Mana, qu'elle suivit de quelques jours, elle semble avoir procédé des relations maritimes du chef-lieu avec le pénitencier de Saint-Laurent.

Mais, l'implantation de la maladie en ce milieu visité de tout temps par la fièvre jaune ne va pas sans une constitution pseudo-amarile anticipée, éminemment prédisposante.

Depuis plusieurs jours déjà, comme chaque année à pareille époque, au dire des gens autorisés, les embarras gastriques à cachet inflammatoire, les gastro-bilieuses étaient à l'ordre du jour chez les Européens non acclimatés et même chez les créoles.

Entre autres faits dignes d'attention, une fièvre bilieuse fut observée sur un créole de la localité habitant une chambre où, depuis trois ans, à la même époque, avaient été relevés chez d'autres personnes autant de cas de la même maladie.

Sur ces entrefaites, l'épidémie se constitue du fait des relations suspectes avec Saint-Laurent, frappant d'emblée acclimatés et non-acclimatés.

De Saint-Laurent, déjà en période préépidémique non déclarée, arrive à Cayenne, le 2 mars, le vapeur côtier la *Vic-*

toire, ayant à son bord le capitaine d'infanterie coloniale G... , commandant d'armes de Saint-Laurent, venu pour affaires de service.

Ces affaires le mettent dès le 3 en relations constantes avec le caporal fourrier H... et le sergent-major B... , incidemment avec le commandant, sa famille et son ordonnance.

Le commandant et sa famille sont des créoles de couleur arrivés depuis peu à Cayenne, mais déjà préparés à l'acclimatement par un premier séjour.

Son ordonnance ne compte que 2 mois, le caporal fourrier 18, le sergent-major 12, le capitaine G... 3; ils sont tous européens.

Dans vingt jours, tout ce monde, à l'exception du commandant et de sa famille, aura payé tribut à la maladie et, moins l'ordonnance, succombé à ses atteintes, en laissant à d'autres sujets de leur fréquentation le germe mortel de la maladie.

Après vingt-quatre heures de séjour à Cayenne, en effet, le 4 mars, le capitaine G... regagne Saint-Laurent-du-Maroni où il est pris le 16 et succombe le 21 de fièvre jaune.

Le 11 mars, sept jours après avoir été en relations avec lui au chef-lieu, le caporal fourrier H... est atteint à son tour, entre le 14 à l'hôpital et succombe le 20 mars.

Le 20, l'ordonnance du commandant est gravement frappé; hospitalisé le 22, il guérit cependant.

Le 24, le sergent-major B... , après une nuit d'intempérance, est également atteint; il entre le 26 à l'hôpital et succombe le 28.

Entre temps, un condamné préposé à la voirie et comptant treize ans de colonie présente, le 19, les premiers symptômes de la maladie; hospitalisé le 12, il meurt le 27.

Un employé de commerce, européen, nouvellement arrivé dans la colonie, est mortellement frappé; son cas en impose pour une fièvre bilieuse hémoglobinurique et n'est pas décompté.

Un jeune commis de l'administration pénitentiaire, compagnon de plaisir du sergent-major B... , dans la colonie depuis un mois, présente du 23 mars au 2 avril une légère atteinte.

Enfin, trois soldats comptant trois mois de séjour colonial, faisant fonctions d'ordonnance, habitant à proximité de celui du commandant et ayant ensemble, jusqu'au 22, des relations incessantes, sont, du 30 mars au 3 avril, atteints par la maladie, deux d'entre eux mortellement.

A compter de cette date, les filiations s'enchevêtrent de plus en plus, la maladie apparaît d'une façon capricieuse sur différents points de la ville, donnant naissance ici à des cas isolés, ailleurs comme au pénitencier, au camp des surveillants mariés, à la gendarmerie et au couvent des Sœurs de Cluny, à de véritables foyers. De la ville, elle gagne les villas de dissémination de la banlieue, et, par delà l'eau, le camp de l'Het-la-Mère, la gendarmerie de la pointe Macouria et le lazaret.

L'épidémie atteignit sa plus grande intensité d'avril à juin, son apogée correspondant pour la morbidité au mois d'avril, pour la mortalité au mois de mai. Elle commença à décroître dans les derniers jours de juin et prit fin, officiellement, le 31 août, date d'entrée en convalescence du dernier cas, le dernier décès ayant eu lieu par ailleurs le 27.

Un cas bénin à cachet inflammatoire suivit le 15 septembre; un cas grave, sporadique, évolua du 17 novembre au 15 décembre.

Le bilan officiel de cette épidémie, décompté du 11 mars au 31 août, s'élève au chiffre de 180 cas et 30 décès. En y ajoutant 29 cas d'intensité diverse et 3 cas mortels survenus en ville et non décomptés, on arrive au chiffre de 212 cas et 33 décès représentant le bilan réel.

Sur ce chiffre, la garnison entre pour 73 cas et 12 décès, savoir : gendarmerie, 6 cas et 3 décès; artillerie, 9 cas sans décès; infanterie, 73 cas et 12 décès.

L'épidémie de Cayenne, non moins que celle du Maroni, a coïncidé avec des pluies torrentielles entrecoupées çà et là de coups de soleil, de poussées de chaleur lourde et parfois orangeuse, et contrairement à la tradition, elle a pris fin brusquement, au moment où les pluies, diminuant d'intensité, laissaient la place à une ébauche de saison sèche.

La plupart des cas et des décès sont originaires de la ville ou de la rade; cependant, les environs entrent pour une grande part dans la morbidité et la mortalité générales hospitalières.

La maladie a principalement sévi sur les Européens; quelques Arabes, quelques créoles blancs et de couleur originaires des Antilles lui ont cependant payé tribut.

La mortalité par rapport aux atteints a été beaucoup plus forte pour le sexe masculin que pour le sexe féminin, pour les sujets adolescents et de l'âge viril. Il n'y a pas eu de décès parmi les enfants et les vieillards.

La maladie a comme partout accusé une prédilection marquée pour les nouveaux venus. Cependant deux sujets comptant dix et quinze ans de séjour ont été mortellement frappés.

D'une façon générale, les gens atteints de la fièvre inflammatoire, soit au cours de l'épidémie, ont présenté une immunité absolue contre l'infection amarile caractérisée.

Ci-joint le bilan de la mortalité et de la morbidité par mois, localités, races, sexes, âges et temps de séjour :

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR LOCALITÉS.			
Cayenne (troupe et divers) ⁽¹⁾	137	25	17.9
Villas de dissémination de la banlieue (troupe).	24	1	4.17
Camp de dissémination de l'Îlet-la-Mère (troupe).	41	5	12.19
Pointe Macouria.	4	2	50.00
Lazaret.	4	"	"
Rémire.	1	"	"
Tonnégrande.	1	"	"
TOTAUX.	212	33	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens.	196	32	16.33
Créoles blancs.	7	"	"
Créoles de couleur.	6	1	16.60
Arabes.	3	"	"
TOTAUX.	212	33	

⁽¹⁾ Ville, rade.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin.....	170	30	17.64
Féminin.....	42	3	7.14
TOTAUX.....	212	33	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 an à 15 ans).....	12	"	"
Adolescence (de 15 ans à 25 ans).....	79	16	20.25
Virilité (de 25 ans à 55 ans).....	120	17	14.16
Veillesse (au-dessus de 55 ans).....	1	"	"
TOTAUX.....	212	33	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR TEMPS DE SÉJOUR.			
Moins de 6 mois.....	54	13	24.07
De 6 mois à 1 an.....	32	7	22.22
De 1 an à 2 ans.....	48	3	6.25
De 2 ans à 5 ans.....	34	4	11.79
De 5 ans à 10 ans.....	29	4	13.79
Au-dessus de 10 ans.....	15	2	13.33
TOTAUX.....	212	33	

Épidémie des Îles (13 mai-7 août). — Les mesures de prophylaxie prises sur tous les points de la colonie pour enrayer l'expansion du fléau firent qu'à partir de son apparition au chef-lieu il resta longtemps confiné dans les régions primitivement atteintes, malgré le ravitaillement obligé de Kourou et des Îles. Mais les infractions sanitaires habituelles aux milieux pénitenciers ne pouvaient manquer de mettre un terme à cette heureuse situation.

Dans les premiers jours de mai, le vapeur *Maroni*, de l'Administration pénitentiaire, quittait Cayenne pour les Îles et Saint-Laurent,

après avoir subi au lazaret de Larivot les mesures ordinaires de désinfection. A son passage à l'île Royale, il est, par surcroît, tenu en quarantaine.

Cependant, l'officier d'administration du pénitencier, créole blanc de la Martinique, qui habite à proximité du quai, risque en l'absence de l'autorité sanitaire une visite à bord dudit navire. Le *Maroni* était-il mal désinfecté? A-t-il, par quelque embarquement clandestin de la dernière heure, compromis le résultat de sa désinfection? Quelques moustiques infectés avaient-ils, avant le départ de Cayenne, élu domicile à bord et, à leur arrivée aux Îles, assailli et inoculé l'imprudent officier d'administration qui s'offrait bénévolement à leurs attaques? C'est ce qu'il est difficile de dire, les fraudes étant non moins fréquentes que les moustiques à bord des navires côtiers.

Quoi qu'il en soit, quelques jours après le passage du *Maroni*, le 15 mai, l'officier d'administration fut pris d'une fièvre qui, taxée d'inflammatoire, n'inquiéta pas outre mesure.

Presque en même temps, sa nièce et ses deux plantons présentèrent, antérieurement au 20, des états fébriles plus légers mais de même nature.

Entre temps, on constata sur des canotiers du port maints états fébriles suspects.

Le 20, le transporté Flor . . . , laveur chez l'officier d'administration, et sans cesse en contact avec ses deux plantons précités, était à son tour pris de fièvre suspecte et succombait le 23, en présentant presque tous les symptômes de la fièvre jaune. L'autopsie confirma le diagnostic.

C'est alors que je fus avisé pour la première fois de la situation sanitaire et que je prescrivis l'enquête qui aboutit au diagnostic rétrospectif de la série de cas dont nous avons cité plus haut la filiation.

A partir de ce décès, la maladie progresse graduellement du quai, son point de départ, au chemin de ronde et au sommet de l'île où se trouve la majeure partie de la population et s'étend aux différents groupes.

Commencée le 15 mai, l'épidémie prit fin le 7 août, après avoir présenté des allures assez bénignes et donné lieu à 29 cas et 5 décès répartis entre l'île Royale et l'île Saint-Joseph.

Elle a coïncidé avec des pluies fréquentes et abondantes, entrecoupées de journées chaudes, orageuses, de brouillards et de quelques sautes de vent du N.-N.-E. au S.-E.

La prédilection de la maladie pour le sexe masculin, les adolescents et les hommes d'âge viril, les Européens et les non-acclimatés, s'est affirmée d'une façon manifeste, encore que ces derniers fussent rares aux Îles.

Le bilan de l'épidémie par mois, localités, races, sexes âges et temps de séjour est donné par les tableaux ci-après :

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

	CAS.	DÉGÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR LOCALITÉS. -			
Île Royale.	27	4	14.85
Île Saint-Joseph.	2	1	50.00
TOTAUX.	29	5	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens.	26	5	19.23
Arabes.	1	"	"
Créoles blancs.	"	"	"
Créoles de couleur.	2	"	"
TOTAUX.	29	5	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin.	28	5	17.92
Féminin.	1	"	"
TOTAUX.	29	5	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 an à 15 ans).	2	"	"
Adolescence (de 15 ans à 25 ans).	12	3	25.00
Virilité (de 25 ans à 55 ans).	14	1	7.14
Vieillesse (au-dessus de 55 ans).	1	1	100.00
TOTAUX.	29	5	

MOORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR TEMPS DE SÉJOUR.	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
Moins de 6 mois.	9	3	22.22
De 6 mois à 1 an.	4	#	#
De 1 an à 2 ans.	3	#	#
De 2 ans à 5 ans.	7	1	14.28
De 5 ans à 10 ans.	4	1	25.00
Au-dessus de 10 ans.	2	1	50.00
TOTAUX.	29	6	

Épidémie de Kourou-les-Roches (15 juin-10 septembre). — L'épidémie de Kourou-les-Roches a, selon toute vraisemblance, succédé à l'envoi de Saint-Laurent de vêtements destinés aux transportés. Malgré la prohibition dont étaient frappés ces objets, en tant qu'éminemment susceptibles de transmettre la maladie, plusieurs d'entre eux furent expédiés, clandestinement, sans avoir été soumis à la désinfection préalable au lazaret de Larivo, quoiqu'elle fût obligatoire.

A leur réception à Kourou, en fin mai, le médecin du pénitencier crut, par mesure de précaution, devoir s'enquérir à Saint-Laurent de leur provenance exacte.

Sur la réponse favorable qui lui fut faite qu'ils avaient été confectionnés avant l'épidémie, et provenaient directement des magasins de l'Administration, il se crut autorisé à en permettre la distribution sans aucune désinfection, opération pour laquelle il n'était pas d'ailleurs outillé.

Lesdits vêtements furent répartis entre le pénitencier des Roches et les annexes de Pariacabo et de Passoura, des derniers jours de mai aux premiers jours de juin.

Peu après, on notait nombre d'embarras gastriques au cachet inflammatoire avec érythème scrotal.

Un peu plus tard, le 16 juin, un transporté Bet. . . , comptant 6 mois de séjour colonial et depuis un mois (16 mai) à l'infirmerie des Roches, où il avait été évacué, de Pariacabo,

atteint de fièvre intermittente et puis gardé, après sa guérison, en qualité d'infirmier auxiliaire, tombait atteint de fièvre jaune classique et succombait le 21.

Cet homme ne sortait que rarement de l'infirmerie où il était chargé du nettoyage des salles et du lavage du linge des malades.

Or, dans ce linge se trouvaient des vêtements reçus précédemment de Saint-Laurent et certains des malades qui les avaient portés présentaient ces états fébriles avec embarras gastrique et érythème scrotal dont il a été question précédemment.

Ce cas fut, dans les premiers jours de juillet, suivi de deux autres, chez deux hommes qui, l'un, venait se faire soigner à l'infirmerie et l'autre y avait été traité, du 19 au 24, alors que Bet. . . y était malade et y mourait.

D'après le médecin de Kourou, la contagion ne saurait être imputée à la mise en usage des vêtements reçus de Saint-Laurent parce que, aussitôt après leur confection, ils avaient été déposés en magasin, d'où ils n'étaient sortis que plus tard, emballés et emballés et qu'en outre les hommes des chantiers, pour avoir été habillés avant les autres et d'une façon plus complète, auraient été les premiers frappés, ce qui n'a pas eu lieu.

Mais ne savons-nous pas que, dans une atmosphère contaminée, les germes disséminés par les courants d'air, transportés par les allées et venues des personnes, sont susceptibles de s'élever du sol aux étages, de pénétrer partout, de s'insinuer dans les tiroirs, dans les fissures, entre les feuillets d'un livre, à plus forte raison entre les plis d'une étoffe?

N'est-il pas, en outre, permis de supposer que tous les stocks de vêtements n'étaient pas contaminés?

Si tant est, d'ailleurs, que l'explosion de la maladie a pu, du fait du ravitaillement obligé de Kourou, procéder de l'importation accidentelle de germes virulents, c'est assurément de Saint-Laurent, principal foyer de l'épidémie, dont les expéditions, fort susceptibles, n'étaient soumises à aucune désinfection préalable, mais non de Cayenne où les navires et leur charge-

ment subissaient, à leur départ, une désinfection aussi rigoureuse que possible et dont les envois ne comprenaient que des vivres et denrées de première nécessité; encore moins des Îles, dont l'unique envoi a consisté en quelques caisses de lait condensé et d'ailleurs désinfectées.

À supposer, par surcroît, que les navires venus de ces ports aient servi de véhicules aux moustiques infectés, conception fort plausible vu le grand nombre de ces diptères à bord des navires côtiers, il resterait, dans le cas particulier, à expliquer pourquoi les premiers sujets atteints de fièvre jaune ont été des condamnés qui n'avaient en rien contribué au déchargement des marchandises et habitaient l'infirmerie, à une assez grande distance du mouillage des navires.

Ajoutons, pour surcroît de renseignements, que le pénitencier des Roches était aussi rigoureusement que possible isolé du village de Kourou qui, bien que non contaminé, avait été tenu, par nos ordres, pour suspect, en raison de ses communications possibles avec Cayenne.

Ainsi donc et n'en déplaise à l'Administration pénitentiaire, toujours des plus indulgentes quand il s'agit de ses propres errements, l'envoi de vêtements de Saint-Laurent reste, en bonne logique, la raison d'être accidentelle de l'épidémie de Kourou.

Et de même en d'autres temps et en d'autres lieux!

L'épidémie du pénitencier de Kourou s'est officiellement déroulée, du 16 juin au 15 août, au milieu des conditions météorologiques identiques à celles des Îles, en donnant lieu à 12 cas et 8 décès.

A ce bilan officiel il importe d'ajouter 3 cas, dont 2 mortels, observés en septembre et qui, encore qu'étiquetés «accès pernicieux suspects», ont présenté à l'autopsie des lésions caractéristiques de fièvre jaune associées aux stigmates du paludisme (Jouvenceau).

Quant aux variations de la morbidité et de la mortalité, elles se traduisent par une prédilection marquée pour les Européens et les non-acclimatés, le sexe masculin, les hommes de l'âge viril et les adolescents.

Bouffée amarile au bourg de Kourou. — Un mois après la cessation officielle de l'épidémie, dans les derniers jours de septembre, la gendarmerie du bourg de Kourou fut le théâtre d'une bouffée de 3 cas de fièvre jaune, dont un suivi de décès.

Les gendarmes de Kourou étant en communication incessante de service avec Cayenne, il est plausible d'admettre qu'ils y ont puisé les germes de la maladie.

Les trois gendarmes atteints étaient Européens et comptaient l'un, le décédé, dix-huit mois, les autres, seize mois et deux ans et demi de séjour. Ils n'avaient jamais eu la fièvre inflammatoire.

L'invasion du village de Kourou marque la dernière incursion de l'épidémie de 1902 hors de son foyer primitif.

En somme, ces diverses incursions ont eu lieu de trois façons différentes :

Par l'homme, en tant qu'amarilien avéré, l'importateur arrivant malade (cas de Saint-Laurent), ou le devenant aussitôt après (cas de Mana, du village de Kourou, de Cayenne);

Par les choses — navires, effets — aux Îles et à Kourou les Roches. Peut-être aussi, dans le cas des Îles, par les moustiques.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ.

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR LOCALITÉS.			
Les Roches.	15	10	66.66
Bourg de Kourou.	3	1	33.33
TOTAUX.	18	11	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR RACES.			
Européens.	17	11	64.70
Arabe.	1	0	0
TOTAUX.	18	11	

	CAS.	DÉCÈS.	POURCENTAGE de LA MORTALITÉ.
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR SEXES.			
Masculin.	17	10	58.82
Féminin.	1	1	100.00
TOTAUX.	18	11	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR ÂGES.			
Enfance (de 1 an à 15 ans).	"	"	"
Adolescence (de 15 ans à 25 ans).	4	3	75.00
Virilité (de 25 ans à 55 ans).	14	8	57.14
Vieillesse (au-dessus de 55 ans).	"	"	"
TOTAUX.	18	11	
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR TEMPS DE SÉJOUR.			
Moins de 6 mois.	9	3	77.77
De 6 mois à 1 an.	5	7	60.00
De 1 an à 2 ans.	1	"	"
De 2 ans à 5 ans.	3	1	33.33
De 5 ans à 10 ans.	"	"	"
Au-dessus de 10 ans.	"	"	"
TOTAUX.	18	11	

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Après avoir exposé par le détail les différentes phases de l'épidémie de 1902 et les circonstances qui les ont accompagnées, il importe désormais de déterminer les conditions de sa genèse. Nous examinerons dans ce but, en tant que facteurs *sine qua non* de tout processus épidémique, le rôle respectif de la cause première et des causes secondes ou adjuvantes.

I. LA CAUSE PREMIÈRE : GERMES D'IMPORTATION
ET GERMES ENDÉMIQUES.

Toute épidémie amarile procède essentiellement de germes endémiques ou exotiques, de l'action desquels résulte, suivant le cas, sa genèse sur place ou par importation.

La détermination de l'origine de l'épidémie de 1902 emprunte, de ce double chef, aux circonstances épidémiologiques de terroir et de voisinage, un caractère de litigieuse complexité.

Les méprises dont furent l'objet ses débuts, la notoriété dont bénéficièrent au contraire les explosions voisines firent que l'hypothèse de l'importation, toute de tradition à la Guyane, prévalut *a priori* sur celle d'un réveil d'endémicité.

Mais, outre qu'à l'examen le plus minutieux, la fissure par laquelle se serait faite cette importation reste, en dépit des apparences, littéralement insaisissable, la connaissance que nous avons des débuts et de la marche de la maladie, ainsi que du passé épidémiologique de la colonie, démontre péremptoirement qu'il s'est agi, en l'occurrence, d'un processus de terroir.

1° *Les antécédents de voisinage : relations de la Guyane avec les pays contaminés ; prophylaxie ; rôle négatif de l'importation.* — Trois explosions de nature amarile plus ou moins caractérisée se sont, antérieurement à l'épidémie de 1902, manifestées dans le cercle habituel des relations extérieures de la Guyane.

L'une, dite de *fièvre inflammatoire*, eut pour théâtre le chef-lieu de notre trop malheureuse Martinique.

L'autre, d'une durée plus éphémère, mais d'un caractère plus accusé, passa comme un souffle sur la garnison de Castries, capitale de l'île Sainte-Lucie.

La dernière, enfin, d'une gravité et d'une portée plus considérables, hanta de sa présence, pendant six mois, la Guyane hollandaise, notre voisine, de Surinam à Albina.

Encore que les relations de la Guyane française avec les autres régions à endémo-épidémicité amarile, soient autrement nombreuses et s'étendent, pour le moins, des Antilles françaises

au Para, il s'en faut que ces pays puissent être, en l'occurrence, incriminés et l'hypothèse d'une importation se ramène tout entière à une exode de la maladie hors des trois pays précités.

Fièvre inflammatoire de la Martinique; son rôle négatif. — Du mois de décembre 1901 au mois de mars 1902, la ville de Fort-de-France (Martinique) fut, paraît-il, sous le coup d'une épidémie de fièvre inflammatoire qui atteignit principalement les Européens de la garnison les plus récemment arrivés dans la colonie ⁽¹⁾.

Par suite de sa bénignité, l'autorité sanitaire de Fort-de-France n'en fit point mention sur les patentes, et les ports de la Guyane restèrent librement ouverts aux provenances de cette localité.

Ces relations furent-elles, par suite de quelque apport virulent, l'origine de l'épidémie de 1902? Nous ne le pensons pas, car leur ordre de succession est absolument inverse de celui de la marche de l'épidémie.

C'est à Cayenne, en effet, qu'atterrissent les diverses provenances de la Martinique, paquebot-annexe, cargo-boats, goélettes, qui, d'une façon régulière ou irrégulière, relie cette île à la Guyane.

C'est là que s'effectuent en totalité le débarquement des passagers et le débarquement des marchandises dont la plus grande partie lui est destinée.

De ce point, le reste, à l'aide de caboteurs et de canots, atteint les postes du littoral et les placers qu'ils alimentent.

Les commerçants et les mineurs de l'Inini, avec armes et bagages, passent par Saint-Laurent du Maroni d'où ils se dirigent ensuite, par voie fluviale, sur les territoires aurifères, sans communiquer avec les autres pénitenciers situés en amont.

C'est tout au plus si, au-dessus de Saint-Jean, à la Forestière ou à Tollinche, ils risquent de temps à autre, à la faveur d'un isolement relatif, quelque échange clandestin avec les

⁽¹⁾ GUERCHET, Communication orale faite à Cayenne à son arrivée de la Martinique.

transportés. Puis, reprenant leur course, ils ne tardent pas à se perdre dans la région des sauts.

Or, outre que ces arrivages, pendant toute la durée de la fièvre inflammatoire, des Antilles, eurent lieu à Cayenne, dans des conditions sanitaires irréprochables, ce n'est, ni dans ce port, ni à Saint-Laurent où le contact martiniquais fut aussi large et aussi prolongé que possible, ni à Tollinche, ni à la Forestière qui furent toujours indemnes, qu'eut lieu le début de l'épidémie de 1902, mais bien à Saint-Jean, que ne fréquentent point les mineurs et où la fièvre jaune existait bien avant, à l'état sporadique.

Il ne semble donc pas qu'il y ait de relation directe de cause à effet entre la fièvre inflammatoire de Fort-de-France et l'épidémie de fièvre jaune de la Guyane.

Fièvre jaune de Sainte-Lucie et Barbade⁽¹⁾ : prophylaxie ; son rôle négatif. — Pendant presque tout le mois de décembre, du 4 au 30, les environs de Castries en l'île Sainte-Lucie furent le théâtre d'une petite épidémie amarile de garnison dont le bilan a été officiellement évalué à 12 cas et 6 décès⁽²⁾.

La maladie succéda à des travaux de terrassement nécessités par la construction de nouvelles casernes.

« Les casernes, écrit l'agent consulaire de Sainte-Lucie au vice-consul de la Trinidad⁽³⁾, sont toutes bâties sur des collines et situées à 2 ou 3 milles de la ville ; elles sont belles et bien aérées ; mais il a été reconnu que, chaque fois qu'on en bâtissait de nouvelles et que, par conséquent, la terre était creusée et remuée, il se produisait toujours un ou deux cas de fièvre sans importance.

Mais, cette fois, les constructions entreprises sont édifiées sur un emplacement autrefois couvert de cases nègres et l'opinion

(1) Renseignements fournis par l'agent consulaire de France à Sainte-Lucie au vice-consul de France à Port d'Espagne (Trinidad), transmis au gouverneur de Cayenne du 4 décembre 1901 au 22 janvier 1902.

