

**PERLES DE VERRE, PARURES DE BLANCS
ET « POTS DE PALUDISME ».**

**EPIDÉMIOLOGIE ET REPRÉSENTATIONS DESANA
DES MALADIES INFECTIEUSES (HAUT RIO NEGRO, BRÉSIL) ¹**

Dominique BUCHILLET *

Cet article analyse les représentations de la variole, de la rougeole, de la grippe et du paludisme des Indiens Desana (région du haut Rio Negro au Brésil). La symbolisation chamanique de ces quatre infections se fonde sur l'expérience historique du contact qui a permis aux Desana de percevoir une spécificité biologique chez les Blancs, ainsi que sur les caractéristiques épidémiologiques différentielles de ces maladies. Contagiosité extrême et sélectivité pathologique apparaissent ainsi comme des dimensions fondamentales de la perception historique et culturelle de ces quatre infections, participant également de la conceptualisation desana des Blancs et des objets manufacturés.

MOTS CLÉS : Amazonie brésilienne, Indiens Desana, ethnologie, chamanisme, épidémiologie, maladies infectieuses, contact interethnique.

Glass beads, Whites' ornaments and « Malaria's pots ». Epidemiology and representations of infectious diseases among the Desana Indians (Upper Rio Negro region, Brazil).

This article analyzes the representations of smallpox, measles, influenza and malaria among the Desana Indians of the Upper Rio Negro region (Brazil). The shamanic symbolization of these four infections is based both upon the different epidemiological characteristics of these different diseases and the historical experience of contact which enabled the Desana to posit a biological specificity for the Whites. Extreme contagiousness and pathological selectivity appear to be fundamental dimensions of the Indian historical and cultural perception of these pathologies, participating also in their conceptualization of White People and manufactured objects.

KEY WORDS : Brazilian Amazon, Desana Indians, ethnology, shamanism, epidemiology, infectious diseases, interethnic contact.

* ORSTOM-DES (213, rue La Fayette, 75480 Paris cedex 10) et Université de Paris-X.

Contas de vidro, Enfeites de Brancos e « Camutis de malária ». Epidemiologia e representações desana das doenças infecciosas (região do alto Rio Negro, Brasil).

Este artigo analisa as representações da varíola, do sarampo, da gripe et da malária entre os Índios Desana do alto Rio Negro (Brasil). A simbolização xamânica dessas infecções fundamenta-se na experiência histórica do contato inter-étnico desses Índios que lhes possibilitou averiguar uma especificidade biológica entre os Brancos, assim como nas características epidemiológicas diferenciais dessas doenças. Contagiosidade extrema e seletividade patológica aparecem como dimensões fundamentais da percepção histórica e cultural desana dessas doenças, participando também da conceptualização indígena dos Brancos e dos objetos manufaturados.

PALAVRAS CHAVE : Amazônia brasileira, Índios Desana, etnologia, xamanismo, epidemiologia, doenças infecciosas, contato inter-étnico.

INTRODUCTION

Les épidémies de maladies infectieuses ont joué un rôle déterminant dans la conquête et la colonisation du Nouveau Monde². Ethnologues, médecins, historiens et démographes-historiens ont démontré leur impact démographique sur les populations amérindiennes, les effets de destructuration socio-culturelle et économique qu'elles entraînent, ainsi que leur étroite association avec la pénétration et l'expansion européennes. Ils ont mis en lumière les bénéfiques politiques et économiques qu'en ont tirés les conquérants dans l'occupation des territoires restés vacants, de même que l'utilisation idéologique des épidémies dans la conquête spirituelle des Indiens³. Certains chercheurs n'hésitent pas, d'ailleurs, à affirmer que les Européens ont réussi la conquête des Amériques non en raison de leur suprématie militaire, mais plutôt d'une sorte de guerre biologique non préméditée, les maladies infectieuses se convertissant en un allié indéfectible des Européens⁴.

Les travaux médicaux et de démographie historique insistent sur l'importance des variables socio-culturelles qui peuvent affecter, non seulement le modèle épidémiologique et la morbi-mortalité locale ou régionale différentielle des maladies infectieuses, mais aussi la capacité de récupération démographique des Indiens après un épisode épidémique⁵. Curieusement, les ethnologues amazonistes qui étudient des communautés indiennes confrontées pourtant de manière évidente aux diverses conséquences démographiques et sanitaires du contact, ont témoigné, jusqu'ici, peu d'intérêt pour l'étude de leur impact sur les systèmes cognitifs et thérapeutiques traditionnels, en particulier pour ce qui concerne les représentations des maladies infectieuses⁶. Ils se limitent généralement à énoncer une distinction indigène supposée entre deux catégories étiologiques : les « maladies traditionnelles » et les « maladies des Blancs » (ou maladies « infectieuses », « (de) civilisé » ou « épidémies »)⁷. Cette distinction générique entre maladies autochtones et du contact présuppose que les épidémies de maladies infectieuses qui ont décimé (et déciment encore) de nombreuses sociétés indiennes sont également imputées par celles-ci aux effets du contact interethnique. Nous verrons que c'est loin d'être le cas.

