

## GEOGRAPHIE, RACE ET SANTE: LE DISCOURS DES MEDECINS FRANÇAIS SUR LE BRÉSIL ET SUR LES 'MALADIES TROPICALES', PENDANT LA DEUXIÈME MOITIÉ DU XIX<sup>ème</sup> SIÈCLE

Rosa Helena de Santana Girão DE MORAIS\*

**Résumé :** Le débat autour de l'évolution des races était ancré dans la certitude qu'avaient les Européens de la supériorité de la race blanche par rapport aux autres races. Pour les Français les idées d'une évolution des espèces étaient présentes dans les travaux de Lamarck. Le lamarckisme social évoquait la construction d'un homme nouveau à partir des modifications de son environnement, notamment sur sa dimension économique et donc sociale. Les médecins, venus en expédition au Brésil pendant cette période, avaient une compréhension bien particulière des phénomènes morbides, inspirée d'un lamarckisme social compatible avec l'entreprise coloniale européenne. Le caractère meurtrier des différentes épidémies tropicales et leurs répercussions politiques et économiques justifie un intérêt particulier des Français pour découvrir des traitements efficaces, ainsi que l'étiologie de la fièvre jaune, maladie qui ravageait les possessions coloniales françaises.

**Mots-clés :** déterminisme climatique ; Brésil ; France ; maladies tropicales ; fièvre jaune.

**Resumo:** O debate em torno da evolução das raças ancorava-se na certeza que tinham os Europeus da superioridade da raça branca em relação às outras raças. Para os Franceses, as idéias de uma evolução das espécies estavam presentes nos trabalhos de Lamarck. O lamarckismo social evocava que se podia construir um novo homem alterando o seu ambiente, nomeadamente os aspectos econômicos e, por conseguinte o social. Os médicos que vieram em expedição para o Brasil durante este período, tinham uma compreensão singular dos fenômenos mórbidos baseados num lamarckismo social compatível com a empresa colonial europeia. O caráter mortal das diferentes epidemias tropicais e as repercussões políticas e econômicas justificam o interesse singular dos Franceses pela descoberta de tratamentos eficazes e da etiologia da febre amarela, doença que devastava as possessões coloniais francesas.

**Palavras-chave:** determinismo climático; Brasil; França; doenças tropicais; febre amarela.

### I. INTRODUCTION

L'objet de notre intérêt est l'analyse du discours des médecins Français qui sont partis en expédition au Brésil, surtout pendant la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Ce que nous attire l'attention sont notamment les rapports officiels de médecins militaires qui ont servi à Division Navale du Brésil et de la Plata, entre les années 1821 et 1870. En

---

\* Rosa Helena de Santana Girão de Morais est doctorante à l'Ecole des Hautes Etudes - Paris en Histoire des Sciences et des Techniques, sous l'orientation de Ilana Löwy (CERMES-INSERM/CNRS/EHESS).

fait, la rhétorique de ces médecins là a été ancrée sur une médecine des symptômes, c'est-à-dire, sur une médecine hippocratique par excellence. L'administration coloniale européenne croyait que les tropiques étaient un endroit où les Européens pouvaient succomber sous l'influence du climat chaud et humide, dans un milieu complètement différent de celui de l'Europe. La connaissance sur les maladies dites 'tropicales' passait par le besoin de comprendre comment les européens pourraient survivre dans certaines régions de climats torrides. Les esprits étaient remplis par la pensée raciste et par le déterminisme climatique. Il y avait la croyance que les individus qui habitaient dans aux tropiques, sous l'influence pernicieuse du climat et d'un milieu insalubre, étaient inférieurs par rapport aux Européens. Le déterminisme climatique atteint son apogée en plein débat sur les origines de l'homme (monogénisme ou polygénisme) et sur l'opposition civilisé / sauvage.

La perception des tropiques comme un univers morbide est corroborée par les statistiques médicales mais également par toute une littérature produite par les explorateurs des siècles précédents, et enfin par le corps médical lui même.

La majorité des expéditions qui sont venues au Brésil aux XVIIe, XVIIIe et au début du XIXe siècles envisageaient nourrir les sources des musées d'histoire naturelle européens. L'observation de la faune, de la flore, de la topographie, de la diversité sociale et les coutumes des habitants nationaux étaient les objets d'intérêt de leurs recherches. Ces genres d'études ont été effectués par des artistes amateurs et professionnels, des scientifiques, des diplomates, des naturalistes et des négociants. Cependant ces expéditions, à quelques exceptions près, avaient un caractère isolé.

D'autres expéditions scientifiques sont venues au Brésil pendant le XXe siècle. Nous citons les missions du parasitologue Émile Brumpt, qui a entrepris plusieurs voyages entre les années 1913-1914 dans le pays pour étudier le paludisme, la leishmaniose américaine et la maladie de Chagas. S'ajoute aussi la Mission de l'Institut Pasteur, menée par Emile Marchaux, Alexandre Salimbéni et Paul-Louis Simond, dans les années 1901-1905 à Rio de Janeiro. Cette mission avait pour but d'étudier la fièvre jaune au Brésil et, elle a été très importante pour l'administration coloniale française qui, à ce moment là, luttait contre la recrudescence de ce fléau dans ses colonies d'Afrique Occidentale, surtout au Sénégal (Löwy, 1991). A la fin du XIXe siècle, l'enseignement théorique était insuffisant pour combattre la fièvre jaune. A défaut de cela, les médecins de la marine se livraient à une observation minutieuse des maladies tropicales. Toutes les observations empiriques étaient consignées dans les archives pour servir de référence aux jeunes médecins qui étaient chargés tour à tour d'assurer la santé des troupes.

Dans l'immense gamme des documents classés dans les archives du Service Historique de la Marine, nous avons trouvé des dizaines des rapports officiels des chirurgiens français qui ont servi à la Division Navale du Brésil et de la Plata et cela, constitue la richesse de notre recherche et l'objet majeur de cette article. A travers ces récits là nous pouvons inventorier les maladies et les pratiques de cure, percevoir comment les

médecins ont incorporé les concepts scientifiques européens à la réalité nosologique brésilienne dans leurs textes et aussi, observer dans le contenu de ces rapports, l'existence d'un discours personnel subjacent au caractère officiel du registre d'informations. Dans les nombreux récits sont aperçus des concepts scientifiques et aussi les structures sociales et politiques, enfin, toutes ces narrations sont le fruit de la tradition de la géographie médicale, discipline chargée d'élaboration d'une mappemonde nosologique du globe.

## II. LA FRANCE ET LES THEORIES RACISTES PENDANT LE XIX<sup>ème</sup> SIECLE

L'étude du développement des théories racistes en Europe et en particulier en France se fait nécessaire car il faut comprendre les fondements théoriques qui ont constitué la base du discours médical. Les théories racistes étaient fort bien présentes dans les discours et pratiques des autorités médicales qui sont partis pour explorer les *pays de climat chaud*.

Le XIX<sup>e</sup> siècle assistera la résurgence d'un racisme biologique européen, tout en considérant les autres peuples, surtout les Africains, inférieurs, les croyant incapables d'évoluer sur le plan physique et par conséquent incapables de progrès sur le plan social et intellectuel. Les penseurs ont insisté sur l'idée que les particularités d'ordre physique engendraient chez les diverses races des différences d'ordre culturel. Les Européens s'étonnaient toujours de l'organisation politique, sociale et culturelle des Africains. Les dissemblances étaient réelles et cela les heurtait profondément. La révolution industrielle a engendré aussi des changements d'ordres économiques et matériels que n'a fait qu'augmenter un fossé entre les Européens et le reste du monde. Tout au long du siècle, la science, surtout dans le domaine biologique, a aidé les savants à créer un homme qui a servi comme modèle.