(2) Câblogrammes des 4, 12, 23 décembre ; lettres du 24 décembre du vice-consul de la Trinidad, du 30 décembre, de Sainte-Lucie.

(3) Lettre du 5 décembre 1901.

générale est que cette fièvre est due aux exhalaisons qui proviennent des nombreuses excavations creusées dans ce terrain.»

Les mesures les plus rigoureuses furent prises par les autorités civiles et militaires pour garantir la ville ; une stricte surveillance fut exercée sur les casernes, qu'on isola, et les officiers et les soldats ne furent pas admis à circuler en ville.

Les troupes se transportèrent sur un autre point plus éloigné. Toutes les précautions sanitaires maritimes furent prises et rigoureusement suivies. . . Les vapeurs continuèrent à aller faire leur charbon à Castries, mais en « stricte quarantaine », sans autre communication avec la terre, auquel cas il leur fut délivré des certificats de « non-communication ».

Grâce à ces mesures, l'épidémie resta cantonnée dans la garnison et ne tarda pas à disparaître ; vers le 5 janvier 1902, elle fut officiellement considérée comme terminée et les navires en partance reçurent patente nette⁽¹⁾.

L'état sanitaire de la ville de Castries ne fut en rien influencé et l'épidémie n'eut point d'expansion, si ce n'est au début et par surprise, sur la Barbade.

« Un marin s'étant trouvé malade à bord d'un vapeur venu de Castries, on le transporta à l'hospice où, à peine arrivé, on s'aperçut qu'il « souffrait de la fièvre jaune » (*sic*). On le fit transporter de suite au lazaret⁽²⁾. Ce cas resta isolé. »

Au reçu des renseignements qui précèdent, et malgré la rigueur des mesures sanitaires prises par les autorités anglaises de Sainte-Lucie et de la Barbade, une surveillance spéciale fut exercée par nos soins sur les provenances des Antilles anglaises.

Mais il n'y eut pas lieu d'intervenir, aucun navire suspect n'étant entré dans les ports de la Guyane, si ce n'est le 30 décembre à Cayenne, le paquebot-annexe de la Compagnie géné-

⁽¹⁾ Câblogramme du 9 janvier, de l'agent consulaire de Sainte-Lucie au vice-consul de la Trinidad. Lettre du 22 de ce dernier au gouverneur de Cayenne.

⁽²⁾ Lettre du 9 décembre 1901 du vice-consul de France à la Barbade au gouverneur de la Guyane française.

rale transatlantique, dont le passage en rade de Sainte-Lucie, dans l'unique but de déposer la poste, eut lieu sans aucune communication et dont l'arrivée, dans des conditions sanitaires irréprochables, ne fut suivie, dans la ville, d'aucune manifestation amarile.

L'épidémie de ces îles n'a donc pu avoir aucune influence sur l'éclosion de celle de la Guyane française.

Fièvre jaune de la Guyane hollandaise : prophylaxie; importation négative⁽¹⁾. — Du 9 janvier au 3 juillet 1902, la Guyane hollandaise fut aux prises avec une épidémie de typhus amaril, supposée consécutive à l'introduction dans Surinam de « marchandises provenant des Îles ».

Son bilan, d'après les déclarations faites à l'état civil, s'est chiffré par 52 cas et 30 décès dont 51 cas et 29 décès au passif de Surinam et des environs, un seul cas mortel, le 16 avril au village d'Albina sur la rive gauche du Maroni.

Aucun autre point de cette rive ne fut atteint.

C'est donc uniquement d'Albina et de Surinam que l'importation de la fièvre jaune a pu s'effectuer, si tant est qu'il y ait eu importation.

Or, l'unique cas d'Albina remontant au 16 avril, date à laquelle, sur le territoire français, l'épidémie était terminée à Saint-Jean et battait son plein à Saint-Laurent; et le poste hollandais s'étant, par surcroît, rigoureusement isolé de Surinam dès le début de l'épidémie, il est évident que, s'il y a eu importation, vive ou morte, d'une rive à l'autre, malgré les quarantaines instituées, c'est au moins, primitivement, de la rade française à la rive hollandaise.

Cette préexistence de la maladie sur la rive française réduit également à néant l'hypothèse de son infection par les vents et les moustiques venus d'Albina.

A envisager d'ailleurs le régime habituel des vents, l'infection par voie atmosphérique paraît en tout cas impossible,

⁽¹⁾ Lettre du 20 octobre du consul de France, et données à lui, fournies par la Commission de santé de Paramaribo en réponse à un questionnaire de la Direction du service de santé de Guyenne.

malgré la faible distance de 4, 2 et 10 kilomètres qui sépare ce point des trois pénitenciers français de Saint-Laurent, Saint-Louis, Saint Jean.

Le Maroni affecte une direction générale S.-N.; Albina se trouve par conséquent au N.-O. de Saint-Jean, à l'Ouest de Saint-Louis et au S.-O. de Saint-Laurent.

« Or, dit Contaut⁽¹⁾, les vents soufflaient constamment du N.-E., et particulièrement au moment de la période inflammatoire, que je considère comme prodromique, ils soufflaient plus franchement de l'Est, c'est-à-dire d'une direction tout à fait opposée à celle d'Albina. »

L'argument est péremptoire et, à moins que germes et moustiques n'aient réussi à remonter de Surinam à la distance de 150 kilomètres, ces courants aériens contraires et d'ordinaire si puissants, auquel cas la maladie pourrait nous venir de plus loin encore, il faut considérer comme non avenue ces modes d'importation.

Reste à rechercher si la maladie n'a pu être importée directement de Surinam par une autre voie.

Cette localité est, en effet, tant par voie maritime que fluviale, en relations constantes avec notre colonie et en particulier avec la région du Maroni.

Dans la première quinzaine de chaque mois, l'administration française dépêche à Demerari, aux fins d'assurer la correspondance postale avec la ligne anglaise, un courrier qui, à son retour de cette localité, fait successivement escale à Surinam, à Saint-Laurent et à Cayenne.

Le 30 de chaque mois, l'annexe de la Compagnie générale transatlantique, dont la tête de ligne est Fort-de-France, arrive sur la rade de Cayenne, après escale aux quais de Surinam.

Le va-et-vient du cabotage complète les relations maritimes de ces deux pays.

De Surinam au Maroni, à travers les criques et d'une rive à l'autre du fleuve, existe, en outre, un trafic assez actif auquel Bosh, mineurs, libérés, évadés et consorts, tous gens de sac

⁽¹⁾ Rapports de fin d'épidémie et de janvier.

et de corde et ennemis jurés des règlements sanitaires participent communément.

Les rivières de Surinam et du Maroni sont, en effet, en communication directe par un certain nombre de criques ou canaux naturels, qui s'étendent de la rive droite de l'une à la rive gauche de l'autre.

Trois d'entre elles aboutissent en face du territoire de la relégation et sont, pour nos évadés et les contrebandiers, des routes de choix.

La plus fréquentée et la mieux connue de ces criques s'ouvre à peu de distance en amont d'Albina et permet de se rendre, en deux ou trois jours de canotage, de Paramaribo au Maroni.

De la rive hollandaise à la rive française ensuite, les voies et les points d'atterrissage sont variables.

Entre Albina et Saint-Jean, situé à plus de 10 kilomètres en amont, il n'y a pas de communications régulières, tandis que le transit par Saint-Laurent, en aval, est constant.

L'île Portal qui s'étend au milieu du fleuve, sur une longueur de 8 kilomètres, partie pour un tiers en face de Saint-Jean dont elle n'est séparée que par un bras de 250 mètres environ, est un intermédiaire dangereux entre Albina et nos pénitenciers.

Cette île est, en effet, le siège d'une exploitation française dont les débouchés riverains sont Albina et Saint-Laurent et dont les travailleurs, pour la plupart relégués individuels ou engagés, viennent se faire soigner à Saint-Jean.

Entre Albina et Saint-Louis chantier de la relégation, la distance n'est, par travers, que de 2 kilomètres au plus et le trafic rapide : les contrebandiers d'or et de marchandises en profitent parfois pour accoster à la rive française en dehors des centres habités.

Il existe, enfin, en face du chantier forestier, situé à 20 kilomètres en amont de Saint-Jean, un placier exploité par des Américains et dont le personnel, composé d'une centaine de travailleurs pour la plupart indigènes, était, antérieurement à la quarantaine, ravitaillé en viande fraîche par le sentier forestier et en relations constantes avec lui.

Ainsi donc, les voies d'importation de Surinam à la Guyane

française sont multiples et rapides, et l'on conçoit que l'hypothèse d'une contamination vive ou morte se soit, *a priori*, présentée à l'esprit des moins prévenus. Mais il nous faut compter, en l'occurrence, tant avec les mesures prophylactiques exercées partout qu'avec la date de l'apparition de la maladie sur notre territoire du Maroni.

Au reçu, le 10 janvier, des premières informations sanitaires relatives à Surinam, les agents et sous-agents de la Santé, tant à Cayenne que dans les autres quartiers de la colonie, furent télégraphiquement avisés, par nos soins, d'avoir à tenir pour suspectes toutes les provenances de la Guyane hollandaise, à exercer sur elles une surveillance spéciale, à prendre à leur égard les précautions sanitaires prescrites par les articles 64 à 67 du décret du 31 mars 1897 et à m'informer de tout incident les concernant. (Circulaires et dépêches du 10 au 16 janvier.)

Conséquemment, les gardes sanitaires du chef-lieu durent, aux fins de l'arraisonnement, avertir le médecin de l'entrée en rade de tout navire de provenance étrangère et surtout hollandaise et, en outre, des caboteurs du Maroni, d'ordinaire dispensés de l'arraisonnement, s'assurer de la présence ou non à bord de passagers venant de la rive gauche du fleuve.

Tout navire reconnu porteur de passagers de provenance hollandaise dut être dirigé sur le lazaret de Larivot. (Circulaire du 10.)

Afin de mettre cet établissement en état de faire face aux exigences quaranténaires, il fut l'objet de notre part d'une inspection minutieuse et les résultats en furent portés par écrit à la connaissance du gouverneur (12 janvier). Celui-ci, après une nouvelle inspection, en décida la réparation d'urgence.

Parallèlement, au Maroni, la Commission sanitaire de Saint-Laurent, en sa séance du 16 janvier, arrêta, avec l'arraisonnement de toute provenance étrangère et l'interdiction des communications entre les deux rives, l'aménagement au camp Saint-Louis d'un lazaret destiné à l'internement et à l'isolement, après incinération des effets et désinfection corporelle des évadés ramenés de la Guyane hollandaise.

Il ne fut laissé dans ce poste que le nombre de surveillants et de relégués absolument indispensables au fonctionnement dudit lazaret.

Eu égard à la rapidité des communications, une modification fut apportée le 17 par le Conseil sanitaire de Cayenne au temps d'observation quarantenaire en vigueur et que par application du décret nous estimions devoir varier, sur l'appréciation de l'autorité médicale, avec les conditions sanitaires de chaque provenance.

L'observation à l'Het-la-Mère de neuf jours pleins, traversée comprise, suivie de la désinfection au lazaret de Larivot, devint ainsi rigoureusement obligatoire, du moins pour les navires d'un certain tonnage, car, quant aux petites embarcations et aux pirogues montées par des natifs, on ne pouvait songer à leur faire dépasser Saint-Laurent ou même à les astreindre à d'autres mesures qu'à une désinfection extemporanée.

Ces instructions furent portées à la connaissance des intéressés et en particulier du consul de Surinam et de l'agent de la Compagnie transatlantique, voire même des canotiers boshs, par le délégué du service local au Maroni et le chef de poste de l'Inini.

Cette précaution eut pour résultat immédiat de restreindre considérablement le nombre des provenances suspectes, les canotiers boshs et les mineurs évitant, à leur descente de l'Inini, de toucher sur la rive hollandaise; le paquebot-annexe de la Compagnie générale transatlantique brûlant l'escale de Surinam et s'en tenant au simple dépôt, en rivière et en aval de ce port, des sacs postaux.

Nous n'eûmes, en définitive, au point de vue sanitaire, à compter qu'avec la contrebande et les évasions du Maroni et avec une tentative audacieuse du commerce du chef-lieu, mais dans tous les cas sans fâcheuse conséquence.

Au surplus, voici les faits :

Le 9 février, se présente sur la rade de Saint-Laurent, avec patente brute, la goélette *Belle-Cayennaise*, chargée de 137 émigrants noirs, recrutés à Surinam, au foyer même de l'épidémie hollandaise et destinés aux placers de la Mana.

Mise en quarantaine et dirigée sur rade de Cayenne où elle arriva le 16, cette goélette se vit interdire l'entrée de tous les ports de la colonie par le conseil sanitaire du chef-lieu, présenté par nous du danger que créaient les convois de cette nature, eu égard, tout à la fois, à leurs conditions hygiéniques plus que précaires et à l'imperfection de notre outillage quarantenaire encore en voie de transformation (17 février).

Ce fut un exemple salutaire et qui coupa court pour l'avenir à toute autre tentative similaire.

Revenue de Surinam après y avoir ramené sa cargaison humaine (24 février), cette goélette, en dépit de maintes protestations, subit la règle commune.

Pendant sa quarantaine à l'Îlet-la-Mère, la cale fut vidée de ses eaux, puis lavée avec une solution antiseptique de sulfate de cuivre à 50/1000; le linge de l'équipage fut désinfecté avec la même solution, ébouillanté, lavé, puis finalement ventilé par exposition prolongée dans la mâture.

À l'expiration de ses neuf jours d'observation, la goélette fut envoyée au lazaret de Larivot où la désinfection fut complétée par une étuvation de la literie et de tous autres objets susceptibles.

Ces mesures prises, elle obtint la libre pratique et ne présenta à son bord rien d'anormal.

La *Belle Cayennaise*, malgré son odyssee, peut donc être tenue pour absolument étrangère à l'éclosion de l'épidémie de la Guyane dont le point de départ n'a d'ailleurs pas été la ville de Cayenne, seul port avec lequel cette goélette ait communiqué, sans y avoir rien débarqué.

Il en fut apparemment de même pour les provenances de la frontière du Maroni.

Non pas, certes, qu'ici les infractions sanitaires puissent être considérées comme ayant été exceptionnelles, du jour de l'apparition de la fièvre jaune à Surinam. Les captures de libérés et évadés, opérées à différentes reprises au cours de l'épidémie, entre Saint-Laurent et Albina, prouvent surabondamment le contraire.

Non pas, encore, que les importations clandestines puissent,

en raison de ces captures, être déclarées impossibles. Ce serait trop présumer d'une surveillance que nous savons pertinemment avoir été plus qu'insuffisante.

Mais, outre que le pénitencier de Saint-Laurent fut manifestement contaminé par des malades évacués de Saint-Jean, point de départ de l'épidémie, les circonstances qui ont présidé à son éclosion sur ce pénitencier et le groupe auquel appartenaient les susdits malades sont contraires à l'hypothèse d'une importation vive ou morte.

Le doute serait permis, écrit à ce sujet le Dr Contaut, si un des chantiers de Saint-Louis ou de la Forestière avait été contaminé d'abord, ce qui n'est pas, les premiers atteints ayant été des personnes libres de Saint-Jean. Dans l'hypothèse d'une affection importée, il faudrait incriminer, soit des travailleurs de l'île Portal, soit des relégués évadés et ramenés au dépôt; mais, ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux groupes, nous n'avons rien remarqué d'anormal au début.

Ainsi donc et contrairement à l'opinion communément acceptée et à laquelle nous tendions nous-même à nous ranger tout d'abord, l'origine première de l'épidémie de la Guyane n'est pas dans une importation vive ou morte de Surinam.

La contamination par Albina ayant été, par ailleurs, démontrée négative, on peut, en définitive, conclure que la maladie n'est pas venue de la Guyane hollandaise.

Conclusions relatives à l'importation. — De cet exposé détaillé des antécédents épidémiologiques extérieurs à la Guyane, nous tirerons, par comparaison avec les lois de l'importation, les conclusions suivantes :

Toute épidémie amarile d'importation procède essentiellement, d'ordinaire, d'un contact virulent rigoureusement imputable à une exode de la maladie hors des foyers originels ou accidentels, suivant les voies d'irradiation connues — mer, fleuve ou atmosphère — en rapport avec la situation géographique et les relations de la région atteinte, à l'aide enfin de véhicules définis, hommes, choses, moustiques et vents.

Elle débute à l'improviste sur le point ou dans le groupe où a eu lieu ce contact.

Or, malgré la multiplicité des foyers de voisinage, des voies d'irradiation et des véhicules, l'épidémie dont la Guyane a été, en 1902, le théâtre, s'est établie graduellement, indépendamment de tout contact de cette nature, en dehors des localités et des groupes sociaux où celle-ci aurait pu le plus sûrement se produire par suite de leur compromission toute particulière.

Elle échappe donc aux conditions essentielles de l'importation, laissant le champ libre à la conception de sa genèse sur place, dont nous allons examiner la teneur.

2° *Rôle positif des germes endémiques.* — L'importation étant par ailleurs négative, deux arguments militent en faveur d'un réveil initial de terroir :

La préexistence avérée dans la localité de Saint-Jean, point de départ de l'épidémie, de germes endémiques; l'entrée en scène de ces germes antérieurement à toute explosion de voisinage. Un simple coup d'œil rétrospectif sur le passé épidémiologique de la localité et des débuts de l'épidémie de 1902 montre que ces deux conditions se sont, en l'occurrence, trouvées réalisées.

Le sol de Saint-Jean est de longue date spécifiquement contaminé; le fait n'est point douteux.

Dans les cimetières gisent les victimes de l'épidémie Tollinche-Forestière de 1897, ainsi que toutes celles qui, depuis, succombent chaque année aux atteintes sporadiques d'un amarilisme bâtarde. Les abords de l'hôpital, plus ou moins souillés par le trop-plein quotidien des tinettes et par les détritiques morbides de toutes sortes parmi lesquels ceux d'amariliens, peuvent être tenus pour être passablement suspects. De même, aussi, les logements du personnel, pour beaucoup occupés, encore que passagèrement, par des malades atteints de fièvre aux allures insolites.

Cette adulation spécifique du milieu nous semble favorisée et entretenue par l'absence de toute mesure de désinfection courante et par les conditions éminemment végétatives du climat particulièrement humide et chaud de la région.

A la Guyane plus qu'ailleurs, en effet, la fièvre jaune est lettre morte si elle ne s'étaye sur une hécatombe.

Mal venu serait celui qui, à propos de cas sporadiques, même mortels, rêverait d'isolement et de désinfection ! Contre ces manifestations amariles pratiquement tenues pour quantité négligeable ou trop souvent méconnues, c'est l'abstention prophylactique la plus absolue !

Librement répandus, de ce chef, dans les milieux ambiants, les germes se fixent partout, dans le sol, dans les parois des habitations, dans les objets mobiliers, dans les malles, dans les vêtements, y entretiennent leur végétabilité à la faveur de la chaleur humide et de l'obscurité; y réservent, enfin, leur virulence dans l'attente des conditions naturelles ou accidentelles propices à leur exaltation et à leur développement au sein de l'organisme prédisposé.

Sans doute, la vie saprophytique abondante qui, ici comme partout ailleurs, les environne, tend par concurrence vitale à en limiter le développement; mais leur résistance et leur longévité sont apparemment assez grandes pour que leurs générations puissent être considérées comme se succédant sans fin et toujours prêtes à entrer en action.

Or, nous l'avons vu, dès le mois d'octobre, longtemps avant que la fièvre jaune ne fût signalée dans le cercle des relations extérieures de la Guyane, cette action, cette influence des germes endémiques se réveillait au sein d'une constitution nosologique des plus douteuses par deux cas sporadiques avérés, encore que méconnus; et, n'était-ce vraisemblablement l'absence d'aliment favorable, on eût vu, sans doute, la maladie proliférer dès ce moment d'une façon ininterrompue.

Mais l'aliment faisait défaut; du fait sans doute d'une vaccination progressive, consciente ou inconsciente, il n'y avait plus apparemment d'organismes en état de réceptivité. La maladie en devint latente, révélant tout au plus sa présence par des formes frustes, jusqu'au jour où l'arrivée d'un convoi de transportés vint mettre fin à cette inaction.

Alors les cas se multiplient, d'aucuns par filiation indirecte avec les cas d'octobre et, graduellement, par cultures successives, l'épidémie prend corps et finalement acquiert toute sa virulence.

L'origine de la maladie à Saint-Jean se ramène donc essen-

tiellement, en tout bien fondé, à une exaltation et à une fructification des germes endémiques.

L'épidémie une fois constituée, tous les mécanismes de la contagion furent mis en jeu et, avec la dissémination des germes, la maladie apparut sur divers autres points de la colonie.

L'origine de la fièvre jaune dans les régions autres que celles de Saint-Jean procède donc d'une série d'irradiations.

Cette expansion épidémique, cependant, n'a pas été sur certains points sans la participation des germes de la localité en état de moindre virulence.

Il est un fait digne de remarque, c'est que les conditions climatiques étant sensiblement similaires sur tous les points atteints, les effets de l'implantation des germes y ont, au contraire, été très différents : sur ceux qui furent jadis les plus éprouvés par la fièvre jaune, la maladie s'est implantée rapidement, sans discernement parfois du temps de séjour, avec d'autant plus d'intensité et de rapidité que le passé de la localité était plus chargé en amarilisme. C'est le cas pour Saint-Laurent, Cayenne, les Îles et Kourou.

Dans les localités de conditions inverses, au contraire, l'implantation des germes est restée négative ou d'un effet restreint.

C'est le cas de Mana et du village de Kourou.

Ce contraste autorise à penser que, par analogie avec la régénération *in vitro* des cultures anciennes par les cultures plus fraîches, il s'est produit sur les premiers points, au contact des germes d'implantation, une exaltation et une fructification des germes anciens et latents dont l'entrée en scène semble avoir contribué à la gravité de l'explosion.

A cet égard, encore, l'épidémie de 1902 peut donc être considérée comme une fonction essentielle du milieu guyanais!

Reste à déterminer les causes secondes de ce processus de terroir.

II. LES CAUSES SECONDES.

Influences cosmiques. — L'épidémie de 1902 a coïncidé, nous l'avons vu, avec des conditions météorologiques exceptionnelles dans l'histoire de la fièvre jaune à la Guyane.

Au contraire des traditions qui veulent que la maladie n'apparaisse et ne se développe d'ordinaire qu'en saison sèche, elle a débuté à Saint-Jean avec la période pluvieuse et fraîche des alizés de Nord-Est, s'est poursuivie communément au milieu d'averses diluviennes et torrentielles, entrecoupées de rares journées torrides et orageuses, a présenté, à l'occasion de ces dernières, quelques légères recrudescences et a pris fin au moment où la saison sèche s'est affirmée avec une certaine acuité.

Celle-ci, tardive et écourtée, a en réalité fait défaut, et l'humidité, associée ou non à la chaleur et à l'électricité, a été encore la dominante météorologique de cette période anachronique.

Il n'est donc pas téméraire de se demander si l'épidémie de 1902 n'a pu procéder de cette succession de phénomènes météorologiques.

Nous répondrons par l'affirmative.

Sans parler de la possibilité d'une infection hydrique en un milieu où la pollution des criques et de la nappe d'eau souterraine d'alimentation est fréquente, ainsi qu'il appert d'analyses faites en 1901, à l'occasion de quelques cas de typhomalarienne (Metayer, Noblet), nous pensons que la raison d'être principale du réveil initial de 1902 a été dans l'adul-tération plus ou moins continue de l'air ambiant suivant le processus étiologique suivant :

Adduction par capillarité et diffusion par ravinement des germes amarils à la surface du sol, sous l'influence des pluies; exaltation des dits germes par la chaleur humide; réceptivité plus grande de l'organisme sous cette influence encore.

Si les pluies, en effet, sont susceptibles, par l'abaissement de température qu'elles déterminent, de modérer la virulence des germes, par contre, en augmentant la capillarité du sol, en élevant le niveau de la nappe d'eau souterraine, elles facilitent d'autant leur ascension vers la surface (Duclaux), et, en ravinant le sol, elles en assurent en outre la dissémination.

Cependant, pour continuelles et torrentielles qu'elles se soient montrées, surtout au début de la période préépidémique

de Saint-Jean, les pluies n'ont pas été sans quelques éclaircies pendant lesquelles, le soleil brillant d'un vif éclat, surchauffait les terres inondées. De là, en dernier ressort, un abaissement de l'eau souterraine et une évaporation de surface éminemment favorables à la mise au grand jour des germes, à la saturation par eux des couches de l'atmosphère, enfin, à leur exaltation et à leur pullulation.

A ces influences, il importe d'ajouter la dépression toute particulière présentée par l'organisme lors de ces poussées de chaleur humide et par suite de laquelle la prédisposition à l'infection se trouve portée à son maximum.

Influences sociologiques. — La fièvre jaune du processus épidémique de 1902 a affecté une prédilection marquée pour les centres urbains riverains, les plus voisins du littoral, au peuplement excessif.

Les bourgades peu importantes de l'intérieur, les annexes des pénitenciers, les villas et camps de dissémination sont, au contraire, à quelques exceptions près, restés indemnes, malgré le voisinage prochain des centres contaminés, le maintien des communications réciproques ou la violation fréquente des quarantaines.

Cette particularité correspond, selon nous, à des différences notables, constantes ou accidentelles, dans les conditions d'hygiène de chaque localité, toutes questions d'effectif et de prédisposition individuelle mises à part.

Nous relevons, à cet égard, maints faits intéressants par leur précision étiologique.