Cet article a pour but d'analyser les représentations chamaniques des maladies infectieuses qui affectent depuis le milieu du XVIII^e siècle les Indiens Desana⁸, groupe Tukano oriental de la région du haut Rio Negro (Brésil), c'est-à-dire la variole, la rougeole, la grippe et le paludisme. Il se fonde sur deux prémisses essentielles : en premier lieu, les représentations des maladies infectieuses sont étroitement dépendantes, non seulement de l'histoire du contact spécifique des sociétés qui en sont affectées, mais aussi des caractéristiques épidémiologiques de ces maladies ainsi que de celles de l'écosystème, qui ont rendu possibles leur émergence et leur propagation. En second lieu, le lien entre représentations des maladies infectieuses et données bio-médicales n'est pas arbitraire, il repose sur une observation exhaustive de leurs caractéristiques objectives. Après avoir retracé l'histoire de la colonisation et de ses conséquences épidémiologiques, sanitaires et démographiques dans la région du haut Rio Negro, je démontrerai, en effet, comment la symbolisation chamanique desana de ces quatre maladies est étroitement déterminée par l'expérience historique du contact interethnique de cette société, ainsi que par les caractéristiques épidémiologiques différentielles de ces diverses pathologies. Les Desana ont notamment identifié dans les maladies qu'ils associent aux Blancs, c'est-à-dire pour eux, la variole, la rougeole et la grippe, une dimension particulière, la contagiosité, qui renvoie à une spécificité biologique des Blancs inscrite dans leur mythe d'origine de l'humanité.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU CONTACT DANS LE HAUT RIO NEGRO

Les Desana, comme les autres ethnies du haut Rio Negro, ont vraisemblablement connu leurs premiers contacts intermittents avec les Portugais à partir des années 1730, lorsque des incursions esclavagistes ont été systématiquement organisées par le gouvernement de l'État du Maranhão et Grão Pará⁹ dans cette région. Celles-ci avaient pour but de compenser le dépeuplement provoqué par les épidémies récurrentes de variole et de rougeole qui mettaient en danger la survie économique de cet État reposant alors essentiellement sur la main d'œuvre indienne. Il est toutefois probable que les Indiens aient pu, dès la fin du XVII^e siècle, être contaminés indirectement par les Blancs à travers les raids menés dans leur territoire par les Manao du cours inférieur du Rio Negro qui échangeaient alors avec les Hollandais des prisonniers indiens contre des biens manufacturés.

En 1740, une épidémie de variole ravagea le haut Rio Negro, causant sans doute la mort d'un très grand nombre d'Indiens, la mortalité au cours d'une épidémie de variole dans une population « vierge » (*a virgin soil epidemics*) étant généralement de l'ordre de 25 % à 30 % (Crosby, 1972 : 44)¹⁰. Il est probable que la variole a atteint certaines parties de la région n'ayant aucun contact direct avec les Portugais, en raison de la potentialité de son virus à se propager à travers les vêtements et tissus de coton contaminés (Hopkins, 1983 : 3), ainsi que de la viabilité prolongée de ce dernier à l'extérieur de l'individu (de quelques semaines à plusieurs mois selon les conditions climatiques locales)¹¹. Il semble donc que, de manière analogue à ce qui s'est passé dans d'autres régions des Amériques (Crosby, 1972 :

42), la variole soit la première maladie contagieuse à avoir décimé les Indiens du cours supérieur du Rio Negro.

Au cours des années 1749-1763, des épidémies récurrentes de variole et de rougeole dévastèrent le haut Rio Negro. L'épidémie de rougeole de 1749 fut si mortifère¹² qu'on la dénomma « la grande rougeole » (*o sarampo grande*) (Rodrigues Ferreira, 1983 [1885-1888] : 77). Dès 1763, les militaires s'employèrent à regrouper les Indiens dans divers centres coloniaux implantés dans la région du cours supérieur du Rio Negro où ils étaient contraints de travailler dans l'agriculture et la collecte de produits forestiers¹³. A partir de cette époque, le haut Rio Negro et ses principaux affluents (rivières Içana et Uaupés) furent systématiquement explorés par les militaires et les scientifiques portugais. Ceux-ci signalent les épidémies de variole, de rougeole et d'infections pulmonaires (grippe) ainsi que les « fièvres intermittentes » (*febres intermitentes*) ou les « fièvres tierces » (*febres terçãs*) qui dévastent périodiquement les villages et les centres coloniaux et entraînent les Indiens à les désert¹⁴.