L'idée de race - issue de la pensée anthropologique des Lumières - influencera certaines approches philosophiques, politiques et même scientifiques dans le sens d'un déterminisme biologique. Il appartient à Montesquieu d'avoir fourni un meilleur cadre conceptuel sur la théorie climatologique. Dans l'œuvre *L'Esprit des lois* (1748) il a exprimé que la situation géographique des lieux où vivent les hommes modèlent leur tempérament. Montesquieu croyait aux rapports des lois avec la nature du climat et cela se produisait par l'action physiologique des effets du froid et du chaud sur les activités humaines. La notion de température a entraîné un clivage entre chaleur - mollesse d'une part et froid - vigueur d'autre part, donc entre l'indolence des uns et la vitalité des autres. Le passage la plus emblématique disant que : "Il ne faut donc pas être étonné que la lâcheté des peuples des climats chauds les ait presque toujours rendus esclaves, et que le courage des peuples des climats froids les ait maintenus libres. C'est un effet qui dérive de sa cause naturelle".

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle le débat autour de l'évolution des races s'ancrait dans la certitude qu'avaient les Européens de la supériorité de la race blanche par rapport aux autres races. En France, de nombreux savants, tels que Gobineau, Virey, Saint-Simon,

Buffon et d'autres jugeaient que la race blanche était supérieure aux autres races. En lignes générales, le concept de race vient de l'italien *razza*, signifiant catégorie, type, espèce. Dans l'histoire des sciences naturelles, le concept de race a été utilisé premièrement dans la Zoologie et dans la Botanique. Le naturaliste suédois Carl von Linné (1707- 1778) a été le premier à élaborer une classification des plantes et des animaux. Il a également produit la première classification raciale humaine, cela-là accompagnée d'une échelle de valeurs qui suggérait une hiérarchisation. Le *Homo sapiens* a été divisé en 4 races, étant : Américain (colérique et amant de la liberté); Asiatique (jaune et mélancolique); Africain (noir et paresseux); Européen (Blanc et inventif). La classification de Linné a été actuellement abandonnée, mais à l'époque elle a été bien acceptée dans le milieu scientifique. Les penseurs de la fin du XVIIIe et du XIXe siècle, ont érigé une relation intrinsèque entre l'élément biologique et les qualités psychologiques morales, intellectuelles et culturelles. Évidemment, les Européens occupaient le premier degré dans cette hiérarchie raciale.

Les savants du XIXe siècle espéraient que la science éclairerait les mécanismes régissant les sociétés humaines et que le mystère de la diversité humaine pourrait être comprise par la biologie. Auguste Comte, affirma déjà que la clé que servait à la compréhension de la supériorité culturelle des Européens et que pourrait expliquer la différence entre ceux-ci et les autres peuples étaient dans l'étude d'une différence structurelle du cerveau de l'homme blanc.

La montée des théories racistes a trouvé son ampleur en France dans le développement de la Société ethnologique fondée en 1839 à Paris par l'anglais William Frederic Edwards. La société reflétait la pensée raciale de son temps. L'étude des groupes humains et des diversités ethniques constituait son objectif principal. En effet, le débat se déroulait en deux champs, entre les partisans du monogénisme, qui affirmaient que l'homme descendait d'un seul couple; et les adeptes du polygénisme qui croyaient dans une diversité des races.

Les adeptes du monogénisme fixiste affirmaient que l'espèce humaine était fixe, et qu'elle participait à la constitution d'un ordre naturel qui est voulu par Dieu, qui est immuable, invariable, et le restera jusqu'au Jugement dernier, c'est à dire jusqu'à la fin du monde terrestre. Les polygénistes croyaient que chaque groupe racial avait leurs caractéristiques innées et que le milieu ne pouvait pas les changer. Le taux de mortalité des Européens dans les régions de climats chauds confirmait le fait que dans chaque région du globe vivait une espèce humaine distincte. Ainsi, les polygénistes débattaient sur les possibilités d'acclimatation des Européens dans ces régions considérées insalubres. Certains soutenaient qu'un changement d'habitudes et l'application de règles strictes d'hygiène pouvaient favoriser l'adaptation de l'homme dans un milieu différent. D'autres penseurs, étaient pessimistes et disaient que l'homme européen ne pourrait jamais s'adapter et que la race blanche tendrait à se dégrader en séjournant dans des régions en dehors de l'Europe.

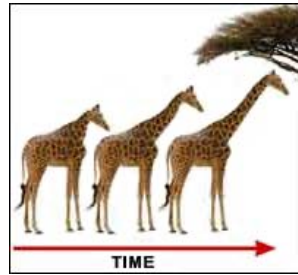
A partir du XVIII<sup>e</sup> siècle l'étude des fossiles a conduit les zoologistes à constater qu'il existait dans le passé des espèces différentes de celles d'aujourd'hui. Cette constatation a donné naissance à la première théorie évolutionniste, le transformisme de Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829).

L'un des nombreux adversaires de Lamarck a été le créationniste Georges Cuvier (1769-1832) qui soutenait que l'explication de l'évolution pouvait être trouvée dans la Bible, en faisant appel à la notion de création multiple, une création échelonnée dans le temps. Selon Cuvier la disparition de certaines espèces et la création des espèces nouvelles serait consécutive à la survenance de grandes catastrophes naturelles, comme celle du Déluge, d'où l'expression pour dénommer sa théorie: le catastrophisme.

En fait, à partir du moment où les contraintes religieuses se sont affaiblies, vers les années 1850-60, les savants ont embrassé le polygénisme car ils avaient besoin d'écarter la version de l'Eglise qu'expliquait l'origine de l'homme comme décrite dans la Genèse.

L'introduction de *L'Origine des espèces*, en 1859, ne fit que renforcer les théories racistes qui étaient déjà fort bien ancrées dans les esprits. L'œuvre de Charles Robert Darwin venait seulement confirmer que la race blanche était véritablement supérieure car le manque d'une évolution des autres races présageait leur disparition. L'évolution des espèces vivantes, par Darwin, est une évolution biologique qui repose essentiellement sur le phénomène de la sélection naturelle. Selon lui les populations composant une espèce vivante sont constituées d'individus apparemment semblables mais qui, en réalité, diffèrent par leurs caractères biologiques. Donc l'aptitude à survivre et à laisser des descendants exerce ses effets sur des populations biologiquement hétérogènes.

Cependant, les Français n'ont pas embrassé les théories darwiniennes comme leurs contemporains Anglais ou les Allemands. Pour eux, les idées centrales d'une évolution des espèces étaient déjà dans les travaux de Lamarck (Figure 1). Les scientifiques ont pris les théories de Lamarck en les évoquant pour mieux comprendre les mécanismes qui régissent la société. D'où l'origine du lamarckisme social qui évoquait qu'on peut construire un homme nouveau en modifiant son environnement, notamment l'économique et donc le social. Les nouveaux comportements pouvaient devenir héréditaires après des générations de pratique sociale. De plus, Darwin s'était prononcé pour le monogénisme et cela avait attiré l'animosité de la Société d'anthropologie dont la plupart des membres étaient adeptes du polygénisme. Même les Français qui embrassaient le monogénisme ne pouvaient pas accepter l'idée de la mutabilité des espèces annoncée par C. Darwin. Le lamarckisme semblait donc être plus flexible et approprié dans un monde où les doctrines libérales ont commencé à être mises en place et l'homme pourrait intervenir et s'adapter au milieu durant le processus de l'évolution.