L'apparition de la maladie à Saint-Jean a coïncidé avec des travaux de terrassement exécutés sur certains points suspects du sol, tels que le cimetière, les abords de l'hôpital, la berge du fleuve. Encore que d'une étendue restreinte, il est vraisemblable de penser que ces bouleversements de terrain ont dû contribuer, par la production au grand jour des germes amaraux, à la genèse de l'épidémie, concurremment avec l'action mécanique des pluies. Il y aurait eu, en ce cas, une véritable reviviscence au sens strict du mot. Il a été remarqué,

en effet, que les groupes le plus hâtivement éprouvés furent ceux qui étaient employés aux travaux de terrassement ou ceux qui habitaient au voisinage des lieux où ils s'effectuaient.

La garnison d'infanterie coloniale, dont la caserne est sise au sommet d'un mamelon de 25 mètres de hauteur, facilement étanche et assez éloigné de ces différents lieux, n'a, par contre, présenté que des cas bénins.

Les conditions sociologiques quelque peu défectueuses de la localité, si on les compare à celles des annexes, ont fait le reste.

A Saint-Laurent, la densité de la population accrue du passage incessant des mineurs de l'Inini, l'entassement de ces émigrants dans des logements trop étroits et mal aérés, propres à l'infecto-contagion, l'extrême malpropreté du milieu ne sont pas sans avoir contribué puissamment au développement de l'épidémie.

Les conditions quelque peu différentes des annexes expliquent au contraire leur préservation relative.

Il est à noter à cet égard que le nouveau camp de Charvein le plus éprouvé de ces annexes était celui où les conditions d'hygiène laissaient le plus à désirer et où on exécutait, en outre, des travaux de terrassement.

La région du chef-lieu, la plus éprouvée par l'épidémie, est aussi celle dont les conditions sociologiques se prêtent le plus au développement et à l'implantation de la maladie. Mais de la ville aux environs les différences sont grandes.

En dépit de ses récents progrès et sous ses dehors flatteurs, la ville de Cayenne recèle plus d'une déféctuosité sanitaire. Sa situation à l'extrémité Ouest de l'île, sur une sorte de promontoire avancé que baignent les eaux de la mer et de la rivière, lui vaut le bénéfice des brises salubres de l'Océan; son sol sablonneux et dioritique au Nord, marécageux à l'Est et au Sud, est sillonné d'un système de drainage étendu, dont le canal Laussat, au Sud, est la principale artère; son damier de places et de rues spacieuses est d'une aération facile; ses bordures de maisons bienalignées offrent, de-ci, de-là, de belles façades.

Mais, dans ce milieu d'attrance, l'hygiène est pour ainsi dire lettre morte!

Dans la plupart des logements, grouille une population des plus hétérogènes, dont la caractéristique commune est le défaut de propreté.

Tour à tour : cuisine, réfectoire, dortoir ou boutique, ces logements, dans certains quartiers, défient toute description.

Les cours, non carrelées pour la plupart et d'un entretien difficile, varient alors du marécage au cloaque, du dépotoir à la basse-cour et à la porcherie.

Les canaux des maisons et les fossés des rues, destinés à recueillir les eaux ménagères, sans pente suffisante, obstrués, qui plus est, par les détritux de toutes sortes, sont d'infecieux marécages limoneux, herbacés, où pataugent, en fraternisant, les urubus et autres volatiles et où pullulent les moustiques.

Les égouts collecteurs eux-mêmes, le plus souvent obstrués, faute de chasse d'eau suffisante, à moins de pluies torrentielles vicieux l'air de leurs émanations.

En bordure de la ville, souillés par les égouts qui s'y déversent, encombrés par les ordures et les remblais qu'on y accumule, transformés en latrines publiques ou en champ d'épandage, envahis par les vases du littoral, la plage au Nord, les quais à l'Ouest, le canal Laussat au Sud, les marécages à l'Est font à la ville, à certaines heures du jour et à marée basse, une pernicieuse ceinture méphitique.

Ajoutez à cela les émanations provenant, ici, de la circulation des voitures à vidange, là, des cadavres d'animaux impudemment autopsiés par les urubus, ailleurs des dépôts de guano dont ces immondes bêtes inondent certaines places de la ville, et l'on comprendra aisément la prédilection marquée de la fièvre jaune pour le milieu cayennais.

Aux environs de Cayenne, au contraire, la plupart de ces causes sociologiques font défaut; aussi, le bilan de la morbidité et de la mortalité amariles y a-t-il été sensiblement moindre.

Mais ici encore, la morbidité et la mortalité ont sensiblement varié avec les conditions hygiéniques particulières à chaque point.

Entre les différents postes de dissémination on a noté, à cet égard, des différences sensibles.

Le camp de l'Îlet-la-Mère qui, par sa situation en pleine mer, dans l'Est, offrait *a priori* toutes les garanties d'un sanatorium, vit ces avantages compromis par la mauvaise exposition de ses baraquements à l'abri pour ainsi dire du vent, par leur groupement à proximité du rivage, sur un terrain chargé d'humus et de détritiques organiques de toutes sortes, par les travaux que nécessita leur construction, par leur défaut de confortable et par le nombre trop considérable d'hommes qu'on dut y loger, faute d'autre local.

Sur un effectif de 60 unités, officiers compris, 41 ont été atteints, 5 ont succombé.

Avec l'édification et la dissémination d'emblée de ces baraquements sur les points les plus aérés de l'île et le débroussaillage, la maladie se serait vraisemblablement bornée à quelques cas bénins.

Le poste du Rorota, prêté à la troupe par l'administration pénitentiaire, se trouvait, au moment de l'installation de celle-ci, dans un état d'abandon et de malpropreté qui ne fut certainement pas sans influence sur la genèse de la maladie.

Sur un effectif moyen de 22 hommes, 11 furent atteints.

A Paco, dont les conditions de salubrité étaient plus que précaires, le détachement venu de Cayenne vit peu après son arrivée la maladie surgir dans ses rangs. Il fut aussitôt évacué sur le chalet de Bourda dont le confort et l'aération laissaient moins à désirer, mais où trois nouveaux cas se produisirent encore.

Au contraire de ceux dont il vient d'être question, les détachements cantonnés, tour à tour, dans les villas Bally, Saint-Philippe, Rambaud, Quintrie, Lalanne, Ursleur, dans des conditions de salubrité et surtout d'aération et de propreté aussi satisfaisantes que possible, n'ont fourni, ensemble, sur un effectif moyen de 30 hommes, que 2 cas dont 1 décès.

En dehors des camps de dissémination, la maladie procède de conditions identiques.

Le lazaret de Larivot et le village de la pointe Macouria,

situés en regard de la ville, sur la rive gauche de l'estuaire et sans cesse en communication avec elle, n'ont présenté chacun que quatre cas, dont un mortel provenant de la gendarmerie de Macouria. Partout ailleurs, à Remire, à Tonnégrande, à la Crique-Fouillée, il ne s'agit que de cas isolés.

Il faut attribuer enfin, à la situation exceptionnelle en pleine mer et au défaut d'encombrement du pénitencier des Îles, la benignité de l'épidémie dont elles ont été le théâtre.

Influences techniques. — Le plus grand nombre des cas et tous les décès de l'épidémie ont été observés sur des individus de race blanche ou sur des Arabes. Quelques créoles blancs des colonies voisines ont aussi payé tribut à la maladie, mais nullement à la mort. Quant aux créoles de couleur atteints, ils constituent l'exception. Aucun noir n'a été atteint.

Entre les individus de race blanche on n'a guère relevé de différences sensibles, suivant le lieu d'origine.

Influence de l'âge et du sexe. — Aucun sexe, aucun âge n'a été à l'abri de l'épidémie. Mais la morbidité comme la mortalité a présenté dans chaque cas des écarts sensibles.

Les enfants, contrairement à l'opinion généralement admise, ont présenté une réceptivité marquée pour la maladie. Plusieurs des cas observés ont été d'une excessive gravité, avec vomissements noirs, coma, convulsions.

Influence du séjour dans la colonie. — La fréquence et la gravité de la maladie ont le plus généralement varié en raison inverse du temps de séjour dans la colonie.

Sa prédilection pour les non-acclimatés et surtout pour ceux qui sont arrivés à la Guyane au cours de l'épidémie, a été aussi manifeste que possible.

Il y a eu, cependant, maintes exceptions à cette règle parmi les transportés. D'aucuns comptant dix, treize ou vingt-huit années de séjour continu dans la colonie et qu'on pouvait croire à l'abri de la plus légère atteinte, ont été littéralement foudroyés. Pour exceptionnelles que soient ces particularités, elles ne sont pas moins déconcertantes.

Infractions à l'hygiène. — Les infractions à l'hygiène privée, telles que l'exposition au soleil, les excès de table, les abus gésériques ont été des causes occasionnelles fréquentes de la maladie.

Dans certains cas, il a suffi d'une course de quelques instants au soleil, d'une veille prolongée (cas personnel), d'un dîner un peu chargé en vins, d'une fête nocturne pour voir, peu après, éclater la maladie. Dans d'autres, celle-ci a succédé à une exposition prolongée au soleil, au cours d'une journée de chasse ou de canotage, ou à une série d'excès. Parfois, enfin, on a vu toutes ces influences se combiner.

Dans tous ces cas, ou à peu près, surtout chez les nouveaux venus, la maladie a revêtu une grande gravité.

Influences nosologiques. (Relations épidémiologiques de la fièvre jaune avec la fièvre dite *bilieuse inflammatoire*.) — La question toujours patente de l'unicité et de la dualité de la fièvre dite *inflammatoire* ou *bilieuse inflammatoire* et de la fièvre jaune nous a conduit à rechercher les relations épidémiologiques réciproques de ces deux affections.

Aussi bien, la solution en est-elle des plus importantes. En cas d'identité, c'est, en somme, affaire de prophylaxie.

Les résultats de ces recherches sont les suivants :

1° La fièvre dite *inflammatoire* ou *bilieuse inflammatoire*, symptomatologiquement identique à la fièvre jaune bénigne et de moyenne intensité, a, dans l'ordre chronologique, précédé, accompagné ou suivi l'explosion de fièvre jaune de 1902, partout où elle a sévi, avec une fréquence et une accentuation vers l'amarilisme classique d'autant plus accusées que l'épidémie était plus menaçante.

Ce parallélisme a été très remarqué dans la plupart des agglomérations de la colonie et, en particulier, au pénitencier et au jardin militaire de Cayenne.

2° Les sujets ainsi atteints de fièvre inflammatoire à la Guyane, soit avant, soit au cours de l'épidémie de fièvre jaune de 1902, n'ont aucunement donné prise à cette maladie.

Nombre d'hommes de la garnison du Maroni, du chef-lieu

et des Îles durent leur immunité contre l'épidémie à cet antécédent inflammatoire.

De même, parmi le personnel médical présent dans la colonie depuis 1900 environ, les seuls préservés du typhus amaril, en 1902, ont été ceux qui y avaient déjà eu la fièvre inflammatoire.

3° Les sujets atteints de fièvre inflammatoire aux Antilles, antérieurement à 1902 et arrivés directement à la Guyane en pleine épidémie, n'ont alors présenté aucune manifestation amarile.

Ainsi, sur quatre médecins envoyés des Antilles à la Guyane en complément d'effectif, deux avaient eu la fièvre inflammatoire en 1901 : ils furent préservés de la fièvre jaune ; les deux autres en furent au contraire gravement atteints.

4° La fièvre inflammatoire n'est pas seulement immunisante, mais encore transmissible et diffusible comme la fièvre jaune.

De ces considérations nous concluons : la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune procèdent toutes deux des mêmes causes. Elles sont, à des degrés divers, fonction du même germe. Le passage d'un degré à l'autre est affaire d'exaltation, de virulence.

CHAPITRE III.

PROPHYLAXIE.

Éteindre sur place les différents foyers amarils par la prophylaxie individuelle et urbaine ; éviter la propagation de la maladie par voie de terre ou de mer, aux postes non contaminés de la colonie et la réinfection réciproque des foyers primitifs, à l'aide de la prophylaxie régionale ; empêcher les importations de voisinage et enfin l'extériorisation de la maladie par la prophylaxie internationale : tel fut le triple but poursuivi au cours de l'épidémie de 1902.

I. PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE.

Personnel au contact des malades.— Le personnel affecté au service des amariliens a été, du moins à l'hôpital de Cayenne, l'objet d'une prophylaxie toute spéciale.

Il fut d'abord choisi parmi les sujets présentant les meilleures garanties d'acclimatement.

Deux sœurs, depuis longtemps au service des hôpitaux de la colonie, un infirmier-major, vieux colonial arrivé au terme de sa période de séjour; des infirmiers auxiliaires recrutés parmi les plus anciens transportés ou des indigènes des Antilles, telles furent les diverses unités préposées aux soins des malades.

Quant aux médecins, ils varièrent au gré du hasard.

Afin de restreindre le plus possible les chances de contamination de ce personnel, il fut astreint aux précautions suivantes : port de vêtements de toile, usage de la blouse protectrice; désinfection des mains, du visage, des cheveux et de la barbe, de la bouche et des fosses nasales par le savonnage et le brossage au crétyl, les ablutions à l'aide de solutions bichlorurées ou mentholées, les gargarismes, dentifrices, les inhalations au menthol; obligation pour les infirmiers de prendre leurs repas hors des salles de malades, sur les vérandas; allocation d'un régime substantiel et tonique (café, thé, coca, kola, quinquina) pour la durée de l'épidémie.

Personnel hors du contact des malades. — L'attention des autorités compétentes fut attirée sur le rôle important dévolu, dans la genèse de la fièvre jaune, à l'insolation, aux excès alcooliques et aux fatigues professionnelles ainsi que sur la nécessité de les éviter à tout prix.

A part les faits particuliers relevés à Saint-Laurent, l'autorité militaire s'y prêta pour la troupe avec un empressement digne d'éloges.

En conséquence, les exercices furent supprimés, les corvées réduites au strict nécessaire et effectuées aux heures les moins chaudes. En un mot, le repos le plus complet fut accordé aux hommes. Une ration de vin tonique leur fut délivrée.

L'Administration pénitentiaire s'y prêta d'une façon générale avec une hésitation regrettable. Si l'adjonction d'une ration tonique de café fut accordée aux condamnés, par contre

l'abus des gratifications de tafia resta toujours en grand honneur et peut-être aurions-nous eu quelques décès en moins à déplorer sur les pénitenciers de Saint-Jean et de Saint-Laurent en particulier, si les prescriptions prophylactiques relatives au travail avaient été promptement et toujours appliquées.

Mais par un esprit de contradiction habituel au milieu, sur le pénitencier de Saint-Jean, alors que la maladie frappait ses premiers coups et que les plus colorés, inquiets, se réfugiaient à l'île Bar, laissant le champ libre aux seuls Européens, on hésitait sur la réduction des heures de travail et leur fixation en dehors des heures de soleil et, il ne fallut rien moins que les ravages causés parmi le personnel des surveillants et leurs familles, pour en arriver, le 15 mars, à l'application de ces mesures.

Alors, il fut « péremptoirement démontré que l'épidémie existait en dehors de l'imagination des médecins en mal d'avancement » (Contaut)⁽¹⁾; et on eut, peu après, la satisfaction de constater que les précautions prises n'avaient pas été inutiles. Les surveillants, en particulier, trouvèrent dans le soulagement apporté à leur service au soleil, le bénéfice d'une préservation qui ne devait guère se démentir par la suite, malgré leur affectation à l'exécution des consignes sanitaires.

Dans la circonscription de Saint-Laurent, les travaux exécutés au nouveau Camp de Charvein, bien que portant sur des terrains vierges où le déboisement et le défrichement n'étaient *a priori* susceptibles que de favoriser le développement du paludisme, n'en ont pas moins été suivis d'une importante bouffée d'amarilisme.

La nécessité de ne pas fournir d'aliments à la maladie en éloignant les sujets susceptibles, a dominé de toute son importance la prophylaxie individuelle.

Arrivages de France. — La condition de réceptivité la meilleure et la plus constante étant, sans contredit, l'arrivée d'Eu-

⁽¹⁾ Rapport de mars.

rope dans un pays contaminé, la principale indication était en l'occurrence de surseoir à tout envoi de personnel, tant libre que pénal, aussi longtemps que la situation sanitaire de la colonie resterait suspecte.

Par ordre du Département, les troupes, les fonctionnaires et leur famille en route pour la Guyane furent retenus à la Martinique; les convois de transportés et les remplacements de toutes catégories, exception faite pour les médecins et les infirmiers, furent ajournés jusqu'à nouvel ordre. Cet ajournement ne prit fin que dans les premiers jours de décembre, deux mois après la disparition du dernier cas officiel.

Plusieurs faits sont venus au cours de l'épidémie démontrer la légitimité de ces mesures.

Consulté, dans les premiers jours de mai, sur l'opportunité de l'envoi à la Guyane de 700 condamnés qui encombraient les dépôts de la métropole, le directeur de l'Administration pénitentiaire pensa qu'abstraction faite des relégués dont l'envoi obligé au Maroni ne pouvait avoir lieu, en raison du mauvais état sanitaire de cette région, il était possible de concentrer aux Îles, dans l'attente de leur répartition future, le reste du convoi.

C'était méconnaître cruellement le douloureux passé des Îles.

La proposition nous parut risquée, en raison tout à la fois, de l'encombrement existant déjà sur ce pénitencier où se trouvaient alors 600 condamnés et de la perpétuelle menace que créait pour cette agglomération, malgré toutes les précautions sanitaires prises en l'occurrence, son ravitaillement obligé par le chef-lieu.

Au cas où quelques germes morbides eussent été importés aux Îles, il était hors de doute que les condamnés du nouveau convoi constitueraient un aliment de premier ordre pour la maladie et seraient l'occasion d'une redoutable explosion.

Aussi, nous estimâmes qu'il y avait lieu de surseoir à tout envoi de condamnés (lettre du 4 mai).

Cet avis prévalut, fort heureusement, car, moins d'un mois après, la fièvre jaune était aux Îles.

Ce ne fut qu'une bouffée de quelques cas, mais si le convoi annoncé avait été sur les lieux, c'eût été une hécatombe !

En effet, la plupart de ceux qui, par la force des choses, arrivèrent à la Guyane au cours de l'épidémie, furent atteints par la maladie.

Les médecins et les infirmiers lui payèrent, de ce chef, un lourd tribut. Sur 9 médecins et 3 infirmiers arrivés dans ces conditions, soit des Antilles, soit de la métropole, il y eut 5 médecins et 3 infirmiers atteints plus ou moins gravement ; encore, faut-il ajouter que deux des médecins venus des Antilles, ayant eu antérieurement la fièvre inflammatoire, pouvaient être considérés comme réfractaires. L'un des médecins frappés avait été cependant débarqué aux Îles dans les conditions rêvées pour les transportés.

La même réceptivité fut observée en ville où plusieurs Européens arrivés au cours de l'épidémie, notamment en mars et en août, furent enlevés par la fièvre jaune. Il eût fallu pouvoir couper court à ces arrivages intempestifs, éminemment propices à entretenir la maladie, en faisant comprendre aux émigrants que le moment des entreprises lucratives était alors on ne peut plus mal choisi, en raison des risques de l'épidémie.

Navires sur rade. — L'avis de la station locale le *Jouffroy* partit pour la Martinique dès la confirmation du premier cas à Cayenne.

Les voiliers français provenant d'Europe furent mouillés en grande rade et leurs équipages consignés à bord, dans la mesure du possible.

Aussi longtemps qu'ils respectèrent cette consigne, ces équipages restèrent absolument indemnes.

Grâce à cette mesure, le trois-mâts français *Sainte-Marthe* put impunément séjourner en mars et en juin sur les rades de Cayenne et de Saint-Laurent au plus fort de l'épidémie.

Le trois-mâts *Mazatlan*, après être resté, dans ces conditions, indemne sur rade de Cayenne, vit, au contraire, son équipage décimé, pour être ensuite entré à Saint-Laurent en communication constante avec la terre.

Troupes. — Dès la confirmation officielle de la fièvre jaune au Maroni, la garnison des postes, à défaut d'une dissémination rendue impossible par l'absence des locaux convenables⁽¹⁾, dut être rigoureusement consignée dans les quartiers et dispensée de toute corvée extérieure, de jour ou de nuit, susceptible de mettre les hommes en contact avec l'agglomération.

A Saint-Jean et aux Îles, on tint rigoureusement la main à l'exécution de ces mesures et, à part quelques cas bénins suivis de guérison, la garnison de ces pénitenciers n'eut guère à souffrir de la maladie.

Il en fut autrement à Saint-Laurent.

Ici, le scepticisme des chefs au sujet de l'authenticité de la maladie et de sa contagiosité légitime, d'autorité, toutes les infractions et rendit illusoires toutes les consignes.

Les officiers, képi sur la tête, bravent le soleil; les hommes sautent les barrières et courent la prétentaine; sous prétexte d'alléger les surveillants militaires, on expose, tant à l'hôpital qu'aux appointements, par des fractions de nuit pour lesquelles ils ne sont pas préposés, des jeunes gens à peine acclimatés.

A telles enseignes le dénouement était fatal.

L'épidémie en est à peine à ses débuts que le capitaine de la compagnie succombe aux atteintes de la maladie, victime de son scepticisme et de ses imprudences.

Du coup, tout rentre à peu près dans l'ordre, et pendant trois mois, en dépit de toute prévision, la garnison reste indemne.

Mais, au bout de ce temps, le cas du capitaine, à peu près oublié, n'est plus qu'une « insolation », la fièvre jaune une marotte chère au corps médical. Et les infractions de recommencer sur de nouveaux frais et les atteintes de la maladie de se renouveler! Trois cas, dont un mortel, se succèdent de ce chef dans la garnison, en moins de quinze jours, du 15 au 30 mai. N'était notre intervention auprès de l'Autorité supérieure, la compagnie tout entière y aurait passé.

Au chef-lieu, la garnison bénéficia, en grande partie, d'une

⁽¹⁾ Commission sanitaire de Saint-Laurent, séance du 26 janvier.

dissémination hâtive dans les villas de la banlieue, gracieusement cédées ou louées pour la circonstance. Malheureusement, elle ne put se faire assez tôt pour que la maladie qui venait d'apparaître à la caserne, après le départ des premiers détachements, ne fût, dans ce mouvement, importée dans quelque une d'entre elles avec la literie ou tout autre objet.

En outre, les nécessités du ravitaillement quotidien de ces villas par le chef-lieu, malgré les précautions prises par l'Autorité militaire pour éviter tout contact, ne pouvaient manquer de compromettre cet isolement.

Néanmoins, l'apparition de la maladie sur la plupart de ces points fut assez tardive et ses manifestations espacées et peu graves.

Le fait suivant démontre bien d'ailleurs la supériorité de cet isolement suburbain sur le séjour en pleine ville. Un homme d'une des villas de la banlieue jusqu'alors resté indemne, malgré maintes échappées nocturnes, ayant été, pour son inconduite, interné à la prison de Cayenne, ne tarda pas à y être mortellement atteint de la fièvre jaune.

Afin de suppléer à la pénurie de villas et d'assurer aussi complètement que possible la dissémination des troupes, on poursuivit à l'Îlet-la-Mère la création d'un sanatorium à l'aide de baraques démontables provenant de la mission délimitative de l'Oyapock et mises à la disposition de la colonie par le Département.

Cette entreprise eut lieu à l'instigation du Conseil sanitaire, après avis favorable d'une Commission médicale et administrative, présidée par le chef de la colonie lui-même et agissant sur la constatation *in situ* des excellentes conditions hygiéniques présentées par cette île.

60 hommes, officiers compris, y furent successivement disséminés en trois baraques. Il ne resta plus au chef-lieu que la section hors rang.

Malheureusement, soit que certains sujets fussent venus du chef-lieu en puissance de germes, soit du fait du ravitaillement, la maladie y fit rapidement son apparition et trouvant dans la mauvaise exécution des travaux projetés et dans l'encombrement

des cases, des conditions favorables à son développement, y sévit avec intensité. De ce côté, la dissémination fut un échec.

Le retour des troupes en ville n'eut lieu, par fractions, qu'à partir du neuvième jour après la levée de la quarantaine, du 27 septembre au 18 octobre, après une désinfection complète de la caserne.

II. PROPHYLAXIE URBAINE.

Empêcher la dissémination dans les centres urbains des produits morbigènes, en écartant du contact des malades tous les sujets, les objets et les parasites susceptibles de servir de réceptacles ou de véhicules à ces produits, en les détruisant, en outre, sur place; enfin en imposant à l'entourage du malade une observation quarantenaire; rendre par l'assainissement ces centres urbains impropres à la fructification des germes, tel fut le double but poursuivi en matière de prophylaxie urbaine.

Afin de restreindre le plus possible la propagation de la maladie au dehors, l'hôpital du chef-lieu fut, dès l'apparition du premier cas, consigné au public, si ce n'est pour le service des cessions de médicaments.

Les visites aux malades et aux sœurs, ainsi que l'accès de la chapelle, furent interdits.

Des ordres furent transmis dans ce sens aux médecins des pénitenciers. Mais ici, l'absence habituelle de clôture, la surveillance plus qu'illusoire exercée par le personnel de l'Administration pénitentiaire chargé de la police de ces hôpitaux, laissa le champ libre aux infractions de toutes sortes.

Aucun des quatre hôpitaux actuels de la colonie ne possédant de pavillon de contagieux, l'isolement des malades et du personnel affecté à leur service ne pouvait manquer de laisser à désirer.

On y suppléa dans la mesure du possible, avec plus ou moins de succès suivant les endroits.

Sur les pénitenciers le résultat fut à peu près nul.

A Saint-Jean, tout était à créer. L'hospitalisation du personnel libre ayant lieu d'ordinaire, à Saint-Laurent, par évacuation, les hôpitaux de Saint-Jean n'étaient disposés que pour

les besoins du personnel pénal, mais sans aucune salle d'isolement. Or, en l'occurrence, il importait tout à la fois de garder tous les malades pour éviter l'encombrement à Saint-Laurent et non moins de les isoler, soit de leurs familles, soit des groupes auxquels ils appartenaient.