Au XIX^e siècle les Indiens continuèrent à travailler comme main d'œuvre dans la construction des villes coloniales, l'agriculture et la collecte des produits forestiers. Plusieurs épidémies de variole et de rougeole ravagèrent, au cours de ce siècle, de vastes sections du Rio Negro, provoquant la fuite de nombreux Indiens des villes et villages coloniaux et obligeant les militaires à effectuer des expéditions esclavagistes pour remplacer la population décimée ou en fuite. Durant ces périodes d'épidémies récurrentes, les fièvres intermittentes, parfois caractérisées comme « malignes » (*malignas*) ou « pernicieuses » (*perniciosas*), constituent un facteur de morbidité et de mortalité important dans la région. Elles sont expliquées, conformément aux représentations médicales de l'époque¹⁵, par différentes causes agissant comme facteurs prédisposants ou secondaires et qui ressortissent de l'environnement physique et social de la région :

« (...) Les eaux stagnent, s'opère alors la décomposition des végétaux et d'autres corps qui commencent à pourrir, produisant des effluves miasmatiques pernicieuses et délétères (...). A tout cela il faut ajouter les crues et décrues des fleuves, le limon, les poissons morts par le barbare système des nivrées et, finalement, l'action de la chaleur épouvantable à laquelle sont soumis ces malheureux peuples. La mauvaise alimentation combinée aux influences atmosphériques est l'une des causes prédisposantes de ces affections morbides » (Rego, 1869 : 486-487).

Le boom du caoutchouc, qui atteignit le haut Rio Negro de 1870 à 1920, inaugura un autre cycle dans l'exploitation et la décimation des Indiens de cette région. Ceux-ci, en effet, étaient emmenés de force dans les sites d'exploitation d'*Hevea brasiliensis*, généralement localisés sur le cours inférieur du Rio Negro, où ils continuaient à se voir soumis au travail forcé et exposés aux épidémies récurrentes de variole, de rougeole et aux fièvres palustres. Ces dernières n'affectent évidemment pas seulement les travailleurs indiens des zones d'exploitation des hévéas mais également les colons ainsi que les militaires des diverses garnisons de frontière de la région du haut Rio Negro. Le médecin brésilien Oswaldo Cruz, au cours d'une expédition destinée à recueillir des données sur les conditions médico-sanitaires du Rio Negro et menée en octobre 1913 à la demande du Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce, mentionne l'incidence

élevée du paludisme dans les villages riverains et les sites d'exploitation, son extrême mortalité ainsi que l'état de santé déplorable des habitants de cette région. Il attribue le dépeuplement de nombreux villages riverains du Rio Negro à cette maladie qui concourt « à l'extermination presque complète de ses habitants » (1972 [1913] : 114) et souligne la difficulté à trouver un seul Indien qui ne présente pas les signes d'une infection palustre chronique (*ibid.*).

En 1919, une épidémie de grippe espagnole dévasta la région du bas Rio Negro, atteignant en 1922 le cours supérieur de ce fleuve. Il s'agit vraisemblablement de la pandémie de grippe qui ravagea plusieurs continents et extermina 20 millions de personnes (MacNeill, 1978 : 251).

Au début des années 1920, la production de caoutchouc, alors en plein déclin, fut substituée par celle des noix du Pará et autres produits forestiers, les Indiens du haut Rio Negro se trouvant de nouveau enrôlés de force dans les zones d'exploitation par les commerçants brésiliens et colombiens. Toutefois, les missionnaires salésiens qui commencèrent à s'installer de manière permanente dans cette région à partir de 1915 mirent un sérieux frein à ces activités, libérant peu à peu les Indiens du travail forcé et des mauvais traitements. Des épidémies, parfois co-occurentes, de grippe, rougeole et coqueluche, précédant ou suivant de près des flambées palustres, commencèrent à ravager tous les ans une section ou une autre du haut Rio Negro, à l'occasion des travaux d'implantation des différentes missions, des visites périodiques des salésiens dans les villages indiens, du passage mensuel des bateaux transportant le courrier et les marchandises des missions ou au retour de voyages d'Indiens à Manaus. Ces épidémies transformaient souvent « une *maloca* entière en cimetière » (Kok, 1925 : 636).

En 1932, une épidémie de fièvres palustres tua 70 personnes du village Taracuá-ponta (haut Uaupés), entraînant la fuite des survivants qui n'y revinrent qu'en 1947 (Brüzzzi, 1977 : 249). De novembre 1942 à avril 1943, une épidémie de paludisme frappa la mission salésienne de Iauareté et les villages adjacents, provoquant la mort de 27 personnes. A partir de 1961, dans le cadre de la politique de santé publique du Gouvernement fédéral, la Surintendance des campagnes de santé publique (SUCAM)¹⁶ réalisa régulièrement des campagnes d'éradication du paludisme, considérant avoir pratiquement assaini la région de cette maladie en 1970. Toutefois, depuis 1974-1975 l'on assiste à une résurgence de cette maladie, principalement à la suite des travaux d'ouverture de la route Périmétrale nord (1974-5), de l'invasion de la région (à partir de 1984) par des entreprises d'exploitation minière et des hordes d'orpailleurs, ainsi que de l'agrandissement, à partir de 1986, des pistes d'atterrissage et l'installation de bases militaires¹⁷. Ainsi, en 1975 une épidémie palustre atteignit 50 % de la population de Tapuruquara (bas Rio Negro) et la même année l'un des hôpitaux de São Gabriel da Cachoeira enregistra plus de 700 cas d'accès aigus de paludisme, dont 300 pour le seul mois de mars (Souza Santos *et al.*, 1976 : 84). Depuis 1975, le paludisme constitue de nouveau un facteur important de morbi-mortalité dans la région.