**Figure 1 :** Lamarck a cru que les longs cous des girafes ont évolué petit à petit pendant plusieurs générations pour qu’elles puissent attraper les feuilles des arbres les plus hautes.

De plus, le lamarckisme social convenait au programme de l’entreprise coloniale française car en soutenant que l’homme pouvait s’adapter dans un autre milieu différent de celui de l’Europe, la démarche impérialiste devenait plus qu’envisageable (Lévy, 1844; Armand, 1873; Rochard, 1868). Cependant, il ne faut pas croire qu’il n’y avait pas des controverses entre les penseurs à propos de l’acclimatement des Européens dans les régions de climat torride. La véritable aventure d’explorer les tropiques se heurtait à une énorme barrière : les maladies tropicales. Il y avait de nombreux penseurs qui soutenaient que le climat insalubre et les mauvaises conditions de vie contribueraient inévitablement à la dégénération des qualités indiscutables parvenues de la civilisation blanche. L’individu sous l’influence du climat chaud serait susceptible au paludisme et à l’anémie (Foissac, 1867). Le changement de climat signifiait un changement de l’économie corporelle et ainsi, un déplacement brusque avec le passage d’un climat à l’autre pouvait aussi, favoriser la production des maladies (Lévy, 1844).

La chaleur était considérée comme une « cause déterminante particulière » qui « [amenait] l’inertie des fonctions digestives, [produisait] des embarras gastriques caractérisés principalement par le dégoût des aliments, par des nausées, des vomissements bilieux et une légère céphalalgie » (Phelippeux, 1859-62). Malgré la prise de sévères mesures hygiéniques, cela ne suffisait pas. La méconnaissance étiologique frappait les autorités médicales et l’administration coloniale européenne. Comment éviter les catastrophes humaines dans ces régions où la maladie tropicale régnait avec force et décimait des troupes entières de soldats ? Si comparés avec les paramètres européens, les tropiques étaient insalubres et les habitants « exotiques ». Cela nourrissait des préjuges politiques, sociaux et culturels.

Le Dr J. Mahé, chef de clinique de l’hôpital de Brest, à propos du changement d’environnement et son influence sur l’homme, résumait, dans une phrase bien allusive, que « le milieu agit sur l’homme et l’homme réagit sur son milieu. (...) La population des déserts est rievée à une existence sociale qui semble un état rudimentaire de l’humanité en rapport avec l’ingratitude ou l’inclémence des airs, des eaux et des lieux » (Mahé, 1882, p. 60-2). Dans cette phrase, il est clair que l’homme européen pouvait succomber à l’influence d’un milieu dégradant, comme celui du désert africain.

L'opinion du médecin est illustrative car elle montre la vision que les Français avaient des autres peuples, qu'ils croyaient inférieurs. La *mission civilisatrice* de l'homme blanc trouvait des nombreux empêchements, tels que des maladies inconnues, des climats divers, des peuples différents et un milieu parfois hostile.

D'autres penseurs comme le médecin militaire J. Ch. M. Boudin, soutenait que l'acclimatement était « la faculté que possèdent les êtres organisés de s'adapter, *dans une certaine mesure*, à un climat autre que celui dans lequel [les hommes] ont pris naissance ». Cela veut dire que les individus ont tous la faculté de s'acclimater dans n'importe quel climat, mais il y avait des limites.

En invoquant la nécessité d'une contrainte salvatrice, la médecine devrait aller au secours de la colonisation pour faire face à des populations «ataviquement paresseuses». Malgré les controverses, il fallait, à tout coût, trouver les moyens d'acclimater les Européens dans les tropiques.

En fait, les controverses qui agitaient le milieu médical à l'époque reflétaient une compétition entre des courants cognitifs différents. Les théories qui rivalisent entre elles sur le mode de propagation et de traitement des maladies dévoilaient aussi la compétition entre les groupes de scientifiques qui travaillaient en fonction de leurs intérêts. Cette réalité produisait des *anomalies* - dans le sens adopté par T. Kuhn (1982) - et favorisait l'émergence de théories alternatives.

### III. LA DIVISION DU BRESIL ET DE LA PLATA

L'année 1808 marque le début d'une nouvelle ère pour le Brésil et ses relations avec l'Europe. La colonie brésilienne devient le siège de la cour de Portugal et gagne son indépendance économique. Le premier décret royal du Prince Régent D. João VI sur le sol du Brésil, promulgué à Bahia le 28 janvier 1808, ouvre, en effet, les ports du pays au libre commerce avec les nations amies. Le décret du 25 novembre, complété par la loi du 25 janvier 1809, a donné aux étrangers la possibilité d'obtenir des concessions de terre, *sesmarias*, dans les mêmes conditions que les Portugais. Le 19 février 1810 est signé le traité de commerce anglo-brésilien, et un consulat anglais s'installe à la même année à Rio de Janeiro.

La France a été exclue de ces premiers accords. Les rapports belliqueux entre l'Empire français et la Couronne de Bragance continuaient marqués en Amérique notamment par le conflit guyanais. Le 1<sup>er</sup> mai 1808, le Prince Régent déclare la guerre à la France et son armée pénètre en Guyane le 3 décembre, obligeant le gouverneur Victor Hugues à capituler le 12 janvier 1809. Cayenne est aux mains des Brésiliens. Le Brésil et la France n'auront pas de relations diplomatiques ni commerciales avant la signature de la paix en 1814.

Le premier traité de Paris, signé le 30 mai 1814, prévoit de ce fait la liquidation de la question de la Guyane. Le 18 juin, le Prince Régent fait savoir que les relations amicales avec la France ont été reprises. L'influence grandissante du ministre Antônio de Araújo de Azevedo, comte da Barca, a beaucoup contribué à la création d'un climat d'entente qui s'établit à partir de 1814. Les liaisons commerciales sont établies à la fin de cette année. Finalement, le décret du 18 novembre stipule l'ouverture des ports du Brésil aux navires et au commerce français (Potelet, 1993, pp. 13-14).

L'un des principaux objectifs des dirigeants Français était de développer le commerce dans la zone. Constatant que les marchés étaient potentiellement juteux, des armateurs envoient de plus en plus de navires de commerce dans l'Atlantique et dans le Pacifique Sud. La perception utilitaire est le trait dominant de la vision des voyageurs, désireux de répondre dans leurs relations aux exigences nouvelles du public. L'espace est vu en tant qu'espace utile, utilisé ou utilisable dans la perspective du peuplement et de l'exploitation économique (Potelet, 1993).

	Océan Atlantique			Océan Pacifique
1870	Division navale du Brésil et de La Plata	Division navale des Côtes occidentales d'Afrique	Division navale des Antilles, du golfe du Mexique et de l'Amérique du Nord	Division navale de l'Océan Pacifique
1871	Division navale de l'Atlantique Sud		<i>Idem</i>	<i>Idem</i>
1872	<i>Idem</i>		Division navale des Antilles et de Terre-Neuve	<i>Idem</i>
1873	<i>Idem</i>		Division navale des Antilles	<i>Idem</i>
1882	<i>Idem</i>		Division navale des Antilles et du Brésil	<i>Idem</i>
1883	Division navale des Côtes occidentales d'Afrique		Division navale des Antilles	<i>Idem</i>
1884	Division navale de l'Atlantique Sud		Division navale de l'Atlantique Nord	<i>Idem</i>
1888	Division navale de l'Atlantique			<i>Idem</i>
1890	Division navale de l'Atlantique Sud		Division navale de l'Atlantique Nord	<i>Idem</i>
1892	Division navale de l'Atlantique			<i>Idem</i>
1908	Division de l'Escadre du Nord			<i>Idem</i>
1909	Division de la II <sup>e</sup> Escadre			<i>Idem</i>

**Figure 2 :** les Divisions Navales Françaises

C'est donc pour protéger le commerce français et assurer la sécurité des ressortissants français dans la zone que le baron Portal, ministre de la marine et des colonies, a décidé, en 1821, d'installer une station navale du Brésil, de la Plata et de mers du Sud (Figure 2). A partir de cette date, le pavillon français ne va plus cesser de flotter le long des

côtes brésiliennes<sup>1</sup>. Ce bref rappel historique permet de voir la naissance des relations officielles franco-brésiliennes et nous faire connaître les perspectives économiques et politiques qui ont déterminé de très nombreux départs dès 1816.