Malgré les efforts des médecins et le généreux concours de l'Administration, on n'y parvint qu'à peu près.

Deux chambres, l'une de quatre lits pour les hommes, l'autre de trois lits pour les femmes et les enfants, ayant leur accès particulier et séparées à peu près du reste de l'hôpital par une autre chambre vide où furent installés le matériel et la lingerie spécialement affectée à cette catégorie de malades, furent disposées dans l'hôpital annexe pour le personnel libre.

Quant aux contagieux de condition pénale, à défaut d'un bâtiment ou même d'une paillotte pouvant tenir lieu de salle d'isolement, ils furent logés dans une des petites salles du grand hôpital, le plus sous le vent des habitations, avec consigne au personnel de tenir l'isolement aussi strictement que possible. Mais on comprendra sans peine que cette mesure était à peu près illusoire, puisque cette pseudo-salle d'isolement n'était même pas close et que, d'autre part, nous n'avions pas un luxe d'infirmiers et de sœurs qui nous permit d'en affecter spécialement à ce service, en leur supprimant toute communication avec le dehors. Aussi avons-nous eu à regretter plusieurs cas de contagion à l'hôpital. (Contaut.)

À Saint-Laurent, les conditions n'étaient guère meilleures, et la contamination hospitalière fut encore le plus clair de l'isolement.

Il en fut de même aux Îles et à Kourou.

Au chef-lieu, au contraire, on parvint à restreindre considérablement les chances de contamination.

Le second étage de l'hôpital libre, composé de plusieurs salles ou chambres distinctes représentant ensemble une soixantaine de lits, rendit à cet effet les plus grands services.

Il permit une répartition judicieuse des malades, suivant la gravité de leur état. Le personnel infirmier y trouva place nuit et jour et put ainsi éviter d'entretenir des relations avec le reste du personnel et des malades. Aussi, ces derniers, traités

à l'étage inférieur, ne présentèrent aucun cas de seconde main. Malheureusement, la sœur détachée au service des contagieux ne put, faute de local, être astreinte à ces mesures absolues d'isolement et dut continuer d'aller manger et coucher au couvent et de circuler dans les cours de l'hôpital. Ce fut, apparemment, l'origine des cas de seconde main observés sur une sœur et divers infirmiers de l'hôpital libre, étrangers au service des amariliens.

Une salle du rez-de-chaussée fut, d'autre part, affectée aux contagieux de condition pénale, dans les locaux annexes réservés à la transportation. Mais la proximité des autres salles de malades et des logements du personnel auxiliaire, en cours de peine, ne pouvait manquer de compromettre cet isolement et de rendre illusoire toute autre mesure. Quelques cas se produisirent de ce chef.

La suppression des tapis, tentures fut de règle à l'hôpital militaire de Cayenne dès le début de l'épidémie.

La garniture du lit fut réduite au strict nécessaire et invariablement protégée contre les souillures par un imperméable.

Les lits non occupés ne reçurent cette garniture qu'au fur et à mesure de l'arrivée des malades.

Par suite de cette disposition, les escaliers, parquets, murs, lits restèrent nus et toujours prêts à la désinfection; les malades, en s'alitant, bénéficiaient d'objets de couchage purs de tous germes et d'un facile entretien.

Les salles et leurs abords furent débarrassés des moustiques par des fumigations de poudres insecticides, des vapeurs de soufre, des flambées de bois vert, l'épandage d'huile de pétrole (Cayenne et Saint-Jean).

La destruction des produits morbigènes fut généralement l'objet d'une attention minutieuse et soutenue, surtout au cheflieu.

Les orifices et surfaces organiques du malade, bouche, narines, anus, mains, peau, en raison de la fréquence de leur souillure par les déjections, étaient sans cesse aseptisés par des gargarismes, des lotions ou des bains à l'eau boricuée, mentholée ou bichlorurée.

Les linges, effets, draps, couvertures, toile cirée, étaient, suivant leur valeur et leur degré de souillure, incinérés ou immergés dans des solutions fortes de chlorol pendant plusieurs heures, remis humides à la buanderie, ébouillantés, puis lessivés.

Les cadavres des décédés, protégés contre les mouches et les moustiques par un drap épais humecté de solution phéniquée ou mentholée, ne séjournèrent à la salle qu'un temps moral, étaient autopsiés peu après la mort, aussi rapidement que possible et avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, boursés intérieurement de sciure de bois humide et antiseptique et aux orifices de tampons, mis en bière aussitôt après, dans un lit de chaux, avec tous les linges souillés et, finalement, inhumés sans cortège, dans un coin de cimetière de la ville qui leur était réservé.

Les crachats, les vomissements et les selles recueillis dans des récipients spéciaux et protégés contre les mouches et les moustiques par des compresses humides ou des couvertures, étaient traités, en permanence, par des solutions de chlorol ou de bichlorure, puis jetés aux cabinets après mélange intime avec du chlorure de chaux.

Les récipients, une fois débarrassés de leur contenu, étaient plongés pendant plusieurs heures dans un baquet plein de la même solution.

Les vêtements et les linges personnels des malades guéris ou des décédés furent régulièrement soumis à la désinfection, soit par sulfuration, soit par étuvation et chaque fois que possible, en outre, lessivés.

Les locaux contaminés par la présence des malades ou des décédés, — logements privés, villas de dissémination, casernes d'infanterie et de gendarmerie, prison, salles de malades, amphithéâtre, écuries, — ainsi que tout leur contenu furent, soit au cours, soit à la fin de l'épidémie, soumis à la désinfection.

Le nombre de locaux désinfectés en dehors de l'hôpital s'est élevé à vingt-cinq environ.

La désinfection des logements particuliers de la ville a eu

lieu par les soins du service de santé sur les renseignements et avec le concours de la municipalité.

La désinfection comprenait le plus généralement, et en particulier à l'hôpital, les opérations suivantes :

Sulfuration des salles avec tout leur matériel, obtenue par la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube, en espace clos et humide, les armoires à linge ouvertes, les matelas mis en arc sur les sommiers, les oreillers, les traversins et les couvertures suspendus au baldaquin, les récipients divers éparpillés à terre; pulvérisation antiseptique desdits objets et des parois de la salle, à l'aide de l'appareil Geneste et Herscher; étuvage de la literie; flambage à l'alcool des lits et sommiers; lavage des parquets, des plinthes, à l'aide de solutions de chlorol ou de bichlorure; toilette consécutive (blanchiment, cirage).

Ces opérations furent répétées plusieurs fois au cours de l'épidémie, pendant les périodes d'accalmie, pour les diverses salles de l'hôpital. Il nous a semblé que les milieux ainsi fréquemment désinfectés et surtout imprégnés de vapeurs sulfureuses étaient beaucoup moins favorables à l'entretien et à la vitalité des germes, en tout cas les moustiques disparaissaient pour plusieurs jours.

Impossible à réaliser avec cette fréquence et cette complexité dans la plupart des établissements pénitentiaires, dans les camps et les annexes, par suite de l'encombrement du milieu, de l'insuffisance et de la mauvaise disposition des locaux et aussi de l'inaptitude du personnel infirmier exclusivement composé de transportés ou de soldats inexpérimentés, la désinfection des locaux a généralement été réduite, consécutivement, à l'apparition du dernier cas, soit à une sulfuration, soit quand elle était impossible, à une pulvérisation antiseptique à l'aide des pompes Geneste et Herscher, suivie en tout cas de lavages antiseptiques des parquets et du blanchiment à la chaux des murs.

Quelques carbets sans importance ont été par surcroît incinérés çà et là (nouveau camp de Charvein).

L'observation quarantenaire de neuf jours imposée à l'entou-

rage du malade, après désinfection, a trouvé plusieurs fois une heureuse application, tant à Mana, à Saint-Laurent du Maroni, qu'au chef-lieu.

L'assainissement des centres urbains, unanimement conseillé, s'est poursuivi avec plus ou moins d'activité et de succès suivant les différents points contaminés. Des efforts considérables ont été tentés à Cayenne. Le curage des cours, des égouts et canaux, le nettoyage des places publiques et du marché, la réglementation des vidanges, la désinfection des tinettes au champ d'épandage, ont été l'objet d'une surveillance toute particulière de la part du Conseil et surtout de la Sous-Commission d'hygiène, au cours de ses opérations périodiques, et des améliorations importantes ont été réalisées sur bien des points, grâce au généreux concours de la municipalité.

III. PROPHYLAXIE RÉGIONALE.

Protéger les régions non contaminées contre les foyers déjà constitués et éviter la réinfection réciproque de ces foyers comme de nature à éterniser l'épidémie, tel a été le double but poursuivi par la prophylaxie régionale.

Les mesures édictées dans ce but ont sensiblement varié suivant les progrès de l'épidémie, les régions atteintes, l'importance de leurs relations, leurs moyens de subsistance et de protection.

Au moment où la nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune au Maroni parvint officiellement à Cayenne (3-5 mars), tout fut mis en œuvre, tant sur mer que sur terre, pour essayer de limiter sur place la maladie, tout en parant aux nécessités du ravitaillement par le chef-lieu dont la partie Nord de la colonie est essentiellement tributaire.

En conséquence, les dispositions suivantes furent adoptées par le Conseil sanitaire de Cayenne, en sa séance du 5 mars, et immédiatement communiquées aux intéressés.

Les navires au cabotage durent, en toutes circonstances, se munir d'une patente de santé.

Les navires avec passagers et marchandises furent autorisés

à aller de Cayenne à Saint-Laurent en faisant toutes escales intermédiaires.

A Saint-Laurent du Maroni, les autorités durent faire leur possible pour aménager en aval du bourg un ponton ou des chalands permettant aux bateaux d'effectuer leurs opérations de déchargement, sans entrer en contact avec l'agglomération.

Les navires sans passagers ni marchandises, exception faite de l'or natif placé dans des récipients en métal, purent se rendre de Saint-Laurent à Cayenne, mais sans aucune escale intermédiaire; ils ne purent, le cas échéant, faire retour à ces escales et, en particulier à Mana, qu'après avoir passé au lazaret de Larivot.

À leur arrivée de Saint-Laurent les navires durent mouiller à l'entrée de la rade de Cayenne pour y être arraisonnés et, de là, être dirigés sur les îlets de Rémire, aux fins d'y subir une quarantaine de neuf jours pleins à compter du départ de Saint-Laurent; à l'expiration de cette quarantaine, enfin, se rendre au Lazaret de Larivot pour y subir la désinfection.

Les navires faisant le trafic entre Mana et Cayenne sans passer par Saint-Laurent du Maroni purent se rendre à Cayenne avec des passagers et, en cas de patente nette, y être admis en libre pratique, après une simple désinfection au Lazaret.

L'autorité sanitaire du bourg de Mana dut seulement veiller à ce que les passagers embarqués ne vissent de la circonscription contaminée et, à cet effet, user à l'occasion des droits de visite conférés par l'article 28 du décret du 31 mars 1897.

Par surcroît de précaution, la circulation fut interdite sur le chemin qui relie les Hattes à Mana; une surveillance rigoureuse dut être exercée, d'un côté, par les surveillants militaires des Hattes, de l'autre, par la gendarmerie et la police de Mana.

Les agents principaux de Kourou les Roches et des Îles furent invités à considérer les provenances de Mana comme suspectes et à leur interdire l'accès de ces localités. (Dépêche du 6 mars.)

L'Administration dut prendre toutes les mesures utiles pour

restreindre au minimum les communications entre Saint-Laurent et Saint-Jean, de manière à empêcher que ces deux agglomérations ne formassent avec les postes intermédiaires un seul et gigantesque foyer épidémique.

De part et d'autre, les malades durent être soignés sur place, contrairement à l'habitude prise d'évacuer sur Saint-Laurent les malades du personnel libre de Saint-Jean.

Un poste de surveillance dut être établi au pont de la crique Balété pour mettre obstacle aux allées et venues.

La circulation du chemin de fer dut être réduite au strict indispensable.

La séance du Conseil sanitaire du 5 était à peine terminée et les mesures ci-dessus adoptées, que la nouvelle de l'apparition de la maladie à Mana, le 2 mars, parvenait à la Direction.

Devant les progrès de l'épidémie et en raison des aménagements à terminer au lazaret de Larivot, le Conseil sanitaire du chef-lieu, réuni à nouveau le 6, vota l'interdiction de toute communication maritime ou terrestre entre les régions du Maroni et de Mana et le reste de la Colonie.

Aucun navire ne put se rendre de Saint-Laurent ou de Mana aux autres ports indemnes de la colonie.

Tout navire venant d'un port indemne dut être muni d'une patente de santé certifiant qu'il n'avait pas eu de communication avec les territoires contaminés (arrêté du 8).

Les maires et les agents sanitaires des communes sous le vent durent veiller à ce que les individus provenant de ces régions ne s'embarquent pas dans ces communes pour Cayenne.

Les pilotes chargés de conduire les bateaux de Cayenne au Maroni durent, le cas échéant, se faire escorter du bateau pilote et quitter le navire à l'entrée de la rivière du Maroni pour revenir à Cayenne; le service du pilotage de la rivière dut être assuré par un pilote laissé en permanence à Saint-Laurent.

Sur la route côtière n° 1, reliant Mana à Cayenne, on établit, d'autre part, avec le concours de douaniers assermentés deux postes de surveillance situés l'un à Organabo, immédiatement au Sud de Mana, l'autre à la pointe Macouria, en face de Cayenne.

Le premier eut la consigne de ne laisser aucun individu, surtout aucun Européen, atteindre Organabo. Le second dut veiller à ce que les libérés ne franchissent pas la rade de Cayenne et à ce qu'en outre les maraîchers indigènes venant ravitailler la ville n'y introduisissent, ni hardes, ni chiffons suspects.

Entre ces deux points, le long de la route, il fut autant que possible mis obstacle à la circulation des libérés, sauf dans le voisinage immédiat de leurs habitations, par le maire des communes sous le vent, par les postes de gendarmerie et par les passeurs.

Malgré toute la hâte apportée à leur exécution, ces mesures, nous l'avons vu, arrivaient trop tard pour le chef-lieu. Les relations incessantes entretenues par ce port avec la région du Maroni, alors que la présence de la maladie n'y était pas encore reconnue et signalée, ne laissaient pas que de faire craindre qu'il ne fût déjà contaminé. Les événements furent ceux que nous avons prévus. Le 11, la garnison était atteinte dans les conditions que nous connaissons.

Les mesures prophylactiques allaient, de ce chef, subir une atténuation sensible par un retour progressif à la désinfection pure et simple.

Aussi bien, l'isolement absolu du Maroni et de Mana maintenu par le conseil sanitaire en sa séance du 22 mars commençait à y faire sentir ses fâcheux effets.

Par suite de l'immobilisation à Saint-Laurent des navires au cabotage et en dépit des appels réitérés au commerce (conseil sanitaire du 22 mars), les vivres s'y faisaient rares.

Les mineurs, affamés, descendaient en hâte des placers, encombraient Saint-Laurent, menaçant de compromettre l'hygiène et la sécurité de la localité, malgré tous les efforts de l'Administration pour en atténuer les effets.

Les négociants de Cayenne sollicitaient du gouverneur, par pétition, que les stocks d'or descendus de l'Inini fussent transportés par la première occasion de Saint-Laurent à Cayenne (pétition du 16 mars communiquée en séance de la commission sanitaire du 4 avril).

D'autre part, l'état sanitaire de Mana où la maladie n'avait donné lieu qu'à un seul cas mortel de fièvre jaune était devenu aussi satisfaisant que possible.

Par surcroît, le lazaret, dont les réparations poussées avec activité étaient achevées et qui avait été pourvu, sur la demande du conseil, d'une équipe de douaniers (séance du 22 mars), était désormais en état de faire face à toute éventualité.

Dans ces conditions, des modifications au régime sanitaire en vigueur s'imposaient.

Elles furent, au fur et à mesure des besoins, arrêtées par la commission sanitaire en ses séances des 4 et 23 avril.

a. L'interdiction édictée contre les provenances de Mana fut levée. Les navires purent, en conséquence, venir librement de Mana à Cayenne sous la réserve d'une simple désinfection à l'arrivée (4 avril).

b. Les relations restèrent toujours interdites entre les régions du Maroni et de Cayenne d'une part, et les autres parties de la colonie de l'autre, sauf en ce qui concerne le ravitaillement en vivres et objets de première nécessité (séance du 23 avril; arrêté du 30).

Les navires durent, à leur départ de Cayenne, subir une désinfection de la cale, des cabines, de la literie et de toutes les marchandises tant soit peu susceptibles.

Les autorités sanitaires des communes sous le vent et des îles furent invitées à se protéger, dans la mesure de leurs moyens, contre les provenances contaminées (4 avril).

c. Les navires retenus au Maroni furent autorisés à regagner Cayenne, à raison d'un tous les quatre jours et à la condition de ne prendre, ni passagers, ni marchandises, exception faite de l'or natif enfermé en des récipients en métal, sans linges ni sachets.

À son arrivée à Cayenne, tout navire dut être désinfecté au lazaret et y subir ensuite, à compter de la désinfection, une quarantaine de neuf jours, passé laquelle il put prendre de nouveaux chargements sans que toutefois son équipage puisse communiquer (séance du 4 avril).

Ces mesures devenant encore insuffisantes à assurer le ravitaillement du Maroni, par suite du nombre toujours croissant des mineurs, et l'encombrement avec tous ses dangers augmentant parallèlement, l'évacuation sur Cayenne de cette population flottante fut décidée en séance du 23 avril et sanctionnée par arrêté du 30 avril, sous la réserve des mesures suivantes :

Les arrivages durent avoir lieu au lazaret de Larivot par convois de 150 passagers au plus, sur un ou plusieurs bateaux.

Afin d'éviter l'encombrement dudit lazaret, le départ des convois n'eut lieu de Saint-Laurent que tous les dix jours environ, sur les ordres du directeur de la Santé, avec l'autorisation de l'agent principal.

Les passagers de chaque convoi durent subir audit lazaret une quarantaine de neuf jours avec désinfection du linge.

Les navires convoyeurs et les équipages furent, sur rade du lazaret, soumis aux mêmes mesures d'observation et de désinfection. Le bénéfice de cette mesure fut étendu plus tard aux navires non porteurs d'émigrants.

Les échanges de marchandises, à l'exception de l'or natif, des vivres de première nécessité, d'effets et tous autres objets susceptibles, restèrent rigoureusement interdits.

Le médecin-chef du Maroni dut veiller strictement à ce qu'aucun objet ou effet ayant appartenu à des malades ou à des décédés ne fût embarqué pour le chef-lieu.

Afin de diminuer dans une plus large mesure encore l'encombrement de Saint-Laurent, le rapatriement des militaires, des fonctionnaires de santé douteuse et de leurs familles fut décidé par le chef de la colonie, d'entente avec l'autorité sanitaire.

Une commission médicale de rapatriement, composée de deux médecins et d'un pharmacien, fut instituée en vue de suppléer à Saint-Laurent du Maroni le conseil de santé du chef-lieu.

66 rapatriables, dont 3 convalescents de fièvre jaune, furent conduits, le 30 avril, en rade de Cayenne, par un affrété et transbordés directement sur le paquebot-annexe de la Compa-

gnie générale transatlantique, sans communication avec la terre.

Il eût été de bonne police sanitaire maritime de soumettre préalablement ces rapatriables à une quarantaine d'observation de neuf jours avec désinfection, mais, faute de moyens de transport suffisants du Maroni à Cayenne, il fut matériellement impossible d'assurer cette opération en temps opportun.

La Compagnie, néanmoins, embarqua ces rapatriables, d'autant qu'elle acceptait de première main, sans observation, ni désinfection préalable, les passagers du chef-lieu dont l'état sanitaire était au moins aussi précaire que celui du Maroni.

17 convalescents de Cayenne, dont 3 de fièvre jaune, s'embarquèrent à la même date, mais ceux-ci après désinfection.

Le rapatriement fut poursuivi par la suite dans des proportions moindres.

Ces mesures restèrent intégralement en vigueur jusqu'au 22 mai. A cette date, l'amélioration de la situation sanitaire de Saint-Laurent et de Cayenne permit au conseil sanitaire de réduire de neuf à trois jours l'observation imposée aux provenances de ces localités, en vue de la désinfection, et de déférer, en ce faisant, au vœu du commerce local (arrêté du 22 mai).

Le chef-lieu, en raison de ses aménagements et de son outillage spécial, resta toujours le centre de ces opérations, tant à l'égard des provenances du Maroni que des navires en partance pour Saint-Laurent et des régions indemnes des Îles et de Kourou.

La désinfection terminée, les premières étaient admises en libre pratique au chef-lieu, les seconds étaient autorisés à suivre leur destination, sous la réserve d'avoir à s'en tenir, aux Îles et à Kourou, au strict ravitaillement et de n'avoir avec ces points indemnes aucune autre communication. En dehors de ce ravitaillement obligé, ces pénitenciers durent maintenir l'interdit vis-à-vis de Cayenne et du Maroni (art. 11 de l'arrêté du 22 mai).

Celui de Kourou-les-Roches reçut, par surcroît, l'ordre de

s'isoler du bourg de Kourou, en raison de ses communications inévitables avec le chef-lieu (dépêche du 22 mai).

Le bourg de Mana fut autorisé à assurer sur place la désinfection des petites embarcations venues de Saint-Laurent.

Lors de l'apparition de la fièvre jaune aux pénitenciers des Îles et de Kourou (mai et juin) ces établissements eurent à se garder de toutes relations réciproques, sans préjudice des mesures d'ordre général déjà en vigueur.

Les évacuations sur l'hôpital des Îles furent suspendues. Les malades de la circonscription de Kourou furent traités aux Roches, qu'on pourvut pour la circonstance d'une infirmerie-ambulance.

Les malades antérieurement hospitalisés aux Îles ne purent après leur guérison faire retour aux postes de la côte qu'après une quarantaine au lazaret de Larivot.

Toutefois, l'hôpital des Îles fut autorisé à recevoir de Kourou, avec toutes les précautions prophylactiques de rigueur, la glace nécessaire au traitement des amariliens.

Les relations entre les deux pénitenciers ne furent définitivement reprises qu'après la cessation complète de l'épidémie sur les deux points, plusieurs jours après le dernier cas de Kourou et la désinfection générale.

Les mesures de prophylaxie nécessitées par la persistance de la maladie à Saint-Laurent du Maroni et à Cayenne, ne prirent fin que le 19 septembre, vingt jours après la disparition du dernier cas du Maroni (arrêté du 19).

Le 25 du même mois, eut lieu la suppression des patentes pour les navires au cabotage.

Le 30 septembre, lors de la réapparition de la fièvre jaune à la gendarmerie de Kourou, le bourg ainsi que le pénitencier des Roches, son voisin immédiat, furent tenus en quarantaine par le pénitencier des Îles et le chef-lieu; après quoi, la maladie disparue et la désinfection terminée, les relations furent à nouveau rétablies.

Il s'en faut que les mesures de prophylaxie urbaine et régionale instituées pour maîtriser l'épidémie aient toujours et partout rencontré un intelligent et désintéressé concours.

Ici, comme naguère au Sénégal, leur application souleva d'unanimes protestations.

Le plus grand nombre des manifestants, forts de leur immunité de race et de séjour, incapables pour la plupart de s'assimiler la moindre notion d'hygiène, trouvaient de bon goût de ne pas croire à l'épidémie, de proclamer que les médecins, leur chef en tête, se trompaient, que les mesures sanitaires préconisées au nom de la fièvre jaune étaient une entrave inutile au commerce et leur prétexte un renom gratuit d'insalubrité jeté sur la colonie.

Hélas! ce renom n'est plus à faire! Et à défaut de tant d'autres hécatombes, le long et douloureux martyrologe du corps de santé suffirait à en témoigner!

D'aucuns, plus modérés, virent dans la situation sanitaire du moment une épidémie « d'insolation », bien que nous fusions depuis plusieurs mois sous l'eau!

C'était, pour le moins, suivant l'heureux euphémisme de Rangé, « de l'insolation amarile ».

À telles enseignes, on pouvait escompter d'avance les résistances et les infractions au régime sanitaire.

Celui-ci, systématiquement opposé à la désinfection domiciliaire, prétexte de prétendus dégâts et ne cède que devant l'engagement pris par l'administration d'en couvrir les frais éventuels. Inutile d'ajouter que ces dégâts furent nuls.

Celui-là trouve plus simple de ne rien désinfecter et, faute d'égout à sa portée, abuse du tout à la rue.

Tel capitaine au cabotage essaye d'aborder sans patente sur divers points de la colonie et trouve vexatoire qu'on lui refuse partout la libre pratique.

Tel autre, attiré par l'appât d'un gain facile, embarque par-dessus bord divers objets susceptibles.

Ici, certain fonctionnaire, devançant l'arraisonnement du navire, prend à son bord la fièvre jaune et la transmet à son pénitencier.

Là, c'est la direction de Saint-Laurent elle-même qui, sous prétexte de ravitaillement, fait clandestinement expédier à Kourou-les-Roches des vêtements qui y introduiront la maladie,

et extrait du chef-lieu une pièce d'étoffe de 1,000 mètres qui, mise en coupe entre les mains d'une reléguée, lui transmet la maladie qui l'enlève.

Ailleurs encore, les communications entre Saint-Jean et Saint-Laurent sont incessamment violées, soit par des échanges au train de ravitaillement, soit par suite des agapes nocturnes de relégués que l'administration est impuissante à enrayer.

Ce fut tout, à ma connaissance; mais assez, toutefois, pour qu'en dépit du perpétuel dévouement du personnel sanitaire la fièvre jaune se généralisât sur tous les points de la colonie.

Tant que l'égoïsme particulier primera l'intérêt général, la Guyane pourra escompter de redoutables épidémies de typhus amaril.