Comme on le voit, les Indiens du haut Rio Negro ont une expérience très ancienne de ces quatre maladies infectieuses, la variole ayant fait une ultime apparition dans cette région au début de ce siècle. Bien qu'il soit difficile, à partir des données historiques dont nous disposons, d'évaluer précisément leur part dans

la dépopulation du haut Rio Negro, il demeure cependant évident que ces maladies, alliées aux changements dans le mode de vie des Indiens liés au processus de colonisation et de christianisation (travail forcé, mauvais traitements, malnutrition, concentration populationnelle, sédentarisation imposée) y ont eu une part décisive, ainsi qu'en attestent les relations de voyage, dans cette région, de Wallace (1853), Coudreau (1887/1889), Koch-Grünberg (1909/1910), Dom Frederico Costa (1909), Cruz (1972 [1913]), Whiffen (1915), MacGovern (1927) et Nimuendaju (1927). Tous, en effet, décrivent des abords de fleuves dépeuplés, des villages déserts, de nombreuses maisons en ruines ainsi que la terreur manifestée par les Indiens à la vue des Blancs et leur peur panique des épidémies.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES

Variole, rougeole, grippe et paludisme, dont l'origine post-contact dans le Nouveau Monde paraît être aujourd'hui établie¹⁸, ont des profils épidémiologiques différents, notamment en ce qui concerne leur mode de transmission et de propagation, leur évolution clinique ainsi que les modalités de perpétuation de leurs virus ou de leurs parasites. Les trois premières, qui sont des infections virulentes aiguës, ont la capacité de passer directement d'un hôte à l'autre au travers des sécrétions des voies respiratoires et/ou aussi oculaires (cas de la rougeole) et, ainsi, sans nécessité aucune d'un vecteur intermédiaire (MacNeill, 1978 : 18). La variole a, de plus, la potentialité de se transmettre par le biais de tissus de coton infectés de croûtes de varioleux et, à cette contamination indirecte, peuvent sans doute être attribuées de nombreuses contagions et poussées épidémiques¹⁹. Ces trois maladies ont des périodes d'incubation asymptomatique de courte durée et se caractérisent par une brève période d'état avec une évolution rapide et spectaculaire. Une contiguïté physique et temporelle est donc nécessaire pour qu'il y ait contamination et irruption de la maladie, celle-ci suivant ainsi de près les déplacements des gens infectés et/ou aussi de leurs objets dans le cas de la variole. Ces trois infections sont, enfin, très contagieuses et, à moins que le patient ne soit isolé des autres ou que la population ne soit immunisée en raison d'une exposition antérieure, un simple cas peut facilement être à l'origine d'une épidémie.

Variole et rougeole requièrent une taille minimum de leurs populations-hôtes pour se maintenir de façon permanente, c'est-à-dire sous forme endémique, étant données leur courte période d'infectivité à l'intérieur de l'individu, leur absence de réservoir non-humain, leur incapacité à rester dans l'organisme sous forme latente et, enfin, leur potentialité à produire chez la personne infectée une immunité définitive quand elles n'ont pas, naturellement, tué leur hôte. Black *et al.* (1974 : 231) estiment, par exemple, que la rougeole, dont le virus n'est plus infectieux au-delà de 36 heures d'exposition à l'air libre et ne peut être transmis que directement de personne à personne, requiert un minimum de 200.000 à 300.000 personnes pour pouvoir persister sous forme endémique au sein d'une population. En deçà de ce seuil critique, l'infection s'éteint d'elle-même. Ainsi, les épidémies de rougeole se succèdent-elles de deux ans en deux ans dans les grandes villes et tous les quatre ou cinq ans dans les communautés de petite taille. Dans les zones

longtemps exemptes de cette maladie, les enfants de moins de cinq ans et les individus âgés en sont les principales victimes (*ibid.*). Pour ce qui concerne la variole, il semblerait que ses nécessités en matière d'effectifs de population pour demeurer endémiquement dans une communauté soient inférieures à celles de la rougeole, cette maladie est, en effet, moins contagieuse et les personnes qui en sont atteintes le restent plus longtemps (3 semaines pour la variole contre 10 jours pour la rougeole) (Angulo, 1976 : 80 ; Hopkins, 1983 : 8). Enfin, la grippe provoque une immunité de courte durée mais son virus (du groupe *Myxovirus influenzae*) est caractérisé par une très grande variabilité antigénique, d'où une possibilité infinie de ré-infections.