#### IV. LA GEOGRAPHIE MEDICALE ET L'ENTREPRISE COLONIALE EUROPEENNE

Tout au long du XIXe siècle et à la faveur de l'entreprise coloniale européenne, la médecine a vu se multiplier les études sur les tropiques. Il revient alors à la géographie médicale de produire toute une gamme de connaissances relatives à certaines maladies et à leur thérapeutique.

L'objet d'étude de la géographie médicale était essentiellement la relation entre le climat, les conditions d'hygiène, les éléments géographiques, la faune, la flore, l'anthropologie, l'ethnologie, les maladies et même le moral des individus. L'aspect holistique de cette discipline suivait selon Dechambre, le « programme hippocratique (...), mais immensément agrandi, perfectionné et établi sur les bases de la science moderne ». L'homme, par la géographie médicale, avait des racines non seulement dans le sol qui le portait, mais encore dans tous les milieux géographiques dans lesquels il vivait et dont il recevait les influences les plus variées (1882, p. 1). L'excellent dictionnaire de la pensée médicale organisé par D. Lecourt montre que la géographie médicale englobe « l'analyse spatiale des différences de santé entre les populations, leurs comportements et les éléments de l'environnement, lesquels peuvent contribuer pour la promotion ou pour la dégradation de la santé ». L'expression « géographie de la santé » est récente, et date d'une trentaine d'années. Auparavant, le terme « géographie médicale » était employé pour définir les travaux concernés à cette discipline (2004, p. 518-521).

La version dominante dans l'historiographie classique de la Histoire de la Médecine, prétend que la géographie médicale se serait soutenue par un corps de connaissances fossilisés, sans aucune référence à une pratique scientifique, et ancrée sur un critère de scientificité dépassé ou placé par courants contemporains de recherche médicale. Il s'agissait d'un pôle dynamique de la médecine d'alors, capable d'impulser un programme de recherches qui a impliqué des milliers de médecins qui pratiquaient la médecine avec les outils conceptuels de l'anatomie clinique et de la statistique médicale (Edler, 1999).

Les œuvres de Boudin, *Essai de Géographie médicale* (1842) et puis *Traité de Géographie et de Statistique Médicales* (1857) ont inauguré en France les études sur « l'homme malade » et ses relations avec la nature. Il s'agissait, et c'est bien précisé

---

<sup>1</sup> La station acquerra son autonomie totale en 1841 et sera dissoute en 1909 et intégrée à la Division Navale d'Extrême-Orient car l'intérêt de la France pour la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie nécessitant que des forces navales importantes soient détachées pour le Pacifique .

dans leurs travaux, de tracer un plan nosologique d'un nombre maximum de régions du monde. Boudin n'a pas été le premier à établir une relation entre le climat et les maladies (F.Hoffmann(1660-1742), James Lind(1716-94), L. L. Finke(1747-1837). D'autres auteurs ont publié des traités de même nature, néanmoins, l'originalité des œuvres de Boudin réside dans la capacité qui avait l'auteur à réinterpréter toutes les sortes d'études nosologiques au regard de la statistique médicale, en l'utilisant comme instrument principal pour structurer ses recherches.

Tout ce que touchait aux échanges commerciaux et à la politique coloniale européenne était à l'origine de l'intérêt pour la géographie médicale, par laquelle l'étude systématique de certaines régions des tropiques et des colonies était caractérisée essentiellement par une spécificité endémique. L'exercice de cette discipline médicale a été l'apanage d'un groupe particulier de professionnels, composé majoritairement de médecins militaires.

Les médecins attachés aux différentes marines européennes ont été considérés comme les plus capables d'enregistrer des informations de façon précise, rationnelle et dépersonnalisée dans la mesure où ils élaboraient des rapports de voyage constituant de vrais « guides » des pays tropicaux et des colonies pour les explorateurs à venir (Le Roy Méricourt, 1864, p. 5-11). L'un des objectifs qui a gouverné la pensée des chirurgiens en expédition à l'étranger, était celui d'accumuler le maximum d'informations médicales sur les régions de climat torride afin d'élaborer des cartes nosographiques du globe (Osborne, 1996, pp. 81-85). Les médecins décrivaient la végétation, le climat, le sol, enfin tous les éléments qui pouvaient leur fournir des indications sur une relation possible entre l'environnement et les phénomènes morbides.

Le traité de Boudin, ainsi que tous les traités de géographie médicale, dépendait de la collecte d'informations faites par les observateurs situés dans les divers points du globe. Ces observateurs devaient travailler sur une base de données commune en utilisant une même méthodologie, puis, toutes ces données devaient être comparées et analysées. Cette entreprise posait beaucoup de difficultés. Le débat sur la méthode la plus convenable pour bien collecter les informations et les analyses était interminable. Il fallait avoir une même nomenclature sur les maladies, regrouper aussi une gamme d'informations sur les localités diverses, faites avec un maximum de rigueur scientifique. L'homogénéité a été établie graduellement au cours des années suivantes avec un énorme effort de la part des scientifiques. Pour faire avancer ce 'projet' les médecins coloniaux ont été les 'pionniers', les 'observateurs privilégiés' dans leurs 'postes d'observation' situés aux tropiques. Ils ont mouillé les stations navales dans les rades des 'pays de climat chauds' où leurs instruments, pratiques et pensées fonctionnaient comme des 'laboratoires' de recherches. La médecine coloniale avait même un caractère « enclaviste » car les médecins étaient chargés de préserver, dans un premier temps, la santé des soldats, marins, commerçants, agriculteurs et officiers européens, situés en première ligne dans les régions insalubres, et c'est seulement dans un moment postérieur que les soins ont été dirigés vers la population locale (Arnold, 1993, p. 1398). Néanmoins, même si les troupes et citoyens européens étaient

privilegiés, la logique d'intervention visait surtout à garantir un niveau minimum de santé de la population locale, en raison des contacts fréquents qu'elle avait avec les Européens. Les médecins ont apporté une large contribution à l'entreprise impérialiste car avant même les premières découvertes sur le rôle des microbes pour la production de certaines maladies, leurs cahiers des recommandations hygiéniques structurés sur leurs expériences personnels aux terrains, ont pu rendre les conquêtes moins coûteuses et sauvegarder la vie des individus (Curtin, 1996, p. 99-107).

G. Cabanis affirmait que les médecins étaient les protagonistes d'une 'médecine d'observation'. En outre, ils étaient les représentants d'une 'démocratie scientifique'. La mission des ces « médecins journalistes » était de rapporter, dans les régions de climats chauds et dans les colonies, des anomalies et des déviations, d'analyser scrupuleusement des données disponibles, et de construire le futur de la science médicale par le mariage judicieux entre les rationalités scientifiques anciennes et nouvelles (1830, 1 :1).