IV. PROPHYLAXIE INTERNATIONALE.

Protéger la colonie contre les importations du dehors, comme de nature à y exalter et à y entretenir la maladie régnante, empêcher dans la mesure du possible son extériorisation au voisinage, tel fut le double but poursuivi par la prophylaxie internationale.

Aussi longtemps que la fièvre jaune persista à la Guyane hollandaise, cette région resta sous le coup des mesures prophylactiques édictées contre elle en janvier 1902.

Une surveillance active fut exercée sur la frontière du Maroni à l'égard des évadés dont la capture ou l'extradition fut invariablement suivie de l'internement et de la désinfection au lazaret du camp Saint-Louis.

Ces mesures prirent fin avec la disparition de la maladie de Surinam et d'Albina et furent rapportées, sur le vœu du conseil sanitaire et par arrêté du Gouverneur en date du 4 mai.

La situation sanitaire de la Guyane fut, pendant toute la durée de l'épidémie, invariablement notifiée au Département et aux colonies voisines, soit par câblogramme, soit par l'entremise des patentes.

Les convalescents de fièvre jaune rapatriés par l'annexe des Antilles ne le furent qu'après une désinfection aussi rigoureuse que possible du linge et des effets.

CHAPITRE IV.

INCUBATION.

Entre l'apport des germes amarils à l'économie et la réalisation de l'infection, on a noté des intervalles de temps variables qui montrent que la fièvre jaune n'a rien de fatal dans sa contagiosité et que, si le germe peut envahir hâtivement l'économie, il peut aussi rester longtemps au contact de nos surfaces et de nos cavités, en continuant à faire partie du monde extérieur, sans entrer en conflit avec nos cellules, attendant pour ce faire une occasion favorable.

Ces différences dans la durée de l'incubation semblent en rapport, soit avec la virulence du germe, soit avec la réactivité individuelle, soit enfin avec l'intervention de causes secondes ou adjuvantes.

Les exemples suivants, choisis entre les plus positifs, nous paraissent de nature à fixer les idées.

Le premier cas de processus épidémique, à Saint-Jean, survint sur un Européen comptant neuf mois et demi de Guyane, onze jours après son arrivée dans cette localité (2 au 13 octobre 1901).

Le second eut lieu chez un Européen ayant deux mois de séjour colonial, huit jours après avoir soigné son camarade (14 au 22 octobre 1901) et consécutivement à un coup de soleil.

Le gendarme de Mana fut mortellement frappé, sept jours et demi après avoir pris passage sur un navire suspect venu de Saint-Laurent où quelques cas isolés et mortels de fièvre jaune avaient été observés (23 février matin au 2 mars, 11 heures soir).

Le premier cas avéré du chef-lieu apparut consécutivement à une exposition au soleil, huit jours après que le caporal européen H. . . , dans la colonie depuis dix-huit mois, se fut trouvé en contact avec le capitaine G. . . , venu aussi de Saint-Laurent (3 au 11 mars) et seulement en puissance de germes.

Dans tous ces cas à échéance assez longue, il est à noter que l'épidémie était à ses débuts; que, selon toute vraisemblance, la maladie n'avait pas encore acquis toute sa virulence, que les sujets atteints présentaient d'aucuns, par surcroît, le bénéfice d'une certaine accoutumance climatique éminemment propice à la résistance.

L'épidémie venant à battre son plein, on observa, chez des Européens arrivant directement de France ou des Antilles et placés dans les mêmes conditions de contamination, une incubation beaucoup plus rapide à côté de véritables périodes de latence, différence que la réactivité organique nous semble seule susceptible d'expliquer.

Deux médecins européens, arrivés le 30 mars de la Guadeloupe et de la Martinique où ils avaient fait un assez long séjour, sont frappés l'un le 8, l'autre le 15 avril, soit huit et quinze jours après leur débarquement à l'hôpital et leur premier contact avec des amariliens.

Un infirmier et un médecin arrivent de France le 30 avril matin. Le premier, attaché au chef-lieu est frappé le 4 mai, cinq jours exactement après son contact avec le milieu hospitalier où se trouvaient en traitement des amariliens. Le second, envoyé à l'Îlet la-Mère y débarque le 1^{er} mai, se trouve dès ce moment en contact avec trois hommes gravement atteints de fièvre jaune et n'est cependant frappé que quinze jours après.

Trois infirmiers arrivés et débarqués au chef-lieu, le 30 mai matin, tombent malades, deux d'entre eux le 5 juin, le troisième le 24 juin, soit six jours et vingt-cinq jours après s'être trouvés au contact du milieu hospitalier.

En d'autre temps, des médecins du chef-lieu et des Îles, détachés au service des contagieux et adonnés à la pratique des autopsies depuis le début de l'épidémie (11 mars à Cayenne, 15 mai aux Îles) ne sont frappés qu'un mois et un mois et demi plus tard, dix-huit à vingt-quatre heures, toutefois, après une séance d'autopsie suivie d'une exposition au soleil. Ce fut notre cas personnel.

Dans ces circonstances, on est conduit à admettre que l'organisme, encore qu'en puissance de germes et en état d'immi-

nence morbide, avait besoin pour faiblir, d'un apport de germes plus virulents et d'une circonstance adjuvante.

La résistance de l'organisme à l'infection amarile a donc varié, d'après les exemples précédents, entre cinq et vingt-cinq jours; le plus ordinairement, l'infection s'est trouvée réalisée au bout de cinq, six, sept et huit jours, parfois après onze jours, plus exceptionnellement au quinzième et au vingt-cinquième jour.

Cette incubation ne s'est communément accompagnée d'aucune manifestation morbide. Cependant dans certains cas à longue échéance, tel que le nôtre, celui de notre prévôt et de l'infirmier frappé après vingt-cinq jours, on a noté, de-ci de-là, comme sous l'influence de poussées répétées, de la lombalgie, de la céphalalgie, des nausées, des érythèmes cutanés polymorphes, de l'inappétence, jusqu'au jour où la maladie s'est affirmée d'une façon catégorique.

CHAPITRE V.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE.

I. ANALYSE DES DÉTERMINATIONS ANATOMO-CLINIQUES.

Le processus biologique de la fièvre jaune se ramène essentiellement, d'après les connaissances modernes, à une toxi-infection spécifique, tour à tour pyrétogène, congestive, stéatogène, hémorragique et émétique.

De là, divers ordres de déterminations anatomo-cliniques que nous allons essayer de caractériser, d'après les données de l'épidémie de 1902.

Anatomiquement, les lésions dégénératives tiennent le premier rang; mais, symptomatologiquement, les autres phénomènes dominent la scène.

Syndrome fébrile. — La toxi-infection amarile est essentiellement pyrétogène. Elle produit, par excitation probable des centres nerveux régulateurs du calorique, une suractivité

de combustions et des processus nutritifs normaux, qui se traduit par une élévation thermique, des troubles circulatoires et respiratoires et une altération profonde de l'état général.

Thermalité. — L'élévation thermique affecte des allures variées qui se ramènent à quatre types principaux :

Type rémittent. Il comprend, suivant le cas, une ou deux périodes fébriles.

Dans le cas d'une période fébrile, après un début paroxysmique de durée en général assez courte, survient une rémission au-dessous de la normale.

Avec cette rémission hypothermique définitive, coïncide le plus souvent la guérison, la maladie se trouvant alors réduite à son minimum de gravité, ou, plus exceptionnellement, la mort dans les cas à forme galopante.

Dans le cas de deux périodes fébriles, après la poussée paroxysmique du début, survient une rémission au-dessus ou au-dessous de la normale, bientôt suivie d'un retour ascensionnel de la température avec ou sans guérison.

Cette seconde période est généralement moins élevée que la première et peut varier du simple état sub-fébrile à l'état franchement fébrile, suivant que la rémission qui l'a précédée a été plus ou moins accusée.

Type récurrent ou à rechutes. Il comprend deux ou trois périodes fébriles séparées par des accalmies plus ou moins longues. Il y a là une série de reprises témoignant de la virulence latente des germes.

Type continu. Ici, la température parvenue à son apogée s'y maintient, matin et soir, sans rémission bien sensible, presque au même degré. C'est un type propre aux atteintes graves.

Type à intermittences. C'est un type d'association, résultant de l'évolution de la maladie sur un terrain paludéen et du réveil aigu consécutif de l'intoxication malarienne, sous forme d'accès intermittents.

Le plus ordinairement, ils s'observent au début ou au déclin de l'atteinte amarile, plus rarement pendant son cours. Nous en reproduisons plus loin un type remarquable.

Ce réveil de paludisme contribue pour beaucoup, dans les centres de la relégation, à assombrir le pronostic du typhus amaril, qu'il complique trop souvent mortellement.

Quel que soit le type thermique observé, la fièvre présente les caractères suivants :

Le début est presque toujours brusque. Quand ce caractère est très marqué, l'élévation thermique s'accompagne souvent d'un frisson intense, mais de courte durée chez l'adulte, parfois de convulsions chez l'enfant (deux cas).

Le frisson et les convulsions nous semblent ici des équivalents physiologiques qui traduisent, à des degrés différents, l'impressionnabilité du système nerveux, marquent la réaction de l'organisme et la tendance au réchauffement. Vraisemblablement, ici comme dans toute toxi-infection, il se fait, primitivement, une répartition irrégulière du calorique, consistant en un échauffement des centres nerveux et au contraire en un état de vaso-constriction avec refroidissement relatif de la surface, en sorte que le frisson musculaire et les convulsions interviennent, comme moyens thermogènes, pour rétablir l'équilibre ⁽¹⁾.

Après son ascension, la température oscille plus ou moins longtemps au voisinage de l'acmé. En général, le maximum est atteint lors de la première période fébrile.

Le retour à la température normale peut se faire lentement, par défervescence en lysis, ou brusquement et par crise. Les phénomènes critiques sont d'ordinaire des sueurs profuses, des débâcles diarrhéiques, de la polyurie pouvant atteindre jusqu'à quatre litres et un retour anticipé et abondant des règles.

Dans les cas à terminaison fatale, la mort a lieu dans l'hypothermie ou dans le collapsus hypothermique et s'accompagne souvent de sueurs extrêmement fétides, d'odeur parfois gangréneuse.

La durée du processus fébrile est en général proportionnelle à celle du processus virulent. Elle varie de trois à neuf jours. Dans les cas d'extrême virulence, à terminaison rapidement mortelle, comme dans les cas bénins, elle peut être très courte.

(1) RICHET, *Bulletin de la Société de biologie*, 1894, p. 151.

La forme galopante, sinon foudroyante, a été assez fréquemment observée. Dans les formes continue et récurrente, elle est beaucoup plus longue.

Pendant la convalescence, on observe parfois des retours fébriles provoqués par des causes légères et en particulier par des écarts d'alimentation et le lever. C'est la reprise de l'évolution infectieuse mal éteinte.

Troubles circulatoires. — Pouls. — Dans nombre de cas d'intensité variable, on a communément constaté, suivant les données depuis longtemps acquises, une discordance remarquable entre le pouls et la température. Le pouls atteint à son maximum de fréquence et de tonalité au début de la fièvre, alors que la température est aussi à son apogée. Mais, tandis que celle-ci s'élève au chiffre hyperpyrétique de 40° et 41°, le pouls ne dépasse presque jamais 120, voir même le plus ordinairement 110 et 100 pulsations. Cependant, il a été noté dans plusieurs cas 150 pulsations.

Par la suite, il y a ralentissement du pouls, bradycardie. Ce phénomène nous a paru toujours coïncider avec la résorption biliaire et s'accroître d'autant plus qu'elle est plus prononcée.

Après la rémission, lors de la seconde période fébrile, le pouls se relève parfois, mais faiblement, en restant d'ordinaire bien au-dessous de son maximum premier.

Le ralentissement s'accroît encore pendant la convalescence, où nous l'avons vu fréquemment tomber au-dessous de 50, parfois même à 38 pulsations. On note alors, souvent, concurremment, de la mollesse et du dicrotisme.

Cette discordance par bradycardie entre le pouls et la température, encore que la règle ne va pas sans quelques exceptions. A Saint-Jean, Contaut a relevé plusieurs cas où la courbe des pulsations était « symétrique de celle de la température », en sorte qu'il est « amené à considérer comme médiocre la valeur symptomatique attribuée à la discordance ».

Notons, par surcroît, que dans certains cas généralement mortels, alors que la température est très basse, le pouls, au

contraire, atteint une extrême fréquence : il y a discordance tachycardique, inverse de la discordance bradycardique.

Troubles respiratoires. — La dyspnée est de règle pendant presque toute la durée du processus fébrile. C'est vraisemblablement une dyspnée compensatrice, d'origine toxique, nécessitée par l'affinité moindre de l'hémoglobine altérée pour l'oxygène et la diminution subséquente du champ de l'hématose, par analogie avec ce que Quinquaud a démontré exister dans l'ictère grave.

Le ralentissement de la respiration constitue un fait plus exceptionnel et de la dernière heure. Nous l'avons vu coïncider avec la paralysie glosso-pharyngée.

État général. — L'amaigrissement, l'émaciation, la perte des forces marchent de pair avec l'exagération des déchets et sont souvent hors de proportions avec l'atteinte.

Déterminations congestives et stéatogènes. — Les déterminations congestives et stéatogènes, le plus souvent connexes et inséparables, ont pour sièges d'élection les centres nerveux, les téguments externes, le tube digestif, le foie, les reins, le cœur.

Centres nerveux. — La rachialgie, la céphalalgie et leurs irradiations, le délire, quelques paralysies, marquent l'atteinte portée aux centres nerveux.

La céphalalgie et la rachialgie constituent des phénomènes initiaux, d'une remarquable constance, qui s'amendent, d'ordinaire, avec la rémission, mais restent susceptibles de se réveiller avec le retour de la fièvre.

La rachialgie, le plus souvent limitée aux lombes sous forme de coup de barre, était, en d'autres cas plus rares, généralisée à toute la moelle. Dans notre cas particulier, nous avons vu la dorsalgie l'emporter sur la lombalgie.

Les irradiations douloureuses, pour peu que la rachialgie fût de quelque intensité, étaient fréquentes des lombes vers les membres inférieurs et de la région dorsale vers l'épigastre. Il a été plusieurs fois noté de véritables douleurs fulgurantes en

ceinture et dans les membres inférieurs, ainsi que des crises d'épigastrie.

La céphalalgie n'a pour ainsi dire jamais fait défaut, surtout au début de la maladie. Elle s'est le plus généralement accompagnée de douleurs pongitives du globe de l'œil, exagérées par la pression, de photophobie et souvent de dilatation pupillaire.

Le délire est généralement modéré et tranquille. Il peut cependant revêtir la forme ambulatoire (un cas) et chez les alcooliques se compliquer de *delirium tremens* avec hallucinations, tendances au suicide (deux cas).

Les paralysies observées au cours du processus morbide représentent des phénomènes plus tardifs. La paraplégie avec paralysie vésicale, la paralysie glosso-pharyngée ont été plusieurs fois notées.

Ces déterminations cliniques coïncidaient, à l'autopsie, avec un état congestif avancé des centres nerveux intéressés, des racines nerveuses et de leurs enveloppes. Il est vraisemblable de penser que cet état congestif ne va pas sans un certain degré de dégénérescence décelable au microscope.

Déterminations hyperhémiques cutanées. — Le facies amaril mérite la première place parmi les phénomènes cutanés. Très accusé chez les personnes sanguines et les nouveaux venus, il l'était beaucoup moins chez les anémiques, les cachectiques, les malheureux épuisés de la transportation.

Chez les premiers, c'était à s'y méprendre : le facies rubéolique, parfois érysipélateux, avec une teinte acajou, de la bouffissure du visage, de l'injection conjonctivale frisant le chémosis, du larmoiement. Il offrait, en outre, une assez longue persistance. Chez les seconds, il était le plus souvent réduit à une rougeur passagère, avec des yeux brillants et légèrement humides.

Avec ce facies coïncidait, le plus souvent, une teinte érythémateuse de tout le corps et surtout du scrotum. Encore que l'érythème scrotal puisse se rencontrer dans d'autres maladies, sa fréquence extrême et trop souvent aussi son intensité dans

la fièvre jaune méritent d'être prises en sérieuse considération, au point de vue du diagnostic.

Au cours de l'épidémie du chef-lieu, ce symptôme n'a pour ainsi dire jamais fait défaut et je reste persuadé qu'un examen systématique et attentif de la région ne manquerait pas d'en affirmer la constance habituelle.

Réduit dans les cas bénins à une rougeur légèrement cuivrée, il présentait dans les cas sérieux une couleur jambonnée intense, accompagnée parfois de turgescence de la peau et, en plus d'une occasion, de vésication et même de suintement hémorragique. C'est en somme une gangrène superficielle.

La peau a encore été le siège fréquent d'exanthèmes érythémateux polymorphes (scarlatiniforme, rubéolique, pemphigoïde et ortié) avec ou sans desquamation consécutive. Celle-ci, d'ordinaire furfuracée, peut avoir lieu par plaques, en doigts de gants, comme dans la scarlatine, ainsi qu'il nous a été donné de l'observer chez un transporté, à la suite d'un urticaire généralisé et confluent de la convalescence.

De leur association avec le facies et l'érythème scrotal il résulte, selon nous, une triade symptomatique tégumentaire d'une bonne valeur diagnostique, surtout dans les cas bénins, car dans aucune autre maladie on ne les rencontre avec cette fréquence et cette intensité.

Tube digestif. — La bouche et le pharynx sont le siège de stomatite et d'angine, caractérisées par une rougeur érythémateuse intense, du gonflement, de l'hypersécrétion, de la desquamation avec ou sans dysphagie. La langue, ordinairement humide, molle et tuméfiée, est recouverte au centre d'un enduit blanc grisâtre, ardoisé, cotonneux, plus ou moins épais, tandis que sa pointe et ses bords, restés rouges, en manière de liséré, gardent l'empreinte des dents.

La muqueuse des gencives et celle des joues, également turgescents, présentent une teinte blanchâtre comme si, d'après la remarque de Crevaux, on les avait légèrement cautérisées avec le nitrate d'argent.

Le voile du palais, les amygdales et le rhinopharynx sont le

siège d'une rougeur érythémateuse et d'une tuméfaction parfois intense d'où résulte, dans les cas graves, un aspect vernissé quasi scarlatineux, des plus caractéristiques.

Cet état de stomatite et d'angine s'accompagne de fétidité de l'haleine, de dysphagie, et constitue par surcroît une remarquable prédisposition aux hémorragies passives.

L'estomac est le siège d'une gastrite aiguë plus ou moins intense, parfois d'une véritable gangrène (deux cas) que traduisent, pendant la vie, la fétidité de l'haleine, une douleur sourde et angoissante avec sensation de pesanteur et de brûlure, souvent aussi la perception, à la vue et au toucher, de battements du tronc cœliaque, et, à l'autopsie, l'injection, la vascularisation, l'érosion, avec boursofflement vermiforme de la muqueuse.

L'aspect de cette muqueuse est, en effet, le plus souvent comparable à un énorme paquet de lombrics. Dans les cas de gangrène, la muqueuse était recouverte d'un magma déliquescent et d'odeur repoussante.

L'étendue de ces lésions stomacales est variable. Le plus ordinairement limitées à la zone cardiaque, surtout quand la mort a été rapide, elles envahissent, dans les cas intenses, la zone pylorique, voire même toute la surface de l'estomac.

L'œsophage présentait parfois, à sa partie inférieure, une vive injection avec quelques érosions.

L'intestin plus ou moins douloureux et, suivant le cas, le siège de constipation et de diarrhée, présente à l'autopsie une légère psorentérie avec vascularisation et piqueté hémorragique.

Foie. — Sous l'influence de son envahissement par les germes et de son imprégnation par les toxines, le foie est atteint d'une altération congestive et dégénérative des plus caractéristiques.

Cliniquement, cette altération se traduit par de l'hépatalgie, des troubles des fonctions biliaires et uropoïétiques. Il n'a été noté qu'une seule fois de la glycosurie, encore en quantité infinitésimale. (Turié.)

La fonction uropoïétique, c'est-à-dire la transformation en

urée du sang circulant dans le foie, se traduit par une hyperazoturie initiale d'ordre fébrile, parfois considérable, rapidement suivie, du troisième au quatrième jour de la maladie, d'une hypoazoturie d'autant plus marquée que l'atteinte est plus grave.

Le minimum du taux observé, encore qu'avec des urines souvent copieuses, variables de 750 grammes à 3 litres, a été de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, au lieu de 20 grammes, chiffre normal.

Cette hypoazoturie est caractérisée par une série d'oscillations qui traduisent l'effort incessant de la cellule hépatique.

Le retour au taux normal ou au-dessus, a lieu parfois brutalement, en manière de décharge toxique. On l'a ainsi vu passer de 4 grammes à 21 et 27 grammes dans les vingt-quatre heures.

La sécrétion biliaire est profondément troublée. Ce trouble se traduit par le syndrome ictère, c'est-à-dire au sens le plus large de la conception d'Hayem, par une résorption des pigments biliaires normaux et surtout anormaux.

L'ictère a été un des symptômes les plus constants de l'épidémie. Il n'a pour ainsi dire jamais manqué. Il s'est montré plus ou moins tôt, suivant l'acuité de l'atteinte amarile, parfois dès la fin de la période d'invasion, le plus ordinairement avec la rémission, dans quelques autres cas rapidement mortels, seulement sur le cadavre.

Sa persistance sur le vivant a varié de quelques jours à plusieurs semaines après la rémission.

Son début a presque toujours eu lieu par la sclérotique, la voûte palatine, la face inférieure de la langue. Il y est resté limité dans les cas légers. Mais pour peu que l'atteinte fût plus marquée, il ne tardait pas à envahir le visage aux abords de l'orbite, du sillon jugo-nasal, du sillon mentonnier, puis les parties latérales du cou. De là, enfin, il s'étendait au tronc et aux membres. En même temps les urines tachaient le linge en jaune plus ou moins foncé.

La teinte ictérique a présenté quelques variations suivant la prédominance des pigments normaux ou anormaux.

Le plus généralement, surtout dans les cas graves, les urines

renfermaient uniquement ou en quantité prédominante du pigment rouge brun ou de l'urobiline décelable au réactif de Gmelin sous forme d'anneau rouge brun (Lambert, Birard) ou au spectroscope sous forme d'une bande d'absorption entre le rouge et le vert (Turie). En ce cas, leur teinte était communément rouge sombre et les téguments présentaient une coloration jaune paille en rapport, vraisemblablement, avec le très faible pouvoir tinctorial de l'urobiline. C'est un ictère par dyshépatie, un ictère « métapigmentaire » suivant l'heureuse expression de Boix ⁽¹⁾.

Assez souvent, en outre, au cours mais surtout vers le déclin de la maladie, les urines prenaient une teinte verte, irisée, nacrée, contenaient des pigments biliaires normaux plus ou moins décelables au réactif de Gmelin sous forme d'un anneau vert (Jard, Lambert, Birard) ou au spectroscope sous forme d'une bande d'absorption occupant toute la partie droite du spectre et masquant la présence de l'urobiline. Parallèlement, les téguments présentaient une teinte jaune safranée et même olivâtre. En ce cas, il s'agit d'un ictère par hypercholie simple, c'est-à-dire par sécrétion d'une quantité exagérée de bile d'ailleurs normale; peut-être aussi, à en juger par l'épaississement de la bile, d'un ictère pleiochromique, par hypercholie pigmentaire, c'est-à-dire par sécrétion d'une quantité trop grande de pigments, d'ailleurs normaux.

La teinte jaune clair n'est donc pas, en matière d'ictère amaril, la règle absolue et on ne saurait, par suite, refuser le nom de fièvre jaune à une pyrexie tropicale sur le seul aperçu d'un ictère intense.

Cet ictère biliphéique, jadis considéré par Décoreis comme d'un fâcheux pronostic, nous semble plutôt l'indice de la persistance et du retour des fonctions de la cellule hépatique, et peut même, dans ce dernier cas, être assimilé avec Ballot, Corre et Cunisset à un phénomène critique. Tous les cas où nous avons personnellement observé cet ictère intense ont, en effet, été suivis de guérison.

(1) BOIX, in *Manuel de médecine* de Debove et Achard, t. VI, 1895.

L'insuffisance des fonctions biliaires et uropoïétiques du foie se traduit par une auto-intoxication qui vient compliquer l'intoxication spécifique, en portant atteinte à la vitalité des parenchymes. Du côté des reins, cette toxi-infection complexe peut aboutir à des lésions telles que la dépuration urinaire devienne illusoire. L'insuffisance hépatique se double alors de l'insuffisance rénale : l'urémie hépatique est constituée. La maladie est, dès ce moment, réduite au complexus de l'ictère grave. C'est, suivant l'expression de Boix, le plus haut degré de l'action nocive infectieuse sur le foie et par lui sur l'organisme tout entier.

L'état d'infériorité antérieure de la cellule hépatique, tel que celui résultant d'altérations alcooliques et de tumeurs de l'organe, nous a semblé constituer une remarquable prédisposition à ce mode de terminaison. Un gendarme, atteint de cirrhose chronique pour laquelle il comptait plusieurs séjours à l'hôpital, succomba, consécutivement à l'atteinte amarile, au réveil d'un ictère grave à longue échéance. Un jeune soldat d'infanterie coloniale, atteint d'un kyste hydatique multiloculaire du foie, fut rapidement pris et enlevé par de l'insuffisance hépatique doublée d'insuffisance rénale, alors que son état permettait de penser qu'il était hors de danger et que lui-même se félicitait de n'avoir pas « passé la porte » (*sic*).

Les lésions nécropsiques du foie se ramènent, dans tous les cas, à un état de congestion et de dégénérescence des plus caractéristiques.

Sur vingt-six autopsies pratiquées par nous à l'hôpital de Cayenne, cette lésion n'a jamais fait défaut.