Il semble évident que la taille relativement petite des communautés indiennes de la région du haut Rio Negro, et surtout leur grande dispersion géographique, n'ont pas constitué un cadre épidémiologique approprié pour le maintien sous forme endémique de maladies infectieuses virulentes aiguës telles que la variole et la rougeole. Celles-ci, ne disposant pas d'un réservoir naturel dans la région, ont dû y être ainsi importées de manière répétée, soit par les visites d'étrangers, soit par l'introduction de tissus ou de vêtements contaminés (dans le cas de la variole). Dans un tel contexte, il n'est guère surprenant que les Desana associent étroitement ces maladies à l'irruption des Blancs dans leur territoire et à l'introduction des objets manufacturés.

Le paludisme, en revanche, est une maladie « fermée ». Son agent étiologique (un protozoaire du genre *Plasmodium*) est, en effet, prisonnier du corps du malade et ne peut s'en échapper au travers des sécrétions ou des excréctions corporelles (mucus rhino-pharyngé ou oculaire etc.), mais il a besoin d'un insecte transmetteur (le moustique femelle culicidé du genre anophèle) pour s'en évader et se propager (Pagés, 1966 : 29). En d'autres termes, la contamination inter-humaine directe est impossible. Cette maladie n'est ainsi communiquée à l'homme que par les piqûres d'un moustique et ne peut donc subsister que dans l'habitat de ce vecteur arthropode. En Amazonie, il existe peu de moustiques vecteurs de la malaria, l'*Anopheles darlingi*, le plus anthropophile d'entre eux, étant le plus important d'un point de vue épidémiologique (Alvarado, 1976 : 674 ; Ferreira, 1981 : 243 ; Coimbra, 1988 : 254). Celui-ci se développe dans une grande variété de gîtes (excavations, fossés, canaux, dépressions de terrain) et dans la végétation des berges des rivières (Ferreira, 1981 : 244 ; Mouchet *et al.*, 1989 : 401).

Le paludisme est une infection parasitaire qui se manifeste sous forme aiguë et peut être aussi chronique. Son parasite a une longévité plus ou moins prolongée (entre deux mois à un an pour le *falciparum* et deux à trois ans pour le *vivax*, cf. Alvarado, 1976 : 664 ; Gentilini, 1993 : 94-95) et, en cas d'infestation par certaines souches de *P. vivax* ou *malariae*, il peut persister sous forme quiescente dans l'organisme et se réveiller en produisant des accès palustres plusieurs mois ou années après l'infestation (Gentilini, 1993 : 107). Enfin, son hôte est infectieux durant une assez longue période de temps (de 6 à 21 jours selon le type de parasite et l'intensité de l'infestation). Pour toutes ces raisons (contact médiatisé, existence d'un vecteur comme réservoir additionnel du parasite, longévité de ce dernier, capacité de latence et de reviviscence de certains parasites dans l'organisme, cycle d'infection prolongé), le paludisme est capable de se maintenir sous forme

endémique, c'est-à-dire de se manifester de manière constante et régulière, dans des populations de petite taille. Sur ce fond d'endémie, des poussées épidémiques plus ou moins importantes peuvent se greffer, certaines ayant un caractère saisonnier, survenant principalement au cours des périodes de transition entre les saisons sèche et des pluies. Durant la saison des pluies, l'eau envahit les berges des rivières ainsi que les terres adjacentes. Quand la terre commence à sécher, une partie de l'eau stagne, produisant des sortes de mares qui constituent d'excellents gîtes larvaires. D'autres flambées palustres peuvent se déclencher à l'occasion d'apports d'hématozoaires par des sujets provenant de grandes régions d'endémie ou à la suite d'un bouleversement dans l'équilibre écologique provoqué par certaines activités humaines. Les aménagements hydro-agricoles ou le défrichement de la forêt pour l'ouverture des plantations ou la construction de villages, par exemple, encouragent la multiplication des larves d'anophèles par l'apparition de nouveaux sites de reproduction et mettent également les individus en contact avec les moustiques, favorisant ainsi, non seulement l'éclosion de poussées épidémiques de paludisme, mais aussi le maintien de son endémicité (Deane, Causey et Deane, 1948).

Face à de telles caractéristiques épidémiologiques (endémicité, chronicité, contact médiatisé, association avec les variations saisonnières du niveau des eaux), il n'est guère surprenant que les Desana considèrent le paludisme comme une maladie autochtone et, comme nous le verrons, plusieurs mythes rendent compte de son origine et de son existence sous forme endémique dans le monde humain ainsi que des flambées palustres saisonnières.

Dans la mesure où ces caractéristiques épidémiologiques constituent le fondement de la différenciation étiologique indienne de ces diverses maladies, il est important de revoir brièvement les grands traits de la nosologie desana.