Le Roy Méricourt, éditeur du réputé *Archives de Médecine Navale*, fondé en 1864, considérait que le statut scientifique des médecins des différentes marines d'Europe composait une *phalange toute organisée de travailleurs* dont les études méritaient pleine confiance. Ainsi le Dr Jules Rochard, directeur du service de la marine française au port de Brest, montrait que travail des médecins militaires consistait à « débrouiller le chaos des maladies endémiques » et à essayer de trouver l'étiologie et le traitement des affections (Rochard, 1871, p. 257-8). Il y avait une énorme difficulté d'évaluer les informations qui venaient des régions distantes. Le Dr Jean-François-Xavier Sigaud, dans son œuvre célèbre, *Du Climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire* (1844), discréditait les registres pathologiques des voyageurs naturalistes en tant que source de connaissance sur le climat et les pathologies. Il fallait poser un regard critique sur les narratives des récits des voyageurs car leurs descriptions étaient « pompeuses et exagérées ». Il fallait passer à côté des « cadres poétiques », avoir encore beaucoup de patience devant les narrations obligatoires sur les dangers quotidiens, pour trouver finalement, à la fin d'une longue lecture, le petit nombre des faits scientifiques portant sur le climat et les maladies du pays.

Sigaud en critiquant ce modèle de récit, signalait qu'il existait une quantité infime des narratives sur les maladies qui étaient parfois des échos des croyances traditionnelles reposant sur les traitements populaires et présentant rarement de véritables diagnostics sur les maladies (Sigaud, 1844, p. 2).

En synthèse, le voyageur donnait des précisions topographiques et numériques, des informations sanitaires et des renseignements économiques variés. Il insistait sur le rendement des cultures, les principales productions et les articles de commerce. Il complétait son examen de la situation présente par une série de réflexions, de conseils ou de suggestions à mettre en œuvre pour assurer un bon développement économique et humain, une colonisation plus vaste et profitable, un meilleur rendement ou plus simplement un bon emploi à faire de ses fonds.

La rhétorique des médecins militaires imposait une rupture avec la tradition centenaire des voyageurs naturalistes dont les narratives étaient les principales sources d'information sur les régions exotiques. Ces genres de discours montraient de manière explicite une rupture par rapport aux pratiques antérieures. Les médecins militaires soutenaient que les observateurs anciens manquaient de précision dans leurs récits. Les moyens matériels, la connaissance préliminaire sur les régions intertropicales étaient rudimentaires et simplistes.

## V. LA FIEVRE JAUNE ET LES DISCOURS DE LA « PATHOLOGISATION » DES TROPIQUES

Dans la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, la fièvre jaune a été l'un des sujets médicaux les plus discutés au Brésil. La maladie était connue depuis longue date. Probablement elle est arrivée pendant le dernier quart du XVII<sup>e</sup> siècle, apportée des Antilles, la fièvre jaune s'y était répandue depuis le temps des grandes découvertes maritimes. Il y a eu des épidémies à la ville d'Olinda et aux autres villes de l'état de Pernambuco, pendant l'année 1685. En suite, un autre grand foyer à Bahia s'est manifesté à la année suivante. Néanmoins, jusqu'à la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle il n'a pas eu des foyers épidémiques au pays.

La maladie est retournée à Bahia seulement en 1849, s'est étendue aux diverses régions littorales et s'est transformée dans le plus affreux cauchemar pour l'administration gouvernementale. Le stigmatisme de pays dont les ports étaient toujours malsains pesait sur les épaules des autorités. La première grande épidémie s'est montrée en 1850, à Rio de Janeiro. À partir de ce temps, la fièvre jaune reviendrait constamment à la capitale du pays, attaquant sa population et, principalement les immigrants. Ce n'est pas sans raison que la ville était connue comme le "tombeau des étrangers" (Franco, 1969).

Dans les récits des chirurgiens français en expédition au Brésil, les maladies du système digestif étaient les catégories les plus répandues et les plus difficiles à diagnostiquer. Une maladie était caractérisée comme aiguë ou chronique selon sa durée et, l'absence ou la présence des selles sanguinolentes pouvaient déterminer la distinction entre une dysenterie ou diarrhée. L'ignorance à propos du diagnostic, souvent très compliqué, et le traitement adéquat pour les affections rendait difficile la tâche des médecins car les manifestations symptomatiques initiales de la fièvre jaune sont les mêmes que diverses autres maladies comme la malaria, la leptospirose, la méningite méningococcique et la *dengue*. La subtilité du diagnostic émergeait les médecins dans une complète confusion par rapport au traitement qui devrait être prescrit aux malades. Les médecins employaient presque le même traitement pour toutes les maladies dont les symptômes, la diarrhée et la fièvre, apparaîtraient plus souvent au début de l'affection. La thérapeutique employée pour combattre l'affection, néanmoins, différait d'un médecin à l'autre, mais elle était toujours structurée sur l'empirisme.

Les médecins influencés par l'hippocratisme partageaient avec leurs confrères chirurgiens un conservatisme épistémologique, un certain empirisme, mais aussi le réflexe qui consistait à observer et à décrire minutieusement les symptômes externes de la maladie et l'historique personnel de l'individu. Néanmoins, il fallait toujours apprécier les conditions climatiques. Et pour prévenir les « accidents pathologiques » il fallait aussi éviter les « travaux et des fatigues excessives et une longue exposition des hommes à l'ardeur des rayons solaires ». Les insuccès d'un traitement et les récidives étaient parfois rapportés à l'individu. Les médecins semblaient accuser formellement les malades pour avoir provoqué sa maladie et même sa mort. L'excès de nourriture, l'abus vénérien, la désobéissance aux règlements militaires, d'hygiène ou aux prescriptions médicales, enfin tout était normalement rapporté au malade ( Léonard, 1967, p. 101). Les causes de récidives étaient aussi et souvent attribuées aux conditions atmosphériques des pays tropicaux. Certains médecins insistaient que la constitution des Européens s'avérait vulnérable aux températures élevées, à l'humidité et à une forte luminosité. Cette *médecine des climats chauds* a énormément contribué à entretenir des stéréotypes raciaux sur les habitants des pays tropicaux et, dans quelques situations, les médecins ont prôné la ségrégation en s'appuyant sur des arguments sanitaires.

La fièvre jaune, connue entre les matelots français comme le *vomito negro*, était l'une d'entre plusieurs maladies tropicales celle qui provoquait une terreur absolue. Ce fléau impressionnait les autorités médicales par la férocité des symptômes. Les chirurgiens français savaient qu'après essayer toute une médication spécifique « si rien ne paraît à enrayer le vomito negro, (...) c'est malheureusement possible que le malade succomberait rapidement » (Chauffray, 1857). L'individu éprouvait des céphalalgies et douleurs musculaires, nausées, vomissements, fièvre haute, diminution de la pulsation, pesanteur, frissons, fatigue, diarrhée et irritabilité. Le nom de la maladie vient du fait que le malade normalement présente un état ictérique, c'est-à-dire, la peau est imprégnée de bilirubine, devenant jaunâtre. Dans la phase la plus avancée de la maladie, le foie et les reins peuvent être sérieusement touchés, et des hémorragies peuvent provoquer la mort. Même aujourd'hui, il n'y a de traitement qui puisse guérir la fièvre jaune. La cure dépend de la résistance de chaque individu<sup>2</sup>.