Dans les cas francs, non compliqués de paludisme, la dégénérescence prédomine sur l'état congestif. L'organe est en entier jaune pâle, sec, dur, friable et cassant. Les teintes « cuir neuf, chamois, feuille morte » et mastic représentent autant de nuances diverses de cette couleur jaune clair.

Sur le sujet atteint de kyste hydatique, le tissu de l'organe faisait, entre les différentes loges de la tumeur, des colonnes de couleur jaune et d'aspect marmoréen. La paroi interne, prolifère, était légèrement teintée en jaune, au contraire du contenu liquide qui était resté clair et cristallin.

Tandis qu'on essaye de dégager l'organe des adhérences fréquentes qu'il contracte avec le voisinage, il se déchire facilement et, au niveau de la déchirure, son tissu est parfois comme granuleux. A la pression entre les doigts, au niveau du lobe gauche, le plus propre par sa minceur à cette opération, le foie éclate, se casse, se fendille à la façon d'un cuir trop sec et trop vieux. A la coupe, son tissu crie sous le scalpel et la surface sectionnée laisse sourdre de-ci de-là des gouttelettes perlées de sang.

Chez les paludéens et dans les cas à terminaison rapidement mortelle, l'état congestif nous a semblé prédominer sur la dégénérescence, que nous avons alors trouvée, tantôt limitée à un lobe, tantôt disséminée en îlots jaunâtres sur les différents lobes du foie.

La vésicule biliaire renfermait le plus souvent une bile épaisse, poisseuse et rare. Parfois elle a été trouvée vide.

Reins, urine. — La néphrite dégénérative d'intensité variable, avec sa redoutable terminaison, l'urémie, occupe par sa fréquence et sa gravité le premier rang parmi les déterminations anatomo-cliniques de la fièvre jaune.

Cliniquement, l'atteinte aux reins se traduit par trois ordres de symptômes : des douleurs, des modifications quantitatives et qualitatives de l'urine, un ensemble de troubles fonctionnels éloignés se rapportant à l'insuffisance rénale.

Les douleurs, ordinairement localisées au niveau des reins, de chaque côté de la colonne vertébrale, sont cependant susceptibles, en cas d'anurie, de s'irradier le long des uretères. Elles se confondent souvent avec la rachialgie et ses irradiations.

Les modifications de l'urine sont fort remarquables.

La quantité des vingt-quatre heures, extrêmement diminuée, varie d'ordinaire de 500 grammes à quelques gouttes et aboutit souvent à l'anurie.

L'aspect à l'émission est celui d'un bouillon de bœuf mal écumé, mousseux, trouble, teinté en jaune citron, jaune orange, rouge sombre, rose hématurique, brun hémoglobinurique, noir

franc, ainsi qu'il nous a été donné de l'observer à Cayenne. Ce bouillon présente une augmentation de densité qui peut atteindre à 1030 (Turié, Lambert) et une acidité persistante qu'on a vu, dans les cas graves, se prolonger plusieurs semaines. Il abandonne par le repos en un verre conique, ou par centrifugation, un abondant sédiment où il a été décelé des hématies (Turié, Lambert) et de l'hémoglobine (Turié), des cellules rénales provenant des tubes droits, des cylindres graisseux, albumino-graisseux, granulo-graisseux, hémorragiques, de la leucine, de la tyrosine, de l'acide urique, des urates et en particulier l'urate acide de soude.

L'acide urique augmente dans l'urine jusqu'au quatrième jour de la maladie pour décroître ensuite progressivement (Lambert).

Les phosphates varient, parallèlement à l'urée, entre un maximum de 6 gr. 2 et un minimum de 0,8 par litre (Lambert).

Les chlorures diminuent dès le début de la maladie d'une façon progressive jusqu'à disparaître à peu près complètement, pour réapparaître ensuite dans la convalescence, en quantité parfois exagérée que Lambert a vue atteindre jusqu'à 17 grammes par litre d'urine.

Les sulfates augmentent avec la gravité de la maladie et varient en raison inverse des chlorures.

L'albuminurie est la règle à peu près constante. Elle varie des simples traces à des quantités moyennes de 2 à 4 grammes et à des maxima que Turié a vus ordinairement atteindre, par la pesée, 7 grammes, plus exceptionnellement 9 et 19 grammes.

L'urine est en général d'autant plus albumineuse que le cas est plus grave. Cette règle n'a cependant rien d'absolu; nous avons noté à Cayenne des cas avec hémorragies qui ne présentaient que des quantités peu considérables d'albumine, au contraire de certains cas bénins et de moyenne intensité.

Le liquide d'épreuve, à l'Esbach, est d'autant plus trouble, boueux, floconneux et lent à s'éclaircir par le repos, que l'atteinte est plus grave. L'éclaircissement rapide et soutenu, coïn-

cidant ou non avec la rémission, mais généralement avec celle-ci, nous a semblé, à Turié et à moi, d'un bon pronostic, au contraire d'un éclaircissement passager suivi d'un retour vers le louche persistant.

L'anneau de Vidaillet, obtenu en versant avec précaution de l'acide azotique le long d'un tube ou d'un verre à expérience, constitue un phénomène urologique qui, au jugé de recherches nombreuses effectuées au cours de l'épidémie par Jard, Lambert, Turié, autorise les conclusions suivantes :

a. L'anneau n'est pas pathognomonique de la fièvre jaune. D'une part, en effet, il a été décelé, soit dans les affections autres que la fièvre jaune telles que l'infection streptococcique généralisée (Lambert), le liquide ascitique (Jard, Turié), le liquide d'hydrocèle (Turié); soit, chez l'homme sain, dans un mélange filtré de salive et d'eau distillée (Jard) et dans des urines de composition par ailleurs normale (Turié, Jard). D'autre part, il n'est pas constant dans la fièvre jaune elle-même. Sur trente-deux urines d'amariliens examinées au cours de l'épidémie de Saint-Jean par Jard, l'anneau a manqué onze fois.

b. Cet anneau n'est pas, dans la fièvre jaune, pathognomonique de l'albuminurie commune, recherchée par les réactifs d'Esbach, ou par l'essai acidulé à chaud.

Il peut, en effet, exister sans précipité albumineux et, ce précipité existant, il peut au contraire manquer, dans les cas notamment où la quantité d'albumine dépasse 4 grammes. En outre, lorsque chez le même sujet les deux phénomènes coïncident, l'anneau, le plus communément, précède l'apparition de l'albuminurie, et persiste après sa disparition en se montrant tantôt très dense quand l'albuminurie est très faible ou inversement (Jard, Lambert, Turié).

Les trente-deux urines examinées par Jard se répartissent à cet égard comme suit :

Albumine et anneau.....	17
Albumine sans anneau.....	7
Anneau sans albumine.....	4
Pas d'albumine, pas d'anneau.....	4

c. Cet anneau est constitué par un congénère des albuminoïdes, la mucine (Lambert, Jard) associée ou non, soit avec de l'acide urique emprisonné dans sa masse et décelable au microscope, surtout au début de la maladie, soit avec des traces de sérine et de globuline entraînées mécaniquement lorsque, concurremment avec l'anneau, on obtient un précipité albumineux (Lambert).

Ces dernières substances n'interviennent donc qu'accidentellement dans la constitution de l'anneau, et la mucine en est, en somme, l'élément essentiel.

La présence de cette substance est facilement décelable dans les cas où l'anneau existe seul, sans précipité albumineux par la réaction à l'acide acétique. L'urine pourvue de cet anneau, étant traitée par un excès d'acide et portée à l'ébullition, donne un trouble très net (Lambert, Jard).

Cette expérience est corroborée par les deux suivantes, dues à Jard.

Un mélange intime de salive, liquide riche en mucine, et d'eau distillée, traité, après filtration, par l'acide azotique, donne un superbe anneau de Vidaillet.

De l'eau albumineuse un peu dense, traitée par l'acide azotique, fournit un coagulum sans anneau apparent. Mais, si on y ajoute le mélange précédent de salive et d'eau distillée, on obtient un superbe anneau, distinct du coagulum et dû à la précipitation de la mucine contenue dans la salive.

La mucine étant plus légère que l'albumine normale, on conçoit que, dans le cas où cette albumine coexiste avec l'anneau, la mucine en pseudo-solution puisse être facilement déplacée par l'acide et venir se rassembler à la limite de séparation du liquide acide et de l'urine, tandis que le coagulum albumineux tend à gagner le fond en formant culot. L'anneau, d'après Lambert, se forme d'autant plus haut dans l'urine que celle-ci est moins dense.

D'où proviendrait cette mucine?

Cette substance étant normalement sécrétée par les reins et existant, de ce fait, en faible quantité dans l'urine, il est logique d'admettre que, sous l'influence de la congestion rénale

si intense dans la fièvre jaune, elle est secrétée en excès. Lambert a, en effet, constaté jusqu'à 3 gr. 50 de mucine par litre d'urine.

La terminaison de la néphrite amarile est variable et la prédisposition semble jouer ici, comme pour l'atteinte au foie, un rôle important. Dans les cas les plus favorables, elle guérit sans reliquat. Les urines progressivement revenues à la normale comme quantité, couleur, limpidité, densité, ne présentent plus, d'autre part, aucune trace d'albumine.

Dans certains cas consécutifs à des atteintes graves, nous avons noté le passage de la néphrite à l'état subaigu avec albuminurie légère, essoufflement, pâleur de la face. Tels sont les cas de deux infirmiers chez lesquels ces manifestations ont persisté pendant plus de cinq mois.

Dans bon nombre d'autres cas, enfin, principalement chez les polysarciques et les sanguins, la néphrite aboutit par insuffisance rénale, avec simple oligurie ou anurie, à l'urémie ou mieux à l'urinémie, c'est-à-dire, au sens le plus large du mot, à un empoisonnement complexe auquel contribuent, du fait de leur défaut d'élimination par les reins, toutes les substances toxiques élaborées à profusion dans l'organisme.

La mort a lieu, en ce cas, au milieu d'un complexe symptomatique des plus variés, fait de troubles nerveux, respiratoires, gastro-intestinaux et fébriles.

De l'état du système nerveux résultent des phénomènes ataxiques ou adynamiques. Dans le premier cas, on observe du délire tranquille, des convulsions, surtout chez les enfants, des soubresauts de tendons, du hoquet, de la rigidité tétanique des muscles du pharynx. Dans le second cas, il a été relevé du collapsus, du coma, de la paralysie glosso-pharyngée.

Les phénomènes respiratoires consistent essentiellement en une augmentation de la dyspnée toxique, sur laquelle nous sommes déjà prononcé.

Il a été relevé parfois de la respiration de Cheyne-Stokes.

Les phénomènes gastro-intestinaux, déjà si marqués du fait de l'action émétique spéciale à la toxine amarile, s'accroissent encore à ce moment. L'haleine est souvent alors ammoniacale.

Quant aux particularités fébriles, elles consistent en hyperthermie ou en hypothermie. Hanot, Marfan et Boix ayant pu établir qu'au cours de l'ictère grave infectieux de nos pays, l'hyperthermie se rencontre dans les infections staphylococcique ou streptococcique et que l'hypothermie est caractéristique de l'infection colibacillaire; Sanarelli ayant, d'autre part, signalé la constance de ces infections secondaires dans la fièvre jaune, dont elles contribuent à rendre l'aspect protéiforme et à assombrir le pronostic, on est autorisé à penser que les accidents hyperthermiques et hypothermiques de l'urinémie amarile procèdent, respectivement, des mêmes sources que dans l'ictère grave dont il s'agit.

Au tableau clinique qui précède correspondent, dans les cas mortels, les lésions nécropsiques complexes de la néphrite aiguë diffuse.

Les reins sont augmentés de volume et de poids. Ils sont congestionnés, violacés, turgescents, sillonnés à leur surface de bigarrures rouges et de petites suffusions sanguines suivant les étoiles de Verheyen.

A la coupé, suivant le bord convexe, ils laissent sourdre du sang en fines gouttelettes.

Les espaces intertubulaires sont manifestement infiltrés d'un tissu jaune, au milieu duquel les tubes contournés tranchent finement à l'œil nu par leur teinte rouge violacée.

Le plus souvent, le parenchyme est occupé au voisinage du hile par des infarctus plus ou moins volumineux. Dans un cas fort remarquable, l'infarctus, du diamètre d'une pièce de un franc, occupait tout le centre de l'organe.

Cœur. — L'atteinte au cœur consiste essentiellement en une myocardite dégénérative plus ou moins intense.

Cette myocardite se traduit pendant la vie par de la mollesse, de l'irrégularité et du dicrotisme du pouls, de la tendance à la syncope, parfois mortelle (1 cas).

A l'autopsie, on trouve le cœur flasque, étalé, pâle, mou, comme infiltré. Le cœur droit est rempli de caillots fibrineux jaunâtres, le sérum du sang est légèrement rosé et diffluent.

Déterminations hémorragiques. — La remarquable tendance à l'hématolyse, communément présentée par la fièvre jaune, s'est manifestée lors de l'épidémie de 1902 sous les aspects les plus divers, parfois dès la fin de la période d'invasion ou, plus communément, au moment de la rémission.

Du côté de la peau, les pétéchies, les ecchymoses ont été fréquentes. A l'occasion d'injections sous-cutanées de caféine, on a noté de véritables hématomes suppurés ou non et des phlyctènes sanguinolentes. Ces diverses manifestations sont d'un pronostic toujours grave, souvent fatal. Dans les cas mortels, nous avons encore noté sur la partie antérieure du corps, des marbrures livides précoces.

Du côté des muqueuses, les épistaxis, les hémorragies gingivale, buccale et rhino-pharyngée ont revêtu parfois un caractère d'acuité extrême. Dans certains cas, ces hémorragies ont été remplacées par un simple suintement nasal ou buccal, *post mortem*.

Les hémorragies stomacale ou intestinale suivies ou non d'hématémèse et de melœna ont été fréquentes entre toutes.

Dans un cas mortel, sans hématémèse et sans melœna, on trouva, à l'autopsie, l'estomac plein de sang, ce qui prouve combien le diagnostic de fièvre jaune ne saurait être infirmé par l'absence de ces symptômes. Par ailleurs, chez des enfants, nous avons vu le melœna exister sans hématémèse.

Dans le cas d'hématémèse, l'estomac contient toujours, après la mort, un liquide hématique de même nature que celui des vomissements, c'est-à-dire moucheté, d'aspect brunâtre, marc de café ou goudronneux. D'entre les replis de la muqueuse tuméfiée, se dégagent, par le lavage, des parcelles de matière hématique comparables à des pattes de mouche, à des larves de moustique, à des vermisseaux, à des filaments de tabac.

Les parois de l'estomac et de l'intestin sont souvent le siège de suffusions sanguines.

Le poumon, le foie, les reins surtout et leurs enveloppes, présentaient communément des suffusions sanguines de surface et des infarctus hémorragiques parenchymateux.

Les cavités séreuses renfermaient parfois des épanchements séro-sanguinolents.

L'action hémorragipare de la maladie nous semble en rapport avec un état de dyscrasie sanguine, macroscopiquement caractérisée, d'une façon constante, par un état de mollesse et de diffluence extrême des caillots et une légère coloration rosée du sérum. Il semble donc qu'il y ait une véritable dissolution du sang, d'où résulte essentiellement l'hématolyse.

Les hémorragies semblent être aussi le résultat de ruptures vasculaires, notamment sur la muqueuse de l'estomac et dans les cas d'infarctus rénaux. L'état de congestion et de dégénérescence des vaisseaux contribue, vraisemblablement, à cette action hémorragipare.

Déterminations émétiques et autres troubles digestifs. — La mise en circulation dans le sang des produits toxiques, spécifiques ou autres, se traduit pendant toute la durée de la maladie par un état d'émétisme variant, suivant le degré d'intoxication et la susceptibilité de chacun, des simples nausées aux vomissements les plus rebelles. Il en résulte, dans les cas graves, un état d'intolérance gastrique des plus caractéristiques et un trouble profond des fonctions digestives.

La nature des vomissements est essentiellement en rapport avec le contenu stomacal.

Au début, surtout quand la maladie apparaît de nuit, peu après le repas du soir, ils sont alimentaires.

L'estomac une fois vidé, ils deviennent muqueux, glaireux, filants, du fait de l'hypersécrétion gastrique.

Ils peuvent s'en tenir là, dans les cas abortifs. Mais, pour peu que le foie pâtisse, ce qui est l'indice d'une intensité morbide plus grande, les vomissements, par suite de l'hypersécrétion biliaire et du reflux de la bile dans l'estomac, se teintent légèrement en jaune.

En dernier lieu, l'action hémorragipare de la maladie venant à se manifester sous forme d'hémorragies stomacales, les vomissements deviennent hématiques.

Dans quelques cas graves, encore que suivis de guérison,

nous avons vu l'hématémèse remplacée sur le déclin de la maladie par des vomissements bilieux.

Telle est la gradation communément observée au cours de l'épidémie.

L'hématémèse a présenté, elle-même, bien des nuances et des degrés sur lesquels il n'est pas inutile d'insister en raison de leur importance diagnostique et pronostique.

C'est un symptôme grave, mais non toujours suivi de mort.

Les vomissements sont d'ordinaire franchement dérivés du noir. Cet aspect particulier est dû à l'action du suc gastrique sur le sang extravasé, ce qui suppose un certain temps de séjour dans la cavité stomacale. Au début, ce sang décomposé revêt l'aspect de simples stries nageant dans le mucus, légèrement teinté ou non de bile, en simulant des pattes de mouche, des vermisseaux, des fils de tabac. Le vomissement dans son ensemble, donne assez exactement l'aspect d'une toile d'araignée poussiéreuse. En ce cas, la guérison a été assez fréquente. Plus tard, la matière hématique prédomine, revêtant, en se déposant, l'aspect marc de café, de suie, ou dans des cas plus rares et toujours mortels, la consistance du goudron.

Les vomissements, au lieu d'être noirs, peuvent être rouges, ce qui est du plus fâcheux augure et l'indice d'une intolérance gastrique absolue. En ce cas, le sang à peine extravasé, est rejeté sans avoir eu le temps d'être attaqué par le suc gastrique, d'ailleurs devenu rare.

L'émission des vomissements a lieu le plus ordinairement en fusée; parfois, dans le cas d'adynamie, en bavant. Nous avons vu plusieurs malades, dont un enfant, souiller le parquet à plus d'un mètre de distance. Ce mode d'émission aurait été plutôt rare à Saint-Jean (Contaut), vraisemblablement en raison de la fréquence de l'adynamie chez les transportés.

En tout cas, les vomissements sont pénibles, douloureux, accompagnés de sensation de brûlure à l'épigastre et sur le trajet de l'œsophage. Ils sont suivis de lassitude extrême, de tendance à la syncope, parfois de syncope mortelle. Un de nos malades a passé au milieu d'un vomissement.

Nous avons vu également qu'il peut y avoir hémorragie stomacale sans hématomèse.

Les vomissements s'accompagnent d'un trouble profond des fonctions digestives. L'appétit est nul, la soif vive; il y a de la constipation au début, le plus souvent de la diarrhée bilieuse avec ou sans melœna. Les selles sont noires et très fétides.

Associations. Complications. — La rate a toujours été trouvée normale dans les cas francs et purs de tout mélange, en particulier chez les sujets nouvellement arrivés de France et non encore impaludés. Chez les sujets paludéens, la rate présentait le cachet cirrhotique habituel. Elle était souvent en bouillie.

Dans un cas fort grave, encore que suivi de guérison, on a noté une parotidite à répétition.

L'ulcère stomacal et l'ictère grave ont été observés au cours de la convalescence.

Contrairement à l'opinion communément acceptée, il a été noté plusieurs cas de fièvre jaune chez des femmes en état de grossesse, sans aucun accident métrorragique. Par contre, on a plusieurs fois observé le retour anticipé et abondant des règles sous forme de crise.

Nous avons eu l'occasion de traiter plusieurs amariliens en puissance de syphilis, sans jamais rien relever de spécial dans l'évolution de la maladie.

II. SYNTHÈSE CLINIQUE : FORMES, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC.

Après avoir examiné par le détail les diverses déterminations de la maladie, il importe d'en reconstituer l'ensemble, d'en faire la synthèse sous ses différents aspects cliniques, au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

En se basant, tout à la fois, sur la complexité, l'intensité et la durée du processus biologique, on est autorisé à distinguer trois formes ou types cliniques de la maladie.

Forme abortive, légère ou inflammatoire. — La toxi-infection est à son minimum. L'atteinte est de peu de durée, de peu

d'intensité, essentiellement caractérisée par des phénomènes congestifs et fébriles. C'est la « fièvre inflammatoire » commune.

Elle débute brusquement, avec ou sans frisson, par une ascension thermique rapide variant de 38 degrés à 39 et 40 degrés; accompagnée de plénitude, de vibration et d'accélération du pouls (100 à 120); de rachialgie irradiée ou non, et de céphalalgie avec ou sans douleurs pongitives de l'œil. Le facies amaril, encore que réduit à une légère injection du visage et des conjonctives, avec larmolement, est cependant des plus caractéristiques. Le corps et le scrotum sont aussi le siège d'érythèmes hyperhémiques. Hâtivement la bouche devient sèche, la langue se borde d'un liséré rouge gardant l'empreinte des dents, se recouvre au centre d'un enduit blanchâtre cotonneux ou ardoisé; le pharynx est légèrement hyperhémé; l'haleine, tant soit peu fétide. Il y a des nausées, de l'épigastralgie, parfois des vomissements alimentaires, suivis de brûlure au creux épigastrique. Les urines plus rares, présentent pour le moins des traces d'albumine. Le malade enfin est agité.

Ce complexe symptomatique persiste, en s'accroissant, de trois à cinq jours pendant lesquels la température oscille au voisinage de l'acmé; puis, brusquement, comme lors de l'ascension, ou en lysis, a lieu une rémission thermique, une détente du pouls qui devient mou et lent, un amendement de tous les autres symptômes.

Cette amélioration peut être définitive, auquel cas la température tombe au-dessous de la normale et le malade entre franchement en convalescence, ne gardant de son atteinte qu'un peu d'adynamie accompagnée ou non d'une pointe d'ictère. Le tout a duré de quatre à cinq jours. C'est le cas le plus fréquent.

Ou bien, cette amélioration est suivie d'un léger retour fébrile, avec reprise de nausées, de douleurs, légère accentuation de l'ictère, puis tout rentre définitivement dans l'ordre. La durée de l'atteinte varie en ce cas de cinq à six jours.

La convalescence peut être, en tout cas, entrecoupée de rechutes en général plus bénignes que la première atteinte.

Mais la guérison reste toujours la règle, et l'immunité, encore que très relative, est incontestable.

Réduite à son minimum, cette forme légère peut en imposer pour un simple embarras gastrique fébrile. La brusquerie du début, la localisation ordinaire de la rachialgie aux lombes, les symptômes congestifs de la face, du tronc et du scrotum, l'adynamie hors de proportions avec l'atteinte constituent par leur ensemble de bons éléments de diagnostic.

Forme de moyenne intensité ou bilieuse inflammatoire. — L'atteinte est ici plus intense, de durée plus longue et caractérisée, non plus seulement par les déterminations fébrigènes et hyperhémiques prédominantes dans la forme légère, mais encore, à intensité égale et d'une façon constante, par des phénomènes bilieux des plus caractérisés. L'atteinte est essentiellement bilieuse inflammatoire. C'est la « fièvre bilieuse inflammatoire commune ».

Le début, à la différence près d'intensité, est exactement le même que dans la forme légère, mais, arrivée à son acmé, l'atteinte se complique, en outre, de reflux et de résorption biliaire : les vomissements alimentaires et muqueux deviennent bilieux, les urines plus rares renferment des pigments biliaires normaux ou anormaux en même temps qu'une quantité plus décelable d'albumine; enfin, l'ictère apparaît pour aller en s'accroissant.

À ce moment, d'ordinaire, la température s'abaisse, soit en lysis, soit brusquement comme lors de son ascension, tandis que le pouls devient mou et lent, parfois dicrote, que les symptômes inflammatoires s'amendent, que l'adynamie apparaît.

Cette rémission peut être définitive, auquel cas la température tombe à la normale ou au-dessous; on note des sueurs et de la polyurie critiques et le malade entre en convalescence, ne gardant de son atteinte qu'un peu d'ictère et d'adynamie. La durée de la maladie est de cinq à six jours.

Mais, très souvent, cette rémission n'est que passagère. La température, descendue à la normale ou un peu au-dessus,

remonte pour reconstituer une seconde période fébrile, en général moins marquée que la première, pendant laquelle on note parfois une reprise des phénomènes douloureux, en tout cas, une accentuation notable de l'ictère, de l'adynamie, un léger état subtyphoïde, et au bout de laquelle, brusquement ou en lysis, la défervescence a lieu, suivie de l'entrée en convalescence. La durée de l'atteinte est de cinq à sept jours en moyenne.

La convalescence est un peu plus pénible. La guérison quoi qu'il en soit est toujours la règle. Les suites sont exceptionnelles et réduites à de la dyspepsie. Les rechutes sont cependant possibles. L'immunité est des plus caractérisées et de bon aloi.

Cette forme inflammatoire bilieuse en a souvent imposé à la Guyane pour de la rémittente bilieuse. L'ordre de succession des symptômes, d'abord inflammatoires, puis bilieux, contrairement à ce qui a lieu dans la rémittente paludéenne où les symptômes bilieux précoces et intenses dominant d'emblée la scène; l'adynamie succédant à la défervescence, le dicrotisme du pouls, l'inefficacité et le danger de la quinine, enfin, le caractère épidémique de la maladie sont, dans leur ensemble, de bons éléments de diagnostic.

Forme grave, ictéro-hémorragique, anurique; vomito negro. — La caractéristique de cette forme, quelle qu'en soit d'ailleurs la terminaison, est l'adjonction aux déterminations inflammatoires et bilieuses, d'hémorragies passives avec ou sans insuffisance rénale.