NOSOLOGIE DESANA

Le vocabulaire nosologique des Indiens Desana dispose de quatre termes pour se référer à la maladie : *doreri*, *~pudidi*, *behari* et *birari*. Le lexème le plus couramment utilisé est *doreri*, forme substantive du verbe *dore*, lequel ne se restreint pas au domaine de la pathologie, comme l'atteste son sens premier : « ordonner », « donner un ordre à », « envoyer à ». Il traduit ainsi bien la dimension étiologique qui prévaut chez les Desana : celle de la pathogénie exogène. *Doreri* sert donc à caractériser la quasi totalité des maladies qui affectent traditionnellement ces Indiens (*dipari* *~bahada doreri* « maladies des Indiens ») et qui sont attribuées à des agressions externes pouvant provenir de plusieurs sources :

1. *d'une personne ordinaire* : c'est la sorcellerie commune à base de substances végétales mises, soit dans la boisson de la future victime (*~diba* *~tiadi doreri*), soit appliquées ou frottées contre un objet qu'elle utilise (*poya* *~dodedi doreri*) ;
2. *d'un chamane* : cette forme de sorcellerie repose, soit sur la projection par le chamane-jaguar d'objets pathogènes de nature diverse (épines, cristaux, cheveux, poils, coton etc.) à l'intérieur du corps de sa victime (*yea* *~wehedi doreri*), soit sur la récitation par le chamane-*~kubu* d'incantations d'agression en direction de cette dernière (*dohari doreri*). Par le biais de ces incantations les

~*kubu* sont censés introduire et faire se développer dans le corps de la personne différents objets, plantes, substances ou animaux.

3. *des animaux (et esprits) aquatiques ou forestiers (wai (yuhki) ~basa doreri)*. Ces maladies sont souvent la conséquence d'une faute du malade : transgression de prohibitions alimentaires, d'activités ou surexploitation d'une espèce animale déterminée. L'on doit toutefois souligner que, d'une part, la relation transgression-maladie n'est pas automatique et que, d'autre part, l'imputation de ces maladies à une faute ou à une erreur personnelle du patient n'implique aucune connotation morale (punition), la transgression n'ayant pour effet que de placer l'individu dans un état de vulnérabilité biologique particulier au cours duquel il peut tomber malade.

Le second terme générique *desana*, ~*pudidi* « douleur », sert à qualifier les maladies « venant d'elles-mêmes » et ne pouvant être attribuées à une intention maléfique externe. Celles-ci, dénommées « maladies de l'univers » (~*ibiko* ~*pudidi*), existent depuis l'origine du monde et peuvent survenir durant certaines périodes de l'année et affecter n'importe qui (vomissements, diarrhées, céphalées, paralysie, paludisme).

Le troisième terme, *behari*, a deux significations essentielles : « transitoire/passer²⁰ » et « qui passe de l'un à l'autre ». C'est le terme utilisé pour désigner les quelques maladies associées par les Desana aux Blancs et dont les principales caractéristiques épidémiologiques sont, outre la virulence et le caractère sporadique, l'extrême contagiosité, c'est-à-dire, pour ces Indiens, la grippe (*giripi* ou *gripe*, comme en portugais), la variole (*bixika*, du portugais *bexiga*) et la rougeole (*sarapo*, du portugais *sarampo*). On dira ainsi *sarapo behari* pour se référer à une épidémie de rougeole. Les maladies associées aux Blancs sont dénommées génériquement *pea ~basa behari*, les « maladies contagieuses des Gens du fusil », la mythologie *desana*, comme celle des autres groupes Tukano orientaux, associant l'identité de Blanc à l'acquisition de l'arme à feu.

Le quatrième terme générique, *birari*, sert à désigner les maladies qui atteignent soudainement tous les membres d'une communauté et sont attribuées à la sorcellerie des ~*kubu* ou à celle des chamanes-jaguars. Bien qu'elles puissent être tout aussi virulentes et létales que les maladies associées aux Blancs, elles s'en distinguent néanmoins par leur contiguïté spatio-temporelle : les maladies *birari* attaquent simultanément tous les membres d'une communauté, elles sont géographiquement et temporellement localisées, alors que les maladies attribuées par les Desana aux Blancs, à partir d'un noyau central, se propagent, atteignant graduellement tous les villages d'une rivière. Enfin, bien que les termes *doreri* et *birari* caractérisent tous deux des maladies imputées par les Desana à la sorcellerie chamannique, elles se différencient par l'ampleur de l'attaque, les premières affectant un seul individu, les secondes une collectivité entière.

Ainsi, des deux caractéristiques épidémiologiques majeures des maladies qu'ils associent aux Blancs — la virulence et la contagiosité — les Desana ont-ils choisi de privilégier la seconde, comme l'indique le choix du terme qui les désigne (*behari*). Nous verrons plus loin comment cette caractéristique coïncide avec leur conception mythologique des Blancs et des objets manufacturés.