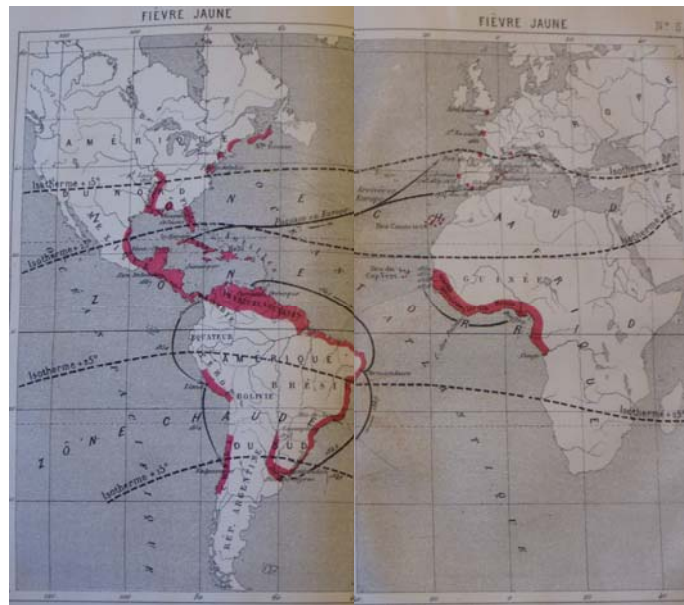
Pendant le XIXe siècle, il n'y avait pas d'accord sur l'étiologie et prophylaxie de la fièvre jaune. Les médecins divergeaient entre eux ce qui occasionnait de chaleureuses discussions et une recherche frénétique au sein de la communauté médicale. En fait, la maxime était de modifier le milieu car la majorité des médecins croyait que l'environnement malsain favorisait le développement de l'affection. Quelques-uns croyaient être indispensable assécher les marais et paver les rues. D'autres, valorisaient plutôt la désinfection, avec la finalité "d'empêcher la multiplication des germes".

---

2 La fièvre jaune est transmise par la piqûre de diverses espèces de moustiques infectés, notamment les moustiques des espèces *Aedes* et *Haemagogus*, qui piquent de jour. Depuis 1936, le vaccin 17D est disponible et la gravité de la fièvre jaune s'est estompée dans les esprits. Les testes indiquent que 95% des personnes vaccinées sont immunisées, mais le vaccin doit être renouvelée à chaque 10 ans pour assurer l'immunité.

Au Brésil, les foyers épidémiques de fièvre jaune, survenaient à chaque année, pendant la « saison calme » en présentant gravité et intensité variables (Figure 3).

Le traitement contre la fièvre jaune entamé par les médecins Français et Brésiliens était un peu différent. Il suffit de vérifier cela dans les nombreuses prescriptions médicales dispersées dans les pages des rapports de voyage de la Station Navale du Brésil et de la Plata.



**Figure 3.** Les foyers endémiques de fièvre jaune. Bordier, A. La Géographie Médicale. Paris, C. Reinwald Libraire-éditeur, 1884.

Certains rapports de médecins militaires contiennent de nombreuses descriptions des traitements des maladies tropicales des médecins Brésiliens. Une médication plus ‘tonifiante’ comme remède contre la fièvre jaune était plutôt recommandée par les médecins Français par rapport au traitement des médecins Brésiliens. Nous transcrivons ici la description, des années de 1860, du traitement employé par les médecins Brésiliens contre la fièvre jaune. Cette description, faite par le chirurgien Théodore Jérôme Marie Le Tersec, de la frégate l’Alceste en station au Brésil, est très représentative de la rhétorique couramment adoptée par les médecins européens à cette époque là : « D’abord, pas de médication spéciale ; elle est subordonnée à la persistance de tel ou tel symptôme, et subit, surtout au début, des modifications en rapport avec la constitution du sujet. Tous sont accord pour débiter par un vomitif qui est promptement suivi d’un purgatif ; (...) d’autres emploient exclusivement le calomel, et si nous n’avons pas quelques raisons pour considérer comme au moins exagérés, les résultats que le Dr Peixoto nous a affirmé avoir obtenus de cette médication aussi simple que facile, la fièvre jaune cesserait d’être un fléau redoutable (...). Ils (les médecins

Brésiliens) insistent sur l'emploi de ce médicament (le calomel) et sur les purgatifs pour recourir aux toniques et aux astringents dès que la période d'adynamie [remplace] les phénomènes inflammatoires du début ».

En effet, le discours des médecins Français était basé sur une stratégie rhétorique dont le critère de validation et de démonstration était utilisé pour résoudre les questions médicales. L'introduction, de la part des médecins locaux, d'un nouveau traitement, d'une nouvelle doctrine, d'un nouveau diagnostic, passait par la cible des autorités métropolitaines européennes. Le discours de ces autorités là n'était pas de nier ou invalider les expériences des leurs confrères Brésiliens, mais plutôt de légitimer le sien, en utilisant un discours de 'politesse' structuré sur certains critères et procédures considérés « plus efficaces ». La 'scientificité' d'un traitement ou d'un diagnostic n'était pas mise en question. Les soucis majeurs des médecins Français étaient avec le bien-être du malade et avec 'la rationalité' du traitement employé par les médecins Brésiliens.

L'incidence de la fièvre jaune était associée normalement à l'évasive notion de miasmes, concept toujours mal défini, mais couramment utilisé pour décrire la corruption de l'air.



**Figure 4** : Gîte d'Anophèles en Afrique

La nature ou le caractère même des miasmes, bien que confuse, était liée aux sources de putréfaction de l'air qui incluaient les marais avec leurs eaux stagnantes (Figure 4), les vapeurs émanant des corps humains et des animaux, les excréments, les matériaux formés par les végétaux et les animaux en décomposition et les émanations putrides des latrines. Cette notion de miasmes a gardé sa force et a perduré pendant tout le XIXe siècle (Hannaway, 1993, p. 292-308).

A Rio de Janeiro, il était normal, pendant l'été chaud et humide, partir pour séjourner à Petrópolis, le seul endroit considéré épargné par l'épidémie de fièvre jaune à l'époque. La maladie s'est introduit donc dans les habitudes et faisait partie de la vie de la population *carioca*. La ville, capital du pays, était satirisée par certaines autorités médicales étrangères et mêmes nationales comme un immense bidon ville à ciel ouvert ! La rade du Brésil était très large à cette époque là, mais une très petite partie de cette immense superficie était affectée au mouillage des navires tant nationaux qu'étrangers qui venaient ancrer le plus près possible de la ville.

Les vieux bâtiments de Rio de Janeiro, les *cortiços*, étaient souvent considérés comme d'importants foyers d'exhalation des miasmes et par conséquence des foyers des maladies infectieuses. Dans ces genres d'habitations précaires si communs dans le centre de la ville, la mauvaise circulation d'air rendait impossible la purification de l'environnement. Et encore, la complète absence d'hygiène des abattoirs, cimetières, fossés, égouts et des eaux pas toujours venues des sources pures étaient les éléments les plus inquiétants. La motte du Castelo qui fut « le berceau de la ville de Saint-Sébastien » et sur laquelle les Portugais résistèrent longtemps aux attaques des indiens, s'est étendue peu à peu dans la plaine environnante, couverte alors de forêts touffues et d'immenses marécages. Cette motte, comme d'autres qui entouraient la ville, a été rasée des années après. Depuis longtemps la situation de ces montagnes, défavorable au plan hygiénique, parce qu'orientées dans une direction presque perpendiculaire à celle des brises du large, représentait un obstacle à la ventilation de la ville.

