

INFORMATION SANITAIRE

Les Maladies Transmissibles dans les Colonies Françaises de l'Amérique

La Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et Saint-Pierre et Miquelon sont restés indemnes de *variolo* en 1927 et 1928. Aux Antilles, le *paludisme* est assez répandu à la Martinique; il existe à l'embouchure des rivières, dans les plaines marécageuses du sud et de l'est. On n'y constate pas de formes graves; il a donné lieu parfois à des bouffées épidémiques mettant au lit tous les habitants d'un bourg. Parmi les Européens, ce sont surtout les gendarmes qui ont été atteints (13 sur 14), parce que disséminés dans toutes les communes de l'île, dans des postes qui sont des foyers de paludisme. La lutte prophylactique menée par l'institut d'hygiène et de microbiologie est limitée à la distribution de quinine préventive dans les écoles en période estivo-automnale, et à quelques conseils sur la prophylaxie et le traitement. Les démarches auprès des municipalités en vue de la diffusion de ces conseils dans la population se heurtent trop souvent à une indifférence manifeste, vis-à-vis d'un mal accepté comme inévitable. La Guadeloupe en est au même point que la Martinique en ce qui concerne la lutte contre le paludisme qui y exerce aussi ses ravages et figure au premier plan dans les causes de morbidité et de mortalité (24 pour-cent des hospitalisations). L'immense travail de relèvement qui s'est imposé à la colonie après le cyclone du 12 septembre, 1928, a absorbé toutes les énergies et les ressources matérielles. Là aussi, semble-t-il, on paraît être débordé devant l'amplitude du problème et résigné à tenter de blanchir un peu partout sans attaquer résolument la question pour la résoudre définitivement, ne fût-ce que dans une zone restreinte. Il n'a pas échappé cependant, aux autorités sanitaires, que la meilleure préparation à la lutte était l'obtention de la collaboration de la population par un travail méthodique de propagande dans les écoles, et c'est dans cette voie qu'elles se sont orientées résolument. La Guyane paye un tribut plus lourd encore, au paludisme; c'est à lui que sont dus pour une large part les échecs plus ou moins retentissants des entreprises de colonisation tentées depuis deux siècles. Les régions exemptes sont rares et peu étendues. Les îles du Salut et les îlots de la côte à dix mille au large sont indemnes. Sur le continent, s'il est rare de contracter le paludisme au centre de Cayenne, celui-ci entoure la ville d'une ceinture étroite et continue. De l'avis du directeur du Service de santé de la Guyane, le docteur Carmouza, du rapport duquel sont extraits les renseignements ci-dessus, la prophylaxie recommandée ne devrait pas prétendre à des travaux de drainage et de bonification impossibles à réaliser à cause de la disposition des habitations et de l'insuffisance des ressources: la population est trop clairsemée, le pays trop vaste, la végétation trop active. Les règlements dans ce pays neuf pour l'hygiène seraient inopportuns. Il ne faut compter que sur la vulgarisation publique et l'éducation scolaire: 1° instituer des leçons et des démonstrations d'hygiène antipaludique; 2° développer la vente de la quinine d'Etat et multiplier les dépôts; 3° doter les chantiers de l'Administration pénitentiaire de couchettes individuelles et de moustiquaires; 4° cession à prix réduit de moustiquaires aux petits fonctionnaires servant en dehors de Cayenne; 5° quinine préventive obligatoire pour l'élément pénal, quand l'autorité médicale le jugera nécessaire. Il a été observé une décroissance sensible pour l'ensemble de la colonie en 1928. Il y a eu 610 hospitalisations et 44 décès en 1928 contre 845 hospitalisations et 103 décès en 1927, à l'hôpital colonial. Au baigne, les victimes du paludisme (218) représentent un peu plus du tiers et un peu moins de la moitié des décès de l'élément pénal (495). Les hospitalisations