REPRESENTATIONS CHAMANIKES DES MALADIES INFECTIEUSES

1) Variole et rougeole

Ces deux maladies sont des fièvres éruptives aiguës dont la caractéristique morbide commune la plus spectaculaire est l'apparition d'un exanthème²¹ qui colonise le corps entier en quelques jours. Cette éruption cutanée apparaît d'abord sur le visage, puis s'étend progressivement aux membres supérieurs, au tronc et, enfin, aux membres inférieurs en l'espace de trois à quatre jours. Elle commence à s'effacer à partir du 5^e jour. Au cours de cette phase éruptive, l'individu est très contagieux.

La parenté de l'expression clinique majeure de ces deux maladies éruptives explique sans doute pourquoi les Indiens du haut Rio Negro les confondent sur le plan mythologique. C'est en percevant une ressemblance entre la forme de l'exanthème provoqué par ces deux infections virales et celle des perles de verre qui ont constitué un bien de troc important dans leurs relations avec les Blancs lors des premières phases du contact²², qu'ils ont établi une relation entre les deux maladies, expliquant, par un recours au mythe, comment les perles de verre se sont converties sur leur corps en rougeole et en variole. Dans un premier mythe d'origine de la rougeole obtenu auprès d'un ~*kubu* du clan Wari diputiro (rivière Urucu), l'ancêtre des Blancs Suribo ~Goabi était en train de faire cuire des perles de verre dans une marmite lorsqu'il laissa malencontreusement tomber sur le sol l'écume de cuisson qui se convertit alors en rougeole. L'exanthème représente, ainsi, l'écume de cuisson qui sort sur le corps du malade sous forme de perles, en d'autres termes dans les maculo-papules caractéristiques de cette affection²³.

Dans une variante du clan ~Kehiripora (rivière Tiquié), les premières femmes blanches de l'humanité cueillirent les perles de verre suspendues sur un arbre comme des fruits pour en faire des colliers qu'elles offrirent ensuite aux premières femmes indiennes. Celles-ci tombèrent peu après malades, les perles se convertissant en maculo-papules :

« Les perles de verre se sont transformées en maladie, ce sont ces perles qui se sont transformées dans la maladie que nous connaissons comme rougeole. Cette maladie est une maladie des Blancs. Les perles de verre sont vraiment devenues cette maladie » (Luis, Tiquié 1991).

Une variante tukano du second mythe précise, en outre, que les petites perles de verre sont responsables des manifestations cutanées de la rougeole et que celles de grosse taille — nommées en portugais *palaque* selon mon informateur — sont à l'origine des manifestations exanthémateuses de la variole :

« Les premières femmes blanches de l'humanité ont fabriqué aussi ces colliers de *palaque*, ces colliers faits de grosses perles... Quand les premières femmes indiennes du monde mirent à leur cou ces colliers de *palaque*, les perles se transformèrent en variole, elles devinrent la variole » (Angêlo, Tiquié 1991).

Les manifestations cutanées de la variole sont, en effet, légèrement différentes de celles de la rougeole²⁴. Elles évoluent, à tout le moins dans la forme classique

de cette maladie, selon quatre phases en l'espace de 4 à 5 jours : macule, puis papule indurée, ensuite vésicule dure, de forme régulière, remplie d'une sérosité claire et ombiliquée et, enfin, au 4^e ou 5^e jour, pustule entourée d'une auréole inflammatoire et ombiliquée en son centre (Angulo, 1976 : 81 ; Gentilini, 1993 : 398). La référence aux perles de grosse taille faite par mon informateur tukano semble ainsi se référer à l'auréole ou halo qui encercle la pustule (4^e stade), lui conférant l'aspect d'une grosse pustule (c'est-à-dire, dans la conception indigène, d'une perle de grosse taille)²⁵.

Les trois mythes que je viens d'évoquer spécifient, en outre, que, seuls, les Indiens furent atteints par ces deux maladies, c'est-à-dire que les perles ne se convertirent en rougeole et en variole que pour eux, l'ancêtre des Blancs et les premières femmes blanches de l'humanité n'en étant pas victimes. Cette observation des Desana relative à la sélectivité pathologique de ces deux infections virales a un fondement historique et épidémiologique indéniable. Au moment de la colonisation du haut Rio Negro (à partir de la moitié du XVIII^e siècle) la variole et la rougeole étaient des maladies très anciennes en Europe où elles sévissaient de manière endémique et explosaient en épidémies à intervalles plus ou réguliers (entre 2 à 5 ans), décimant surtout les enfants (Crosby, 1972 : 46). Il est donc permis de supposer que la majorité des Blancs (colons, missionnaires ou militaires) qui avaient entrepris le voyage jusqu'au Brésil et pénétraient dans la région du haut Rio Negro avaient pu développer contre elles une immunité durable, ayant déjà été exposés à ces deux maladies. Ce qui n'était pas le cas pour les Indiens qui se confrontaient pour la première fois à ces deux infections, lesquelles, à l'époque des premiers contacts, devaient se manifester d'une manière particulièrement foudroyante et affecter indifféremment toutes les tranches d'âge. Il semble donc évident que la santé et la vitalité apparentes des Blancs, qui contrastaient fortement avec les indices élevés de morbidité et de mortalité des Indiens, eurent un profond impact sur la conceptualisation par les Desana de ces deux infections virales. Elles devinrent ainsi une dimension fondamentale non seulement de leur perception historique et culturelle de ces deux maladies, mais également de celle des Blancs et des objets manufacturés. Nous y reviendrons.