Le discours évoqué par le médecin militaire Français Bourel-Roncière, qui a étudié la topographie et le climat de Rio, est un exemple de la rhétorique utilisée par les autorités médicales européennes qui se prononçaient en faveur d'un déterminisme climatique. Les régions chaudes et humides présentaient un environnement et des circonstances favorables à l'activité morbide et par conséquent les pays tropicaux avaient un cadre nosologique où les maladies paludéennes étaient prédominantes. Il a préféré économiser des éloges car, à ses yeux, c'était le paludisme qui se cachait derrière la beauté exotique de la ville. Le paludisme régnait à Rio de Janeiro comme un élément pathogénique de premier ordre et il se trouvait presque partout, associé, le plus souvent, « à d'autres éléments infectieux dont il se compliquait ». Le Rio de Janeiro était pleine de « sources d'infection miasmatique », et abondait « en foyers d'exhalations d'une autre nature se rattachant spécialement aux émanations putrides ». La malpropreté, la mauvaise tenue des rues, des places, des habitations elles-mêmes, mais surtout l'augmentation rapide de la population et son agglomération seraient les causes déterminantes de la plus grande fréquence qui prenaient les *fièvres*. (Bourel-Roncière, 1872).

Les formes de combattre la fièvre jaune allaient dans la direction des mesures de réorganisation urbaine et de « régularisation » de plusieurs aspects de la vie quotidienne. En fait, les chiffres de mortalité par tuberculose et variole étaient parfois beaucoup plus élevés que ceux de la fièvre jaune à la ville de Rio de Janeiro. Cependant, l'aspect économique qu'entourait la maladie, rendait urgent la découverte de l'agent étiologique, d'un traitement efficace, des reformes sanitaires pour combattre l'affection.

Des dispositifs orientés vers la création d'instituts de recherche, l'organisation de conférences, de congrès et la publication d'ouvrages, ont été chargés de plaider en faveur de la salubrité, du confort, de la commodité et de la circulation dans les agglomérations urbaines. En général, le véritable modèle urbain du Brésil se trouvait surtout dans le Paris d'Hausmann, dans la deuxième moitié du XIXe siècle, et dans le dessein d'aménager la capitale. A cette époque, a émergé une tendance à la modernisation des coutumes et du milieu urbain. Dans les villes, comme Belo Horizonte, Salvador, São Paulo et surtout à Rio, des projets sont mis en œuvre, dans le but de résoudre des problèmes techniques et d'embellir les espaces en empruntant des modèles exogènes dont les résultats n'ont pas été toujours positifs. Les dispositifs créés pour favoriser les réformes urbaines ont amené en fait, la transformation des villes brésiliennes qui, à partir de la deuxième moitié du XIXème, présentaient encore un visage colonial (Trindade, 2001, pp. 267-295).

En résumé, la réforme urbaine entreprise par les hygiénistes et par les autorités gouvernementales, au cours du XIXe et surtout au début du XXe siècle à Rio, avait comme but primordial d'éliminer les foyers insalubres, de moderniser la ville et de changer ses coutumes. Il s'agissait de reproduire à Rio, les paysages parisiens. Donc, l'arasement des mottes, le drainage des marais, l'ouverture des grands boulevards, la destruction de quelques arrondissements etc., ont fait de Rio de Janeiro une ville totalement « modifiée ».

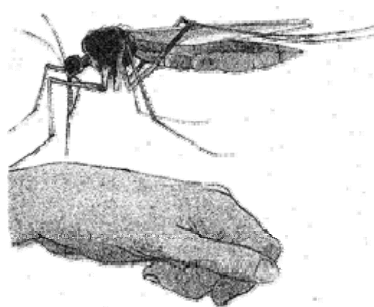
En synthèse, l'histoire de la connaissance de la fièvre jaune est ponctuée de débats passionnés entre les médecins. Les débats sur les causes de la maladie agitaient le monde médical. Les expériences d'inoculation de la maladie *in anime nobile* mises en place par le médecin mexicain Manuel Carmona Y Valle, professeur de clinique médicale au Mexique, en 1885, ont amené Carlos Finlay (1833 à 1915) dans son travail historique *Yellow fever: its transmission by means of the Culex Moustique*, publié au mois d'octobre 1886 dans le *The American Journal of the Medical Sciences*, à soutenir l'hypothèse de la transmissibilité de la fièvre jaune par un moustique. Dans cette œuvre là, ont été tracées les étapes d'une complète révolution doctrinale. Dans un moment où les récentes découvertes des pasteuriens prônaient les « microbes » comme agents producteurs des maladies, Carlos Finlay (Figure 5) annonçait que la maladie était causée par un moustique... Cette nouvelle idée a mis du temps à trouver des partisans au sein des médecins coloniaux. Les « chasseurs de microbes » se disputaient pour trouver un vaccin contre la maladie, au même temps que d'autres chercheurs se mettaient à combattre des moustiques et assainir l'environnement...

La fièvre jaune a évolué "premièrement de l'idée de miasme ; postérieurement à l'idée de contagion, et ensuite sous l'influence des travaux et des découvertes de Pasteur ", en admettant la possibilité d'agent comme producteur de la maladie (Nava, 1949). L'apparition du 'parasite' comme vecteur des maladies a imposé un nouveau paradigme médical à la fin du XIXe siècle.

Les controverses au tour de l'étiologie de la fièvre jaune ont cessé en 1901, quand une commission organisée par le médecin militaire Américain Walter Reed (1851-1902) à Cuba a confirmé l'hypothèse de Finlay en affirmant qu'on pouvait transmettre la maladie par inoculation du sang de malades en montrant le caractère filtrant de l'agent et le rôle des moustiques du genre *Aedes aegypti* comme vecteur (Figure 6).



**Figure 5 :** Timbre à l'honneur du médecin cubain Juan Carlos Finlay (1833 à 1915).



**Figure 6 :** Anophèles

## VI. CONCLUSION

La question est évidente : Est-ce qu'un pays où l'environnement considéré insalubre favorisant la production des maladies infectieuses pouvait provoquer une influence funeste sur les individus et produire un « pays dégénéré par les maladies »? Les médecins Français faisaient des observations qui ont beaucoup contribué pour la recherche médicale, mais qui ont engendré aussi une liaison entre la science et l'ethnologie. En donnant une emphase aux éléments physiques et moraux dans leurs rapports, les médecins ont produit aussi des images négatives des autres peuples par rapport à la civilisation et la culture française (Lorcin, 1999).

L'ensemble des expéditions françaises, à l'exemple de la Division Navale du Brésil et de la Plata, ou même les expéditions isolées qui sont venues aux Brésil pendant le XIXe siècle, avaient divers buts, comme l'établissement des lignes commerciales dans toute l'Amérique du Sud, pour faire face aux concurrents, surtout les Anglais, et l'implantation de la 'culture française' à travers les missions scientifiques et artistiques. De nombreux voyages scientifiques ont été entrepris avec l'objectif d'élaborer des cartes hydrographiques du Brésil, à l'exemple de la mission soigneusement entamée par l'Amiral Roussin au début du XIXe siècle<sup>3</sup>. Les médecins et les chirurgiens à bord des navires français, étaient chargés des soins de l'équipage des bâtiments, mais également du 'diagnostic' qu'ils pouvaient donner sur une localité était également important. Toutes les données servaient pour agrandir l'entreprise coloniale, mais aussi pour établir les fondements de la géographie médicale, discipline qui avait pour but l'élaboration d'une mappemonde nosographique du globe. L'intérêt de l'administration coloniale européenne pour la fièvre jaune peut être compris comme une nécessité pressante de trouver des traitements adéquats contre la maladie qui ravageait furieusement les colonies. Pour assurer l'entreprise impérialiste européenne, les médecins ont occupés un rôle fondamental en collectant des données sur les climats et les maladies infectieuses. Ils se sont servis de leurs cahiers en prenant des notes, mais aussi en discutant avec les médecins locaux. Au Brésil, les médecins 'explorateurs' ont édifié des forts rapports avec la communauté médicale brésilienne, tout en employant un discours imprégné d'un déterminisme climatique.