pour paludisme ont atteint 53,037 journées, soit une dépense de 445,000 francs. Il sévit surtout aux camps du Malgache, à Godebut, à Saint-Jean, et à Cayenne chez les transportés cédés aux exploitations locales. Aux Antilles, un seul cas de *dysenterie* de nature non spécifiée est signalé à la Martinique chez un militaire européen, et elle n'est pas observée dans la population civile. A la Guadeloupe, comme les années précédentes, la dysenterie a sévi toute l'année un peu partout dans la colonie avec recrudescence marquée après le cyclone. Le plus souvent amibienne, quelquefois due à des bilharzies ou à des flagellés, presque toujours associés à d'autres helminthiases, elle n'a fait de victimes que chez les malades non traités ou traités tardivement. A la Guyane, le dysenterie se rencontrerait sous trois variétés: la dysenterie amibienne, la dysenterie à flagellés, la dysenterie banale. La dernière, très commune aux îles, cède au traitement par le calomel et à une diète sévère. Les selles sont muqueuses, verdâtres. Le microscope n'y décèle que d'assez rares hématies, des leucocytes en abondance et des cellules épithéliales. Aucune flore microbienne, aucun parasite. Le malade guérit assez rapidement après une forte débâcle.

La dysenterie amibienne est également très commune. Le nombre de cas hospitalisés à la transportation a été, en 1928, de 180 cas qui ont entraîné 66 décès, chiffre qui souligne gravement les améliorations hygiéniques à apporter au régime de la transportation. 26 cas de dysenterie amibienne ont été diagnostiqués au microscope dans la population civile. Il faut y voir une répercussion, sur l'élément libre, de l'épidémie qui frappe dans la courant de l'année l'élément pénal de Saint Laurent à la suite de l'infiltration dans les puits du dépôt central des eaux de vidange des cases de la transportation. Enfin, 62 malades de dysenterie à étiologies diverses ont été observés contre 53 en 1927. Toutefois, les décès diminuent. Sans doute, l'adoption de l'essence de térébenthine, contre les flagellés est un facteur important de cette diminution; elle donne de bons résultats sauf dans le cas de cachexie. A la Guadeloupe, le *parasitisme intestinal* est à peu près la règle: 80 pour-cent au moins des individus son parasités, certains échantillons de selles donnant jusqu'à 4 et 5 parasites. Les parasites rencontrés sont par ordre de fréquence décroissante: *Trichocephalus trichiura*, *Ascaris lumbricoïdes*, *Necator americanus*, *Schistosomum mansoni*, *Strongyloïdes stercoralis*, etc. A la Martinique, l'examen des selles de 1,484 personnes a donné les résultats suivants confirmant le haut degré de parasitisme intestinal de la population: ankylostomes, 15 pour 100; ascaris, 30; tricocéphales, 30; bilharzies, 7; anguillules, 4. Quant à la Guyane, l'*ankylostomiase* y atteint les transportés dans une proportion qui dépasse 80 pour-cent et la population civile est également fortement contaminée. Il semble qu'aucun milieu ne se prête mieux que la transportation à une lutte rapide et efficace contre l'ankylostomiase. A la Guadeloupe, on rencontre fréquemment la *bilharziose*, surtout à Basse-Terre. Aux Antilles, à la Martinique, le phagédénisme est aussi très fréquent, et sur 100 personnes atteintes d'affections cutanées, il y a 70 ulcères. Aux Antilles, le *pian* n'est pas une rareté, ni à la Martinique ni à la Guadeloupe. Une enquête faite à la Martinique, au Prêcheur, a montré que sur 100 personnes examinées pour lésions cutanées, 12 seulement pouvaient être rapportées au pian à coup sûr. Le médecin capitaine Boyé ne range pas les "pieds crabes" dans les lésions pianiques et en fait plutôt une lésion syphilitique secondotertiaire ou une lésion trophique très localisée de la lèpre nerveuse. Le rapport de la Martinique indique que le pian, autrefois cantonné au nord de l'île, s'est propagé au sud et au centre. La Martinique est aussi touchée par la fièvre *typhoïde*, dont 14 cas ont été signalés en 1928. A la Guadeloupe, les craintes qu'on aurait pu avoir quant à une contamination hydrique possible à la suite du bouleversement apporté par le cyclone et les conditions déplorable d'existence qu'il entraîna, ne se sont pas réalisées grâce aux mesures de désinfection, sagement prises, des points d'eau. Des cas isolés de typhoïde et de paratyphoïde ont bien été observés en différents points de l'île,