Encore que l'on puisse, en ce cas, observer maintes variantes suivant la précocité et l'intensité de l'atteinte, la toxi-infection est toujours aussi caractérisée que possible, au double point de vue anatomo-clinique.

Le début, identique à celui de la forme précédente, en diffère cependant, par une intensité parfois excessive.

L'hyperthermie rapide et soutenue, à 40 degrés; l'accélération parfois considérable des pulsations cardiaques (120 d'ordinaire, exceptionnellement 150) bientôt suivie de discordance;

le vrai coup de barre, les crises épigastriques, les douleurs en ceinture; le facies rubéolique et érysipélateux, le chémosis, l'érythème scrotal vésicant, l'angine; l'albuminurie précoce et abondante; l'intolérance gastrique, encore qu'alimentaire et muqueuse, révèlent trop souvent d'emblée la gravité de l'atteinte.

Le plus souvent, ce complexe dure encore que la résorption biliaire apparaît, rapidement suivie des hémorragies avec ou sans insuffisance rénale, et d'un état général typhoïde. Alors, suivant la prédominance de telle ou telle de ces déterminations et la réactivité organique, la maladie marche à des allures différentes vers un dénouement plus ou moins proche. Celui-ci est essentiellement subordonné à la perméabilité rénale et à l'abondance des hémorragies.

Lorsque la terminaison doit être favorable, la maladie passe après la période fébrile et bruyante du début par une rémission, bientôt suivie d'une seconde période fébrile ou d'état, au cours de laquelle les symptômes ictéro-hémorragiques et ataxo-adiynamiques se déroulent en un complexe des plus suggestifs.

L'ictère est bien caractérisé, généralisé, souvent intense; les pigments biliaires normaux se retrouvent à côté des pigments anormaux dans les urines qui, de rouge foncé, passent souvent, sur le déclin de la maladie, au vert irisé; les vomissements sont franchement dérivés du noir, rarement poisseux ou sanglants, plus ou moins striés; les autres hémorragies restent limitées à du rash, à des ecchymoses, à du purpura pemphigoïde, à des suintements des gencives ou du rhino-pharynx. Malgré l'abondance des déchets, de l'albuminurie, des pigments et la rareté souvent excessive des urines, variant entre 500 et 50 grammes, les reins suffisent à la dépuración. L'état typhoïde, traduction fidèle du degré d'intoxication de l'organisme, reste dans les limites de la stupeur, de la carphologie, du subdélire tranquille, du délire ambulatoire, d'un état adynamique marqué, avec lenteur, mollesse et dicrotisme du pouls. La position du malade en chien de fusil est courante. Parfois on peut noter de la parotidite à répétition (un cas). Finale-

ment, au bout de sept à neuf jours, le tout s'amende, la chute de la température a lieu.

La convalescence s'établit au milieu de phénomènes critiques (transpiration abondante, diarrhée, polyurie, apparition de l'ictère biliphéique) tandis que les phénomènes généraux disparaissent et que l'appétit renaît. Nous l'avons vue retardée par l'imprégnation biliaire, l'adynamie, l'atonie cardiaque, la paraplégie avec ou sans troubles intellectuels (deux cas), une dyspepsie tenace (fréquente), de la néphrite subaiguë (deux cas), enfin, par le paludisme. On l'a vue interrompue par le réveil mortel d'une cirrhose préexistante (Cayenne) ou de la diathèse tuberculeuse, l'instauration d'un ulcère stomacal (Saint-Jean).

Dans les cas à terminaison fatale, la mort survient du quatrième au sixième jour, plus rarement du sixième au neuvième, exceptionnellement avant le quatrième (forme galopante). Elle a lieu du fait des hémorragies associées ou non à l'insuffisance hépatique et rénale, au milieu du complexe urinémiqne que nous avons précédemment signalé. Parfois l'urémie et le coma coïncident avec la suppression de la diarrhée.

La fin est souvent annoncée, soit par des marbrures livides de la face antérieure du tronc, soit par le mieux de la mort, avec sensation de faim.

L'hypothermie ou l'hyperthermie, l'accélération ou le ralentissement de la respiration, le rythme de Cheyne-Stokes, la petitesse du pouls, le collapsus, le coma, des sueurs visqueuses et fétides marquent le moment fatal.

Les caractères nettement tranchés de cette forme ne permettent de la confondre avec aucune autre entité morbide.

Il faut savoir, cependant, que ce complexus symptomatique n'existe pas toujours au grand complet; qu'il peut être écourté et très réduit dans les cas galopants; que, dans ces cas, la précocité de l'urémie avec coma, dilatation pupillaire, peut en imposer pour un accès pernicieux comateux, n'était la coexistence d'un léger ictère ou tout au moins l'apparition de l'ictère *post mortem* avec ou sans suintement hémorragique.

Il faut se rappeler aussi que, dans les cas graves à déter-

mination rénale précoce et intense, les urines brunâtres, noirâtres, associées à des vomissements bilieux et à un ictère non moins précoce, en ont imposé, au début, pour la fièvre bilieuse hémoglobinurique ou hémorragique d'origine paludéenne, au grand détriment de la prophylaxie.

L'inefficacité de la quinine et le mode de succession du processus morbide constituent dans tous ces cas de bons moyens de diagnostic.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

La neutralisation des germes et poisons à l'aide de substances réputées antitoxiques; la dépuration de l'organisme dans le sens des émonctoires naturels; la lutte contre les diverses déterminations organiques: telles sont les principales indications dont s'autorisent les moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours de l'épidémie de 1902.

Traitement antitoxique. — La quinine, malgré ses retentissants échecs, est restée, pour nombre de médecins et de comères, un spécifique de la fièvre jaune. Ils la donnent, d'ordinaire, par la bouche, à des doses fractionnées, associée généralement aux purgatifs et, sous cette forme, prétendent en obtenir d'excellents résultats.

Sans vouloir refuser à la quinine un rôle antitoxique, nous pensons que son action élective sur le système vasculaire, les reins et le tube digestif, est une contre-indication à son emploi dans une maladie où ces organes sont profondément lésés et que son usage doit être exclusivement réservé, encore d'une façon modérée, au cas où la convalescence se trouve compliquée de paludisme. Dans ces conditions, elle ne nous a pas paru nuisible.

Mais dans tous les cas où, par suite de méprise avec le paludisme, ce médicament a été employé dès le début de la maladie, celle-ci a rapidement abouti à l'intolérance gastrique et à l'urémie, parfois à l'hématémèse et à l'hémoglobinurie. Plu-

sieurs des cas du début de l'épidémie sont, à cet égard, fort suggestifs.

L'hyposulfite de soude, en potion avec du sirop de fleurs d'oranger, à la dose de 2 à 5 grammes dans les vingt-quatre heures, a été, en qualité de désinfectant interne, l'objet de quelques essais en somme infructueux, dans deux cas, il est vrai, désespérés. Quelques heures après son administration, nous notions un arrêt prononcé des vomissements noirs; mais bien que l'usage en ait été consécutivement continué, les vomissements reprirent néanmoins sur de nouveaux frais, pour ne cesser qu'avec la mort.

Ce médicament ne nous a pas paru nuisible, encore que la production de petites quantités d'hydrogène sulfuré et de sulfures alcalins puissent théoriquement déterminer des poussées congestives du côté des organes internes.

Des essais « suivis d'un très bon résultat » ont été aussi tentés par Noblet, avec la levure de bière, dans deux cas terminés par guérison, sans que, de son propre aveu, il soit possible « d'affirmer que les deux cas en question n'auraient pas évolué aussi favorablement sans le remède précité ».

En somme, les tentatives d'antisepsie contre l'intoxication de l'organisme sont, comme toujours, restées négatives, et nous en sommes encore réduits, sur ce point, à escompter les bienfaits de la sérothérapie.

Élimination des toxines. — Débarrasser le tube digestif de ses matières et de ses saburres tout en favorisant le flux biliaire; assurer la diurèse et la sudation; soustraire directement au sang une partie de ses toxines par la saignée, telles sont les diverses indications de la dépuration organique.

Les purgatifs et les lavements satisfont efficacement à la première indication. L'emploi des purgatifs est essentiellement subordonné à la tolérance gastrique d'abord et, incidemment, à l'état des reins. Aussi son choix et le moment de son administration ne sont-ils pas indifférents.

Le purgatif doit être administré tôt, avant l'apparition des vomissements. Plus tard, l'intolérance gastrique, la tendance

aux hémorragies rendent son emploi impossible et doivent y faire renoncer comme susceptible d'exagérer ces états. Mais dans la convalescence, le purgatif peut encore trouver son application.

Le meilleur de tous est celui qui réveille le moins l'intolérance gastro-intestinale, qui se prend sans répugnance, se garde sans nausées et dont l'élimination est sans inconvénient pour les reins.

La casse et les purgatifs à l'huile de ricin et à l'huile d'olive associées ou non au jus de citron, dont s'autorisent, à doses massives ou fractionnées, les traitements créoles, inspirent trop souvent, à notre avis, le dégoût et les nausées. Cependant, d'après Contaut, les malades prendraient sans répugnance et supporteraient bien l'huile d'amandes douces aromatisée de menthe.

Le calomel, recherché à cause de son action élective sur les fonctions biliaires et de sa facile tolérance (Contaut), encore qu'aidé de lavements, est trop lent à agir et, comme préparation mercurielle, nous semble un danger pour les reins.

Les sulfates de soude et de magnésie provoquent des nausées et des coliques qui sont, parfois, d'un fâcheux retentissement sur la tolérance gastrique.

Le purgatif le mieux approprié aux circonstances est, selon nous, le citrate de magnésie sous forme de limonade Rogé glacée à 15, 30, 50 grammes, suivant les âges et les susceptibilités. Donnée en temps opportun, en deux ou trois prises distancées d'une demi-heure, pendant laquelle les malades ingèrent des morceaux de glace, il se tolère bien, même sans coliques, en favorisant le flux biliaire. A l'hôpital du chef-lieu, où ce mode de purgation a été employé systématiquement, à quelques exceptions près, son succès ne s'est jamais démenti.

Le lavement constitue un puissant adjuvant du purgatif. Comme pour celui-ci, le choix du moment et de la matière première n'est pas indifférent.

Le lavement purgatif ou à l'eau salée convient au début, dans le cas de constipation rebelle, lorsque le purgatif a échoué ou

a été mal toléré. Plus tard, il devient dangereux, en raison de la tendance aux hémorragies.

Le lavement simple à l'eau bouillie et froide peut être, au contraire, employé pendant toute la durée de la maladie et renouvelé plusieurs fois par jour, sans aucun inconvénient.

A l'hôpital militaire de Cayenne, deux à trois lavements quotidiens, suivant la gravité des cas, étaient de rigueur, sans qu'on ait jamais observé le moindre accident.

L'eau sous forme de lavements et de boissons à l'intérieur, de bains à l'extérieur; les solutés salins en injections hypodermiques; les frictions; le café au lait, la caféine, l'éther, la digitaline, la tisane de stigmates de maïs et quelques autres substances ont été tour à tour employés pour favoriser la dépuratation rénale ou sudoripare.

Il s'en faut que ces médicaments se soient tous montrés efficaces, et tels d'entre eux, recherchés pour leurs bons effets, lors de l'épidémie du Sénégal de 1900, se sont montrés absolument au-dessous de leur tâche pendant l'épidémie guyanaise de 1902.

Nous avons nommé les injections massives de caféine et de sérum artificiel.

A l'hôpital de Cayenne, ces deux médicaments ont été employés, associés ou non, la caféine à la dose de 3 à 5 grammes en moins de vingt-quatre heures, le sérum d'Hayem à raison de 300, 600, 900 grammes en moins de douze heures, sans aucun résultat.

A Saint-Jean du Maroni, Contaut constate que la caféine, « à la dose de 2 gr. 50 à 3 grammes, ne donnait que des résultats incertains » et lui préfère la digitale.

A Saint-Laurent, Noblet observe enfin que, « la caféine ne tenant pas toutes ses promesses », il « se trouve beaucoup mieux des injections d'éther précocement employées ».

Aux Îles, chez un enfant qui présentait du délire, des vomissements noirs, de l'anurie depuis douze heures, Comméleran, au contraire, observait « une véritable résurrection » et l'émission d'urines involontaires quelques heures après l'injection de 2 grammes environ de caféine. Le fait est unique dans son

genre. S'agit-il, en l'occurrence, d'un effet thérapeutique ou d'une heureuse coïncidence?

Nous croyons à la coïncidence, car chez un enfant du chef-lieu, du même âge que celui des Îles, atteint comme lui de vomissements noirs et qui, plus est, de convulsions et de coma, nous avons tous vu également, après vingt-quatre heures de cet état désespéré, une véritable résurrection avec crise urinaire involontaire, sans que le petit malade ait pris la moindre dose de caféine.

Il y a tout lieu de penser que le cas des Îles, essentiellement superposable à ce dernier, aurait aussi guéri sans caféine.

L'emploi de la caféine et du sérum artificiel nous semble donc des plus contestables. Dans les cas bénins de moyenne intensité et dans nombre de cas graves à perméabilité rénale soutenue, ils sont inutiles et facilement remplacés par d'autres diurétiques moins violents. Dans les cas graves, à détermination rénale précoce et intense, ils sont inefficaces.

Reste à savoir si leur emploi n'est pas nuisible. L'augmentation de la pression sanguine qu'ils provoquent, comme toniques cardio-vasculaires, en s'exerçant au niveau des reins, n'est-elle pas susceptible de forcer cet organe, d'accentuer ses lésions, et finalement d'accroître son insuffisance?

Nous ne sommes pas loin de le croire. Dans tous les cas mortels où cette médication massive a été mise en œuvre, les reins étaient essentiellement apoplectiques, le siège d'infarctus volumineux. Dans un de ces cas où l'emploi de la caféine fut plus prolongé que de coutume, l'infarctus occupait tout le centre du parenchyme et atteignait les proportions d'une pièce de un franc.

La digitale est-elle d'un meilleur emploi?

Oui, d'après Contaut et Lamandé, qui l'ont expérimentée à Saint-Jean. « Outre la diurèse cherchée, elle exerçait son action sur la fibre cardiaque défaillante » (Contaut). Elle convenait surtout au déclin de la maladie.

Nous n'en avons usé qu'une seule fois, mais, encore sans persistance, sans le moindre résultat appréciable sur le pouls et la diurèse.

Nous pensons, par surcroît, qu'elle peut être nuisible à cause de l'imperméabilité des reins qui s'oppose à son élimination, et qu'il faut, en conséquence, être très modéré dans son emploi, en user à doses fractionnées par crainte d'en arriver à la dépression cardiaque.

L'éther, qui, au Gabon, nous avait, soit en potion, soit en injections à doses massives de 2 à 4 grammes, donné d'excellents résultats dans les fièvres bilieuses hémoglobinuriques graves, est resté sans effet, ou à peu près, dans les cas graves de fièvre jaune où nous l'avons employé. Nous ne doutons pas que dans les cas à perméabilité rénale assurée il ne puisse rendre quelques services.

« La tisane de stigmates de maïs, médicament facile à se procurer sur place, a donné d'excellents résultats dans des cas où les autres diurétiques, lactose, chiendent, azotate de potasse, révéulsifs, avaient échoué ou étaient mal supportés » (Contaut).

Les boissons et les lavements, les bains, les frictions restent, en définitive, les moyens les plus pratiques et les plus efficaces pour assurer la diurèse et la sudation.

Comme dans toute maladie infectieuse, le malade doit boire beaucoup, soit de 2 à 3 litres de liquide dans les vingt-quatre heures. Mais la difficulté pour lui est de supporter les boissons qu'il ingère, eu égard à l'intolérance gastrique. Leur choix et la façon de boire ne sont pas ici indifférents. Les boissons doivent être glacées, les tisanes tièdes n'ayant donné que de mauvais résultats (Contaut), elles seront, en outre, autant que possible gazeuses.

Contaut donne la préférence au vin de Champagne glacé sur la potion de Rivière, les boissons acidulées gazeuses, la glace et l'eau chloroformée. Celle-ci, « même largement étendue, est, dit-il, mal supportée et cause au malade une sensation de brûlure qui rend son usage plutôt nuisible ».

Bien que nous n'ayons pas expérimenté ce dernier moyen, nous croyons justifiés les reproches qui lui sont adressés, pour avoir trop souvent constaté son inefficacité et ses inconvénients dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique grave de la côte occidentale d'Afrique et de Madagascar.

Mais, nous regrettons de ne pouvoir partager l'avis émis au sujet du Champagne. Encore qu'il fût toujours de première marque, nous avons constaté que ce vin, à quelques exceptions près, répugnait aux malades, était mal supporté et finalement refusé par ceux-là mêmes qui en avaient demandé.

Notre préférence, quant à nous, va à la limonade citronnée gazeuse, au madère sucré ou non, additionné d'eau filtrée, d'eau de seltz ou d'eau de Vichy, au lait coupé d'eau de Vals ou de Vichy, au café au lait, au bouillon léger et dégraissé, le tout invariablement glacé.

La limonade citronnée doit être préparée extemporanément, au chevet du malade, par mélange, dans un verre, de jus de citron frais, de sirop, de glace pilée et d'eau de seltz.

Toutes ces boissons étaient en général très bien supportées, pour peu qu'on sût faire boire le malade.

Le succès est dans l'ingestion alternative de petites gorgées de liquide froid et de petits glaçons, tandis qu'à l'extérieur, un sachet de glace reposant presque à demeure sur la région épigastrique, concourt à la tolérance gastrique.

Nous n'avons jamais constaté d'accidents d'intolérance gastrique par l'usage, même abusif, de la glace. Tout au plus, le patient témoigne-t-il parfois le désir de voir enlever momentanément le sachet, à cause de l'engourdissement qu'il détermine à la longue; mais le plus souvent, il ne tarde pas à le réclamer avec le retour des vomissements.

Par contre, j'ai toujours vu échouer tous les autres moyens, le thé punché chaud, notamment, quand la glace était elle-même inefficace.

Les bains constituent d'excellents moyens de diurèse et de sudation, surtout quand ils sont associés aux boissons.

Le grand bain tiède a notre préférence. Chaud, le bain déprime et congestionne; froid, il est mal supporté, parfois douloureux, peut être d'un mauvais effet sur les reins. La susceptibilité du malade est ici le meilleur guide: le bain est à point quand le patient accuse du bien-être. Sa température, alors, varie de 30 à 35 degrés suivant chacun. Sa durée doit être de dix minutes à un quart d'heure. Il peut être répété

souvent dans les vingt-quatre heures sans inconvénient; c'est encore affaire de susceptibilité.

Pendant toute sa durée, le tronc plongé tout entier sous l'eau est légèrement frictionné, la tête sans cesse arrosée d'eau fraîche ou recouverte de compresses froides; le malade, enfin, doit, de temps à autre, prendre une boisson glacée et légèrement alcoolisée.

A la sortie du bain, il est frictionné avec de la teinture d'Huxham, des tranches de citron, de l'alcool camphré.

Nous rappelons que par ce moyen et sans aucun autre adjuvant, nous avons vu, après vingt-quatre heures, un enfant sortir du coma urémique et être pris de débâcle urinaire, puis guérir. Bon nombre d'autres malades graves y ont aussi trouvé le bénéfice d'une guérison.

Le pédiluve créole, j'entends le pédiluve chaud et sinapisé, à la moutarde ou au gros sel, pris couché sous des couvertures, et sans cesse entretenu à une température élevée par la substitution à une certaine quantité d'eau refroidie d'une égale quantité d'eau chaude, est adéquat d'un bain de vapeur.

Celui-ci peut être encore plus simplement réalisé, suivant notre pratique, dans le lit du malade, par la combustion d'une lampe à alcool placée dans un plateau ou une assiette, sous des couvertures soutenues à l'aide d'un cerceau.

La sudation obtenue par ces procédés et surtout par le second est remarquable; elle aboutit à une décongestion rapide, à une diminution notable de la céphalalgie et de la rachialgie, et à une baisse thermique parfois sensible.

Mais empressons-nous de l'ajouter, et n'en déplaise à la tradition, cette sudation forcée n'est pas sans danger.

Il y a bientôt un siècle que Bally atteint de fièvre jaune et traité par le bain de pied, signalait la fréquence des vomissements et la tendance à la syncope pendant l'opération.

« Chaque bain de pied qu'on me faisait prendre m'occasionnait en y entrant, un spasme général, prononcé plus particulièrement et d'une manière fort pénible sur l'estomac; le spasme était suivi de vomissements et de syncope; mais après

ce premier mouvement, le pédiluve paraissait me soulager et j'y restais avec plaisir⁽¹⁾.

Cet effet est réel, je le garantis pour l'avoir-même éprouvé et pour l'avoir constaté sur nombre de malades. Il faut donc être fort circonspect dans l'emploi de ces moyens et les réserver pour le début de la maladie.

La saignée générale ou locale, celle-ci sous forme de ventouses scarifiées ou de sangsues, jadis fort en honneur comme moyen antiphlogistique, s'est acquis dans ces derniers temps un regain d'actualité, comme moyen de dépuración de l'organisme.

La soustraction d'une certaine quantité de sang, au début de la maladie, débarrasserait directement l'économie d'une bonne partie de ses toxines, atténuerait les effets de l'intoxication et déciderait de la guérison, à la façon des pertes menstruelles critiques.

Outre que les traités anciens, depuis celui de Bally (1815), ne tarissent pas sur les désastreux effets de la saignée, nous avons en vain cherché dans le passé de la Guyane un cas de fièvre jaune jugulé par elle. Par contre, nous avons noté, à l'état de redoutable complication, la fréquence des hémorragies et de l'adynamie consécutives.

Sans doute, il y a loin de la pratique de l'époque à celle d'aujourd'hui.

Alors, on abordait ses malades la lancette ou le bocal de sangsues à la main et, suivant le précepte de Moseley, on saignait *usque ad animi deliquium*.

Néanmoins, nous persistons à croire que sous ses pâles applications modernes, la saignée générale ou locale est encore de trop dans la thérapeutique de la fièvre jaune.

Les rares essais tentés à Saint-Jean et au chef-lieu, soit au début, soit au cours de la maladie, n'ont abouti qu'à des insuccès. Très souvent même, dans ce dernier cas, on obtenait pour ainsi dire pas une goutte de sang.

Les ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire

⁽¹⁾ *Loco citato*, p. 115-116.

dans les cas d'urémie menaçante, avec vive congestion rénale, sont restées presque sans effet.

Dans un cas grave où des sangsues avaient été appliquées aux mastoïdes par un de nos confrères civils, avant l'entrée du malade à l'hôpital, l'affection n'en a pas moins évolué avec gravité.

Traitement de quelques déterminations symptomatiques. — L'opium, la morphine et l'antipyrine, qu'on est souvent tenté de prescrire contre les douleurs, n'ont donné entre les mains de quelques-uns de nos collègues que des mécomptes et sont à rejeter, en raison de leur action néfaste sur les reins qu'ils congestionnent.

Les pointes de feu, la teinture d'iode, morphinée ou non, ont été essayées comme révulsifs contre l'épigastrie, l'hépatalgie, les vomissements ou les hémorragies, avec un égal insuccès.

Guerchet aurait vu chez un sujet les vomissements noirs disparaître d'emblée, à la suite d'une large application de pointes de feu à la région gastro-hépatique. La maladie étant au onzième jour et les vomissements au huitième, nous avons pensé qu'il pouvait n'y avoir là qu'une heureuse coïncidence. Et de fait, l'expérience renouvelée plusieurs fois, *larga manu*, par Guerchet lui-même et par nous, est restée, en toute occasion, absolument sans effet, tant sur les vomissements que sur les hémorragies à distance (épistaxis, hémorragies gingivales). Pis que cela, il nous a semblé, à Féraud et à moi, que ces cautérisations étendues étaient parfois suivies d'un redoublement de vomissements plus sanglants, comme à la suite d'une vive réaction stomacale. Au surplus, elles sont excessivement douloureuses à cause de l'hyperesthésie fréquente de la région. Nous avons vu des malades terrorisés, bondir de douleur sous chaque pointe de feu.

Ce mode de révulsion n'a donc pas, dans la fièvre jaune, l'efficacité qu'on lui a parfois accordée et n'est point, par contre, exempt d'inconvénients. Nous le rayons quant à nous de notre pratique.

La révulsion à la teinture d'iode est un moyen non moins douloureux, je le déclare hautement, pour en avoir moi-même éprouvé les épouvantables effets sur la colonne vertébrale, alors qu'atteint de fièvre jaune et tenaillé par une épouvantable rachialgie compliquée de douleurs en ceinture, j'eus, une nuit, la malencontreuse idée d'en demander à mon entourage une application *loco dolenti*.

Mieux tolérée serait, d'après Noblet, la révulsion, à la teinture d'iode morphinée, sur le creux épigastrique.

Les vésicatoires à l'ammoniaque sont atrocement douloureux, ceux à la cantharide, par surcroît, nuisibles pour les reins. Ces moyens sont à rejeter.

De tous les traitements à opposer à la céphalalgie, à la lombalgie, à l'épigastralgie et aux vomissements, le plus efficace est, à notre avis, le sachet de glace en application prolongée jusqu'à l'engourdissement de la région.

Tels sont appréciés, à leurs effets, les moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours de l'épidémie de fièvre jaune de 1902.

En définitive, le traitement de la toxi-infection amarile est essentiellement dans la dépuration de l'organisme, suivant le sens naturel des émonctoires. Mais, en l'occurrence, la médication la plus hâtive et la plus simple nous semble la meilleure.

Il importe, tout d'abord, d'agir tôt, avant l'apparition de l'intolérance gastrique et de l'insuffisance rénale, sous peine de voir toute tentative rester vaine. C'est pour s'être trop longtemps fiés aux remèdes créoles et livrés aux mains des commères, avant de recourir aux soins médicaux, que nombre de malades sont venus s'éteindre dans les hôpitaux.