La rhétorique des autorités médicales françaises reflète la pensée scientifique de son temps dont le racisme biologique était bien enraciné dans les esprits depuis le Lumières. Cette affirmation peut être constatée dans les innombrables rapports médicaux de la Station Navale du Brésil et de la Plata (Bourel-Roncière, 1872). Néanmoins, en respectant les limites établies pour l'écriture de cet article, objet de nos études - l'analyse détaillée de ces rapports médicaux- sera brièvement publiée sous la forme de thèse.

---

3 A la demande du Dépôt de la Marine, ancêtre du Service Hydrographique de la Marine (S.H.O.M.), des missions hydrographiques se succèdent ainsi le long des côtes brésiliennes. Celle conduite par le capitaine de vaisseau Roussin entre mai 1819 et février 1820 est la plus importante. A bord de la corvette La Bayadère, le commandant Roussin remonte près de huit cents lieues de côtes depuis Recife jusqu'aux bouches de l'Amazone. Publiés sous le titre *Le Pilote du Brésil*, ils serviront à des générations de marins français, qui acquerront ainsi une excellente connaissance des régions littorales, depuis le Rio de La Plata jusqu'à Cayenne, et y apporteront des améliorations. ROUSSIN (A.-R., baron) - *Le pilote du Brésil, ou description des côtes de l'Amérique méridionale, comprises entre l'île Santa-Catarina et celle de Maranhao, avec les instructions nécessaires pour atterrir et naviguer sur ces côtes* ; par le Baron Roussin (...) commandant l'expédition hydrographique entreprise par ordre du Roi et exécutée en 1819 et 1820, sur la corvette la Bayadère et le brig *le Favori*. Paris, Imprimerie Royale, 1827. (Lasterle, Philippe. La France, la Marine et le Brésil. [Document électronique] SHM, Vincennes, 2002. (Voir : <http://www.servicehistorique.marine.defense.gouv.fr/>). Voir aussi : Lecuyer, Vilma. *Le Baron Roussin et le Brésil*. Mémoire ou thèse 3<sup>e</sup> cycle. Université Paris-4, 1985.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARMAND, Adolphe. *Traité de climatologie générale du globe. Études médicales sur tous les climats*. Paris, G. Masson Éditeur, 1873.
- ARNOLD, David. 'Medicine and colonialism' in BYNUM, W. F. & PORTER, Roy. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, Routledge, 1993.
- BORDIER, A. *La Géographie Médicale*. Paris, C. Reinwald Libraire-éditeur, 1884.
- BOUREL-RONCIERE, Paul-Marie-Victor. *Recherche sur le climat de Rio de Janeiro, et sur quelques-unes des maladies les plus communes dans cette ville*. Archives de Médecine Navale, Tome 18. Paris, J. – B. Baillièrre et fils, 1872.
- CABANIS, Georges. *Introduction*. Gazette Médicale de Paris. Paris : [s. n.], 1830.
- CHAUFFRAY, LaRoque de. La Poursuivante – rapport médical, 1857, carton CC2 961. Service Historique de la Marine, Vincennes.
- COHEN, Willian B. *Français et Africains – les noirs dans le regard des Blancs, 1530-1880*. Paris : Ed. Gallimard, 1981.
- CONKLIN, Alice L. *A mission to civilize: the republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*. Stanford (Calif.) : Stanford university press, 1997.
- CURTIN, Philip D. 'Disease and Imperialism' in *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Amsterdam, Atlanta, GA: Rodopi, 1996.
- CURTIN, Philip D. *Death by migration: Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
- EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. tese de doutorado. IMS/UERJ, 1999.
- FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Departamento de Endemias Rurais, 1969.
- GRIMOULT, Cédric. *Evolutionnisme et fixisme en France – Histoire d'un combat, 1800-1882*. Paris, Editons CNRS, 1998.
- HANNAWAY, Caroline. 'Environment and Miasmata' in BYNUM, W. F. & PORTER, Roy, 1993.
- KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*, São Paulo, Perspectiva, 1982.
- LEONARD, Jacques. *Les officiers de santé de la Marine française de 1814 à 1835*. Paris, Librairie C. Klincksieck, 1967.
- LE ROY DE MERICOURT, A.. Introduction. *Archives de Médecine Navale*. Paris, J. B. Baillièrre et Fils, tome 1, 1864.
- LÉVY, Michel. *Traité d'Hygiène publique et privée*. Paris, J.-B. Baillièrre, 2 vols, 1844.
- LORCIN, Patricia M. E. 'Imperialism, colonial identity, and race in Algeria'. *Isis*, 90:653-679, 1999.
- LOWY, Ilana. 'La mission de l'Institut Pasteur à Rio de Janeiro : 1901-1905' in MORANGE, M. *L'Institut Pasteur, contributions à son histoire*. Paris, Découverte, 1991. p. 279-95
- MAHÉ. "Géographie Médicale" in A. Dechambre, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Paris, G. Masson & P. Asselin, 1882, p. 1-400.

- MANSON, Patrick. *Tropical Diseases. A manual of the warm climates*. London, Cassell and Company, 1898.
- MONTESQUIEU, Charles-Louis de Secondat (1689-1755; baron de La Brède et de). Oeuvres de M. de Montesquieu [Document électronique]. [Tome 2], De l'Esprit des loix. Livre XVIII. 3ème partie, chap. II. (Voir site [www.gallica.bnf.fr](http://www.gallica.bnf.fr))
- NARAINDAS, Harish. 'Poisons, putrescence and the weather. A genealogy of the advent of Tropical Medicine' in Anne-Marie Moulin. *Médecines et Santé*, Vol. 4, Paris, UNESCO, 1994, pp. 31-56.
- NAVA, Pedro. 'Capítulos da História da Medicina'. Rio de Janeiro, *Brasil Médico Cirúrgico*, 1949.
- PHÉLIPPEUX, Victor Adrien. Rapport de voyage de L'Entrecasteaux – 1859-62 ; S.H.M.V., carton CC2, série 961.
- POTELET, Jeanine. *Le Brésil vu par les voyageurs et les marins français, 1816-1840*. Paris, Éditions L'Harmattan, 1993.
- OSBORNE, Michael. 'Views from the periphery : discourses of race and place in French military medicine' In *History and Philosophy of the life Sciences*, 2003, vol. 25, n° 3, pp. 363-390.
- ROCHARD, Jules. 'Étude synthétique sur les maladies endémiques'. *Archives de Médecine Navale*, Paris, J. B. Baillière et Fils, tome 15, 1871.
- ROCHARD, Jules. 'De l'influence des climats sur l'homme, et des agents physiques sur le moral'. *Archives de Médecine Navale*, Paris, J. B. Baillière et Fils, tome 9, 1868.
- TORT, Patrick. *Darwinisme et société* : [colloque international, 4-6 juin 1991, Paris]. Paris : Presses universitaires de France, 1992.
- TRINDADE, Etelvina Maria de Castro. 'Modèles et emprunts : l'hygiénisme au Brésil (fin XIXe –début XXe siècles)' in BOURDELAIS, Patrice (éd.). *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*. Paris, Belin, 2001.
- WUCHERER, Otto. 'Des causes de l'augmentation de fréquence de la phthisie au Brésil, et particulièrement a Bahia.' In AMN, tome 10, 1868.