mais nulle part il n'y eut d'épidémie sérieuse. En Guyane, deux cas de paratyphoïde A, et un cas de paratyphoïde B forment tout le bilan relevé dans la population libre; il s'agissait de trois sujets non vaccinés. A la Guadeloupe, l'épidémie de *rougeole* observée à Basse-Terre dès fin octobre 1927, s'est étendue à la plupart des communes de l'île proprement dite et à Pointe-à-Pitre; de là, en février, à Marie-Galante, à toute la Grande-Terre et aux Saintes. L'épidémie a duré jusqu'en août. Il y eut plus de 2,000 cas, dont le plus grand nombre furent bénins; quelques rares décès lui furent cependant imputables. La *diphthérie* n'exerce pas de grand ravages aux colonies: 3 à la Martinique; 7 à la Guyane. Ces cas sont à peu près également répartis entre Européens et indigènes. A la Martinique et à la Guadeloupe, situation inchangée comme à la Guyane, quant à la fréquence des maladies vénériennes et à l'insouciance vis-à-vis d'elles de la population et des pouvoirs publics. A la Guyane, la *lèpre* fut d'abord inconnue à la transportation; deux cas furent signalés en 1883; depuis lors elle est en progression sensible, e l'îlot Saint-Louis qui reçoit les lépreux en abrite actuellement 41. Il est à remarquer que plus la population pénale est en rapport avec la population civile, plus elle offre de cas de lèpre. De 1924 à 1928, il a été observé 130 lépreux dans la population pénale. Dans la population civile, la lèpre est fréquente et atteindrait la proportion de 33 pour 1,000, soit 940 lépreux pour une population moyenne de 27,927 habitants. 26 malades nouveaux ont été dépistés par l'Institut d'hygiène de Cayenne et mis en traitement. Dans l'ensemble, une cinquantaine de lépreux suivent un traitement régulier, pour le reste; le minorité suit un traitement irrégulier et le plus grand nombre ne suit pas de traitement du tout. La lèpre serait en progression sérieuse. L'internement des lépreux à l'Acarouany est rarement pratique. A la Martinique et à la Guadeloupe subsiste la léproserie de la Désirade qui reçoit les lépreux des deux colonies, environ une centaine. L'éloignement par mer en rend la surveillance médicale difficile. (Hermant: *Ann. Méd. & Phar. Col.*, 5 [jan.-mars] 1931.)

Transmission de la Verrue Péruvienne par le *Phlebotomus*

Le nombre d'expériences que l'auteur a entreprises pour trouver le mécanisme de la transmission de la verrue péruvienne et prouver pour la première fois expérimentalement cette transmission, lui a permis d'aboutir à une conclusion, qui reçut immédiatement la confirmation de la part d'autres auteurs. Cette conclusion se basait sur les faits que, par moyen de l'inoculation d'une émulsion de *Phlebotomus* à un animal susceptible, il est facile d'obtenir du sang de celui-ci, en culture pure, la *Bartonella bacilliformis*. Celles expériences apportèrent l'appui scientifique à la théorie de Townsend, qui signala le phlébotome comme le vecteur de la verruga peruana. L'entomologiste Shannon, de la Fondation Rockefeller, qui étudia aussi au Pérou le même question, avait envoyé des insectes pour être étudiés à l'Institut de New-York. De même, les travaux de Noguchi, de Shannon, de Tildel et Tyler ont permis d'établir les données suivantes: "les phlébotomes recueillis et identifiés ont été le *Phlebotomus verrucarum* (Townsend) et deux nouvelles espèces classifiées respectivement *Phlebotomus noguchii* et *Phlebotomus peruensis*." Cependant, ces auteurs ne croyaient pas que ce dernier jouait le rôle de vecteur. L'inoculation de produits de ces insectes sous la peau de macaques rhésus n'a pas développé des nodules verruqueux; mais on a pu obtenir du sang de ces macaques des cultures de bartonelles et, avec celles-ci, on a reproduit expérimentalement des nodules verruqueux dans d'autres formes. Tel est donc l'état actuel du problème de la transmission de la verrue péruvienne. (Battistini, Telemaco: *Revue Sud-Amér. Méd. & Chir.*, 723 (juillet) 1931.)