Il importe, en second lieu, de ménager les susceptibilités du sujet, de n'aggraver, ni par des médicaments toxiques, ni par des interventions intempestives, les lésions ou les désordres préexistants.

Et, si tant est que notre concours doit rester impuissant, mieux vaut, pour le patient, s'éteindre de sa belle mort qu'au milieu des tortures de l'inquisition.

Donc, pas de quinine, d'antipyrine, d'opium, de morphine, de bromure, de vomitifs, de saignée, de pointes de feu, de teinture d'ode, de vésicatoire, de calomel, de digitale, de caféine et de sérum à doses massives.

Un léger purgatif, le moins désagréable, le moins violent possible (Lim. Rogé) dès le début; un second au besoin, le lendemain, si la tolérance gastrique est persistante; à défaut, un lavement purgatif ou simplement salé; secondairement des lavements d'eau filtrée ou bouillie glacée, à raison de 2 ou 3 par jour; des boissons glacées légèrement diurétiques et stimulantes (limonade citrique et madère sucré à l'eau de seltz; café au lait léger, tisane de stigmates de maïs, eau de Vichy; dans l'intervalle, de la glace intus et extra, en ingestion et au creux épigastrique; des bains de pied et de vapeur et, mieux encore, de grands bains tièdes et des frictions générales stimulantes souvent renouvelées; à la rigueur, des doses fractionnées de caféine et d'éther, tel est selon nous le meilleur traitement de la fièvre jaune.

Ce fut celui adopté au chef-lieu et celui qui détient, sous des apparences anodines, le record de moindre mortalité.

CONCLUSIONS.

Envisagée dans son ensemble, l'histoire de la fièvre jaune à la Guyane conduit aux conclusions suivantes :

La fièvre jaune procède à la Guyane de l'importation, de la reviviscence et de l'endémo-épidémicité.

IMPORTATION : ORIGINES, VOIES, PROPHYLAXIE.

L'importation a eu lieu, par voie de mer et par contagion vive, à quatre reprises différentes, savoir : en 1802, de l'Amérique du Nord à Cayenne par un voilier; en 1850, de Sainte-Marie de Bélem (Para) à Cayenne par le *Tartare*; en 1872, de Surinam (Guyane hollandaise) aux îles du Salut et à Cayenne par la *Topaze*; en 1887, de Sainte-Marie de Bélem sur rade des îles du Salut par un brik norvégien; en 1887, enfin,

de Fort-de-France (Martinique) à Cayenne par le paquebot français.

La fréquence et la rapidité toujours croissantes des relations maritimes de la Guyane française avec ces pays à endémicité amarile, les relations fluviales et trop souvent clandestines qu'elle entretient en outre avec l'ancien contesté et la Guyane hollandaise, d'une rive à l'autre de l'Oyapoc et du Maroni, constituent pour la Colonie une perpétuelle menace d'importation contre laquelle on ne saurait trop se prémunir par une surveillance de tous les instants et, le cas échéant, par la quarantaine et la désinfection.

Il importe, en conséquence, que les frontières du Maroni et de l'Oyapoc, ainsi que les principaux ports de la côte, soient pourvus du personnel et de l'outillage sanitaire indispensables pour faire face à toute éventualité. Or, ces moyens de défense, uniquement concentrés à Cayenne, sont, de ce chef, insuffisants. Le lazaret improvisé à Saint-Louis, sur la rive droite du Maroni, au début de l'épidémie, n'a de cet établissement que le nom. Tout y est à créer; sa situation à proximité du camp et des concessions est défectueuse. Il serait mieux placé sur une des îles du fleuve.

Donc, les grands centres pénitentiaires de Saint-Jean, de Saint-Laurent, des Îles et de Kourou les Roches, ainsi que le port de Mana, devraient être dotés d'un lazaret ou d'un abri d'isolement, d'une étuve à désinfection ou, à défaut, d'une chambre à sulfuration; enfin, de pulvérisateurs en nombre suffisant.

La surveillance et l'exécution des mesures sanitaires devraient être, sur tous les points, confiées à des agents du Service des Douanes qui, pendant l'épidémie de 1902, tout comme ci-devant à la Martinique et au Congo, nous ont rendu de signalés services. Nous n'avons qu'une médiocre confiance dans les surveillants plus ou moins surmenés et négligents de l'Administration pénitentiaire ou des gardes trop souvent intéressés de la localité.

Lorsque, malgré toutes les précautions prises, il survient une épidémie d'importation, l'isolement absolu du point con-

taminé d'avec le reste de la colonie s'impose, coûte que coûte, sans préjudice des autres mesures de prophylaxie à prendre dans le foyer.

REVIVISCENCE : ORIGINES, PROPHYLAXIE.

A côté de la fièvre jaune d'importation, il existe à la Guyane un typhus amaril de reviviscence. Dans une localité où elle a sévi antérieurement, la maladie, après une éclipse d'une durée variable, peut renaître de ses cendres, par fructification au grand jour des germes anciens conservés à l'abri de l'air.

Trois épidémies semblent avoir procédé en totalité ou en partie de cette origine, savoir : aux îles du Salut, celle de 1884-1885, qui succéda à l'emploi d'une laine contaminée provenant de l'épidémie de 1877; à Cayenne, celle de 1887-1888, dont un des facteurs principaux semble avoir été les travaux de réparations exécutés au milieu des hommes de la garnison, dans les chambrées de la caserne précédemment contaminées en 1885-1886 et depuis insuffisamment désinfectées; enfin, à la Forestière, celle de 1897 où furent particulièrement frappés les condamnés employés aux travaux et au nettoyage des fosses et caisses à eau de la scierie.

L'origine de ces reviviscences montre qu'il faut, coûte que coûte, lors des périodes épidémiques, se garder de tout reliquat suspect, sous peine de voir tôt ou tard la maladie renaître de ses cendres.

A cet égard, toute abstention, toute restriction est condamnable. On ne saurait s'entourer de trop de précautions, jamais trop faire, ni trop bien faire. En un mot il faut être absolu.

On s'attaquera à tout ce qui a été au contact ou à proximité du malade, déjections diverses, vêtements, linges, objets de literie et d'ameublement, locaux, magasins d'habillement, etc.; on détruira les germes par tous les moyens possibles, étuvation, sulfuration, immersion chimique, ébouillantage, lessivage, pulvérisations et lavages antiseptiques, grattage et blanchiment, aération; on multipliera, enfin, les interventions, d'un bout à l'autre de l'épidémie, en terminant par

une désinfection générale avant la remise en service des vêtements, objets ou locaux.

ENDÉMICITÉ : ÉTATS DIVERS, ASPECTS CLINIQUES, PROPHYLAXIE.

En dehors de l'importation et de la reviviscence, la fièvre jaune présente à la Guyane des caractères de fixité et de permanence tels, qu'on doit y voir un foyer d'endémicité amarile.

Les explosions qui suivirent, en dehors de toute contamination exotique avérée, l'arrivée à la Guyane des colons de 1763-1765, des déportés de 1796-1798, des transportés de 1852-1855; l'immunité présentée par les plus acclimatés, adéquate d'une accoutumance aux germes, militent en faveur d'un état invétéré d'endémo-épidémicité.

Au-delà de 1856, l'endémicité de la fièvre jaune à la Guyane, ne saurait plus faire l'ombre d'un doute.

La maladie s'y manifeste, d'une façon presque ininterrompue, par des cas sporadiques, de temps à autre, en outre, par des recrudescences endémo-épidémiques plus ou moins accusées, sous des aspects cliniques rigoureusement superposables à ceux qu'elle revêt lors des épidémies d'importation ou de reviviscence.

Réduite à des phénomènes fébriles, gastriques et hyperhémiques de courte durée, elle constitue une forme fruste, bénigne, à cachet essentiellement inflammatoire, communément désignée sous la rubrique de « fièvre inflammatoire » de « fièvre d'acclimatement », « d'embarras gastrique épidémique » et fréquemment prise pour de la rémittente paludéenne.

Accrue de déterminations hépatiques, elle représente une forme de moyenne intensité, à prédominance biliaire et hyperhémique, communément étiquetée « fièvre bilieuse inflammatoire » et souvent prise, suivant les modalités du moment, pour de la rémittente bilieuse paludéenne, de la rémittente typhoïde, de la typhoïde bilieuse.

Sous une forme plus grave, elle devient, par surcroît, hémorragique, s'accompagne ou non de *vomito negro*, atteint au complexe de l'ictère grave et de l'urémie, et, pour peu que

l'hématémèse fasse défaut, en impose pour de la fièvre bilieuse grave, ictéro-hémorragique, hémoglobinurique, ou pour de la fièvre pernicieuse comateuse.

Les symptômes inflammatoires, l'inefficacité du traitement quinique, la prédilection pour les nouveaux venus, la contagiosité, le confert de l'immunité constituent le fond commun de ces diverses modalités cliniques.

La fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse inflammatoire, le *vomito negro* ne sont donc que des degrés différents de l'intoxication amarile, envisagée, soit à l'état d'endémicité, soit au cours des épidémies d'importation ou de reviviscence.

Le passage de l'une à l'autre forme, ainsi que de l'état sporadique à l'état endémo-épidémique, est affaire d'exaltation de virulence des germes.

En conséquence, il importe de se prémunir contre cette exaltation par l'isolement et par la destruction hâtive des germes, suivant les règles posées, alors que la maladie est à l'état fruste et sporadique; de redoubler de précautions quand celle-ci, augmentant d'intensité, revêt la forme bilieuse inflammatoire, *a fortiori*, quand quelques cas isolés de *vomito negro* viennent, sur les entrefaites, à se manifester.

Le développement de la fièvre jaune à la Guyane est subordonné à un ensemble de conditions géographiques, météorologiques, sociologiques et ethniques, communément reconnues favorables à la fixation, à la conservation, à la pullulation et à l'exaltation de virulence des germes amarils.

La maladie, en effet, est cantonnée dans la zone maritime des îles, du littoral et des estuaires des grands fleuves, dont elle ne s'est jamais écartée pour s'élever dans la région montueuse des sauts, malgré la ruée incessante vers les placers.

Elle y marche de pair avec la chaleur et l'humidité, dont la constance et l'égalité constituent, sans dissociation possible, le fond commun de la météorologie de cette zone.

Encore que, d'après la prédominance de tel ou tel de ces éléments, on puisse, en effet, distinguer dans l'année deux saisons, celle de l'hivernage ou des pluies étendue de décembre à juillet et dont l'état hygrométrique varie en général de 80

à 90, celle de la sécheresse comprise entre juillet à décembre et dont les maxima thermiques oscillent entre 30° et 40° centigrades, il s'en faut cependant que ce soit à l'exclusion de l'autre élément.

Normalement, la saison des pluies est entrecoupée, de février à mars, d'une petite saison sèche désignée sous le nom d'été de mars, et la température au moment des plus grandes fraîcheurs ne descend jamais au-dessous de 22 degrés. Les inversions sont, par surcroît, des plus fréquentes et les journées chaudes et ensoleillées peuvent arriver à l'emporter sur les jours pluvieux. Ainsi en 1876-1877, en 1884-1885, en 1899, les pluies ont fait presque totalement défaut et la ville de Cayenne s'est vue privée d'eau.

De même, la saison sèche ne va jamais sans une certaine humidité et, pendant les mois les plus chauds de l'année, l'hygromètre marque de 72 à 75. Cette saison peut même manquer presque totalement et être remplacée par des pluies abondantes comme en 1897 et en 1902.

La chaleur humide reste donc, en définitive, la caractéristique constante du climat de la zone maritime, condition on ne peut plus favorable à l'entretien et au développement de la fièvre jaune en toute saison.

Aussi, ne saurait-on attribuer qu'une valeur relative à la tradition d'après laquelle la fièvre jaune n'apparaît à la Guyane qu'en saison sèche. La sécheresse n'en est pas, croyons-nous, un facteur indispensable, mais tout au plus, une cause d'exaltation et d'aggravation. Encore cette particularité n'a-t-elle rien d'absolu. S'il est vrai que plusieurs des recrudescences endémo-épidémiques de la colonie ont coïncidé avec la saison sèche, après que la maladie fut restée pendant la saison fraîche à l'état sporadique et de moindre virulence, il reste non moins acquis qu'à diverses reprises, comme en 1885-1886 au Maroni, en 1901-1902, la maladie est restée à l'état sporadique tout ou partie de la saison sèche pour ne se réveiller qu'à la saison des pluies, se poursuivre avec elles, au détriment de la saison sèche suivante et s'arrêter court au moment où celle-ci, retardée, s'affirmait avec ses vrais caractères.

L'épidémie de reviviscence de 1884-1885 aux Îles a revêtu les mêmes allures. Elle naît insidieusement, en novembre 1884, au déclin de la saison sèche, se maintient à l'état sporadique en décembre, s'accroît avec les pluies pendant les mois de janvier et de février et surtout dans les premiers jours de mars, consécutivement à l'arrivée d'un convoi de prisonniers; atteint, il est vrai, son apogée avec l'été de mars pendant lequel les pluies furent exceptionnelles, mais persista néanmoins avec leur retour, pour ne prendre fin avec elles que le 20 juillet, à l'aurore de la saison sèche.

Quant à l'importation, elle est de toutes les saisons. L'influence de la météorologie locale n'a donc rien d'absolu ni de fatal.

D'ailleurs, elle n'est pas tout dans la genèse de la fièvre jaune à la Guyane et les conditions sociologiques et ethniques sont susceptibles de la faire varier.

Qu'il s'agisse d'importation, de reviviscence ou d'endémio-épidémicité, un rôle des plus importants est dévolu dans cette genèse, à l'agglomération européenne et au défaut d'acclimatement.

Invariablement, c'est à la faveur de récents arrivages de la métropole et des mutations sur place que, dans les grands centres, théâtres de ces mouvements de masses, au chef-lieu, au Maroni et aux Îles, la maladie, de sporadique, passe à l'état de recrudescence; qu'importée elle fait explosion; que les épidémies ainsi créées s'éternisent et, qu'une fois terminées, elles font place à l'état d'endémicité.

Colons, déportés, transportés, soldats, marins, auxiliaires, placériens, congréganistes, chaque collectivité compte à son passif quelques cas isolés, quelque recrudescence, quelque explosion, et de leur incessant renouvellement résulte la perpétuelle fructification des germes.

Plusieurs conclusions pratiques découlent de ces considérations sur le rôle des agglomérations non acclimatées.

En dehors des périodes épidémiques, toutes les fois que les Européens arriveront en grand nombre à la Guyane, il faudra craindre quelque retour offensif de typhus amaril, se prémunir plus que jamais contre les importations et les réveils sur place,

suivant les règles précédemment établies, et en isolant, par surcroît, les nouveaux venus des centres suspects du littoral, aussi longtemps qu'ils n'auront pas subi l'acclimatation.

Le vaste marécage qu'est à perte de vue le littoral de la Guyane et le peu de hauteur des collines qui, çà et là, en émergent, ne permet pas, pour l'instant, le bénéfice constant de l'élévation. On y suppléera en utilisant, dans la mesure du possible, les îles échelonnées le long de la côte, les îlets de Rémire pour les troupes, les îles du Salut pour la transportation.

Les îlets de Rémire et plus particulièrement l'Îlet-la-Mère, offrent le bénéfice d'une aération et d'un isolement faciles. Mais il faudrait, pour que celui-ci fût efficace, y prévoir, à l'avance, une installation telle qu'à la première alerte on puisse interrompre toute communication avec le littoral. C'est à notre avis chose facile. On y trouve, en effet, des élévations de 10 à 20 mètres propres aux constructions, une eau abondante et saine, des prairies utilisables pour l'élevage des bestiaux, des terrains à l'abri du vent, convenant à la culture maraîchère, un quai et un abri d'un accostage facile. Avant longtemps on pourrait transformer cet îlet en un sanatorium confortable, en construisant sur des points distancés des baraquements en briques, dont une infirmerie et un magasin à vivres; en y réservant quelques approvisionnements; en y élevant des troupeaux de bœufs, de moutons, de cabris et des volailles; en y créant des jardins potagers, en s'assurant enfin d'un moyen de transport rapide et sûr.

C'est pour avoir été obligé de tout improviser, tardivement et à la hâte, d'exposer les hommes aux lenteurs et aux aléas d'un voyage au long cours et en plein soleil, d'assurer le ravitaillement par le chef-lieu, que la dissémination des troupes à l'Îlet-la-Mère, au cours de l'épidémie, a abouti à un échec sanitaire. Cet échec peut être à l'avenir évité par les précautions que nous venons de signaler.

De ce que l'Administration pénitentiaire n'a su tirer aucun parti de cet îlet, il ne s'ensuit pas que son séjour soit condamnable. Il vaut pour nous celui des îles du Salut.

Celles-ci possédant déjà un pénitencier devraient être, d'autre part, réservées à tous les condamnés nouvellement arrivés dans la colonie, sans exception, pour le temps nécessaire à un premier acclimatement. C'est affaire de quelques règlements nouveaux !

En répartissant les convois de six mois en six mois, en procédant pour chacun d'eux à une désinfection générale et à un approvisionnement complet du pénitencier, on pourrait à la moindre alerte, éviter par un isolement absolu et prolongé, ces hécatombes humaines, toutes gratuites, dont le passé des îles nous offre tant d'exemples. Sans cette précaution, les infractions aidant, comme en 1902, la maladie y sévira aussi souvent qu'elle apparaîtra sur le littoral.

Telles sont les mesures à prendre à l'égard des masses, en dehors des périodes épidémiques.

Pour peu que la situation sanitaire de la colonie devienne douteuse, sans attendre que la fièvre jaune s'affirme à l'état épidémique, tandis qu'on interrompra toute communication avec les îles et les îlets, on devra disséminer dans la banlieue les troupes plus ou moins acclimatées casernées au chef-lieu.

Il importerait, à cet effet, que l'Autorité militaire disposât en permanence de quelques locaux toujours prêts à recevoir les hommes,

D'ordinaire, on a recours, sur location ou prêt, aux villas des habitants ou à des carbets improvisés. Mais il importe, en la circonstance, de ne pas trop compter sur le bon vouloir toujours changeant des propriétaires. En 1888, d'après Couzyn, ils ne répondirent à l'appel qui leur fut fait que par une fin de non-recevoir et allèrent même jusqu'à se refuser à laisser couper sur leurs terrains vierges les feuilles nécessaires à la confection des toitures de carbets. On dut, pour s'en procurer, entreprendre des corvées lointaines qui aboutirent à un tel retard que la première case fut prête quand l'épidémie était sur son déclin !

On choisira de préférence les villas les mieux ventilées. La situation du chalet de Bourda est depuis longtemps reconnue défectueuse.

Avant de procéder à l'évacuation définitive des troupes, il serait prudent de s'assurer par une observation sur un premier point isolé, que les hommes ne sont pas en incubation et y soumettre tous leurs effets à une désinfection préalable. La rentrée à la caserne n'aurait lieu qu'après une désinfection générale de ses locaux.

Pendant ces périodes douteuses, *a fortiori* pendant les périodes épidémiques, il importe d'éviter tout mouvement intempestif de personnel, de nature à fournir un aliment à la maladie ou à la disséminer, tel que relève de troupes, convois de transportés.

Si, par mesure d'ordre, la présence des troupes devenait nécessaire, il faudrait avoir recours à des troupes acclimatées ou indigènes prises aux Antilles, eu égard à la fréquence et à la gravité moindres de la maladie chez des sujets satisfaisant à ces conditions.

Parmi les causes susceptibles de favoriser le développement de la maladie à la Guyane, il nous faut encore retenir, au point de vue pratique, les nombreuses déficiences hygiéniques habituelles aux milieux pénitentiaires et urbains.

Il importe qu'en tout temps ces milieux soient rendus impropres à la fructification des germes par un assainissement de chaque jour.

La ville de Cayenne mérite, à cet égard, une attention toute particulière, en raison des nombreuses déficiences hygiéniques que nous avons signalées.

Le Cayennais se fie trop aux bienfaits de la ventilation de sa ville, au grand détriment des lois de l'hygiène.

Il lui appartiendrait, tout au contraire, de seconder ce don incontestable de la nature par une judicieuse application des progrès modernes.

La clef de la salubrité future de Cayenne nous semble, après une observation de longue haleine, dans le tout-à-l'égout bien compris. Un système de canalisation dont seraient totalement tributaires les maisons et les rues, tel est le but à poursuivre, sous la réserve formelle que, de ses ramifications initiales à ses bouches terminales, cette canalisation serait

parfaitement étanche, munie de regards d'aération et pourvue d'une chasse d'eau suffisante.

L'eau qui, des maisons, se perd journellement sur la chaussée où elle s'étale et stagne en marécages immondes et nauséabonds, pourrait, grâce à un carrelage obligatoire des cours et des caniveaux, trouver un utile écoulement vers les égouts collatéraux.

Un balayage mécanique quotidien, précédé dans les temps de sécheresse d'un léger arrosage prophylactique, aurait tôt fait de mener aux diverses bouches d'égout, les détritux de toutes sortes qui présentement fermentent au grand jour, sur les places et dans les rues de la ville, pour la seule satisfaction des urubus et des chiens.

La combustion de mèches soufrées ou le jet de pelletées de chlorure de chaux, de regard en regard, assurerait en temps de sécheresse la désinfection de ces égouts.

La promulgation de la loi sur les logements insalubres compléterait ces mesures de prophylaxie.

La sous-commission d'hygiène ferait le reste en surveillant la rigoureuse observation des règlements, en signalant à la municipalité les défauts et les infractions possibles.

Nous restons persuadé qu'une stricte application de ce projet contribuerait, dans une large mesure, à la disparition de la fièvre jaune de la Guyane.

Mais, pour peu que l'on s'en tienne aux errements du passé, il est à craindre qu'à la faveur de l'accroissement de la population européenne, la ville, d'où la maladie s'est déjà irradiée plusieurs fois, devienne avant longtemps un redoutable foyer d'endémicité amarile.

NOTE DE LA RÉDACTION.

Nous nous permettrons la critique ci-après sur le très intéressant rapport de notre collègue.

A notre avis, il n'a pas assez insisté sur la nécessité qui s'impose de détruire les moustiques et de mettre les habitants à l'abri de leurs piqûres.

Sur notre demande, le docteur Garnier nous a adressé des échantillons de moustiques recueillis dans toutes les localités de la Guyane où avait sévi le fléau. Or, il résulte de l'examen qui en a été fait par M. le professeur Laveran, que nous tenons à remercier ici du bienveillant concours qu'il ne cesse de nous apporter, que les *Stegomyia fasciata* y figurent en très grand nombre et, dans une des localités, dans les proportions de 100 pour 100.

L'abondance de cette espèce de Culicide, reconnue aujourd'hui comme propagateur de la fièvre jaune, explique la facilité avec laquelle elle se répand en Guyane.

Au nombre des moyens prophylactiques à conseiller, il est donc indispensable de placer en première ligne la destruction des moustiques et, dès qu'un premier cas de typhus amaril se présente, il est de toute nécessité de mettre les gens à l'abri des piqûres de ces insectes par les moyens connus et qui ont donné de si heureux résultats à la Havane.

Le Directeur de la Rédaction,

A. KERMORGANT.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
PRÉLIMINAIRES.....	1
PREMIÈRE PARTIE.	
LA FIÈVRE JAUNE À LA GUYANE AVANT 1902.	
DEUXIÈME PARTIE.	
L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE 1902.	
CHAPITRE PREMIER. — ÉPIDÉMIOLOGIE.....	53
I. Aperçu général : limites, répartition, bilan.....	53
II. Marche de la maladie par localités.....	57
Épidémie de Saint-Jean, de Saint-Laurent; incursion à Mana. Épidémie de Cayenne, des Îles, de Kourou-les-Roches. Bouffée au bourg de Kourou.	
CHAPITRE II. — ÉTIOLOGIE.....	92
I. La cause première : Germes d'importation et germes endémiques.....	93
1° Les antécédents de voisinage; relations de la Guyane avec les pays contaminés; prophylaxie; rôle négatif de l'importation.....	93
Fièvre inflammatoire à la Martinique. Fièvre jaune de Sainte-Lucie et Barbade. Fièvre jaune de la Guyane hollandaise. Conclusions relatives à l'importation.	
2° Rôle positif des germes endémiques.....	104
II. Les causés secondes.....	106
Influences cosmiques, sociologiques, ethniques, de l'âge et du sexe, du séjour dans la colonie. Des infractions à l'hygiène. Influences nosologiques; relations épidémiologiques de la fièvre jaune avec la fièvre dite <i>inflammatoire</i> .	
CHAPITRE III. — PROPHYLAXIE.....	114
I. Prophylaxie individuelle.....	114
1° Personnel au contact des malades.....	114
2° Personnel hors du contact des malades.....	115
Divers. Arrivages de France. Navire sur rade. Troupes.	
II. Prophylaxie urbaine.....	121
III. Prophylaxie régionale.....	126
IV. Prophylaxie internationale.....	135

CHAPITRE IV. — INCUBATION.....	136
CHAPITRE V. — ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE.....	138
I. Analyse des déterminations anatomo-cliniques.....	138
Syndrome fébrile : thermalité, pouls, troubles respira- toires, état général.....	138
Déterminations congestives et stéatogènes : système ner- veux, peau, troubles congestifs, foie, reins et urines..	142
Déterminations hémorragiques.....	155
Déterminations émétiques et autres troubles digestifs....	156
Associations, complications.....	158
II. Synthèse clinique : formes, diagnostic, pronostic.....	158
Forme abortive, légère ou inflammatoire.....	158
Forme de moyenne intensité ou bilieuse inflammatoire...	160
Forme grave, ictéro-hémorragique, anurique (<i>vomito</i> <i>negro</i>).....	161
CHAPITRE VI. — TRAITEMENT.....	164
Traitement antitoxique. Élimination des toxines. Traitement de quelques déterminations.	
CONCLUSIONS.....	175