Ces trois mythes, bien que présentant quelques variations de détail sur le mécanisme de production des deux fièvres éruptives, établissent ainsi clairement trois choses : qu'elles sont le produit involontaire d'une action des Blancs ; qu'elles ne frappent que les Indiens et, enfin, que les manifestations cutanées, caractéristiques de ces deux infections virales, empruntèrent leur forme aux perles de verre, lesquelles ont constitué un bien de troc important lors des premiers contacts des Indiens de la région du haut Rio Negro avec les Blancs.

2) Grippe

Sous le terme de grippe, on classe toute une série de maladies respiratoires aiguës, très contagieuses, qu'il est difficile de différencier dans leurs manifestations cliniques. La période d'incubation est courte, suivie de la période d'invasion brutale révélée par un malaise général, des frissons intenses, une fièvre élevée et des céphalées. La période d'état est marquée par une fièvre élevée, des douleurs

corporelles diffuses, des céphalées vives (frontales ou rétro-orbitaires), un catarrhe des voies respiratoires supérieures et par différents signes fonctionnels (c'est-à-dire sans atteinte organique), tels que photophobie, myalgies, lombalgies, arthralgies etc. Le catarrhe peut être accompagné ou précédé d'un écoulement nasal, d'une toux sèche et de maux de gorge.

« La grippe vient des objets des Blancs, de leurs marchandises, de leur nourriture... La grippe des Blancs est très contagieuse. Elle attaque tout le monde, elle survient peu après l'arrivée des bateaux ou des avions transportant les marchandises », disent souvent les Indiens Desana.

L'assimilation opérée par les Indiens du haut Rio Negro entre la grippe, les Blancs et leurs possessions était déjà notée par les missionnaires salésiens :

« Il n'est pas rare, sur le fleuve Uaupés ou sur ses affluents, qu'un étranger soit interrogé par les Indiens : 'Est-ce que tu transportes la grippe ?', lui demandent-ils. Si la personne interrogée a la bêtise de répondre par l'affirmative, ils l'abandonnent aussitôt, se refusant à l'aider à faire passer son embarcation dans les rapides, ou à décharger ses marchandises et ses bagages. Les Indiens ont une peur panique de la grippe des Blancs » (Prelazia de São Gabriel, 1936 : 129-130).

« (...) En affirmant que le 'catarrhe' (ou grippe) est à l'intérieur des caisses de marchandises, nous les avons souvent vu fuir le village de Pari Cachoeira à la simple rumeur que le bateau de la mission transportait aussi la grippe » (Brüzzi, 1977 : 254).

Les commerçants itinérants (*regatões*) n'hésitaient pas, d'ailleurs, à exploiter cette crainte des Indiens pour arriver à leurs fins, renforçant ainsi, indirectement, l'association établie par ceux-ci entre les Blancs, les objets manufacturés et cette maladie :

« Des Colombiens, qui revenaient de Manaus avec de nombreuses marchandises demandèrent comme d'habitude aux Indiens de les aider à les transporter par le chemin. Les Indiens, qui avaient entendu dire qu'ils étaient grippés, répondirent : 'Non, vous transporterez vos marchandises par le fleuve. Vous avez la grippe! Nous ne vous aiderons pas à faire passer vos pirogues par le rapide'. Les Colombiens demandèrent, insistèrent, supplièrent, promirent de bien les payer, mais tout fut inutile (...). L'un des Colombiens eut alors une idée magique! (...). Il dit aux Indiens à haute voix et de manière décidée : 'Ou vous nous aidez à faire passer nos marchandises ou j'ouvre tout de suite les caisses et je sème ainsi la grippe dans vos villages et vous mourrez tous' (...). Les Indiens, sans perdre de temps, se mirent à transporter la « grippe en caisse » (*catarro encaixotado*) avant qu'elle ne soit répandue dans leurs villages » (Prelazia de São Gabriel, 1936 : 131-132).

La diversité des manifestations cliniques de la grippe explique sans doute pourquoi, et contrairement à la majorité des maladies traditionnelles ainsi qu'à la variole et à la rougeole, cette infection n'a pas fait l'objet d'une étiologie mythique. Ce qui n'empêche nullement les *~kubu* de la traiter par le biais d'incantations thérapeutiques appropriées. On peut dire, en outre, qu'il n'existe pas, à proprement parler, de théorie indigène générale de la grippe, en dehors, naturellement, de son identification causale aux objets des Blancs.

Chaque ethnie de la région du haut Rio Negro, voire chaque clan, possède un répertoire d'incantations thérapeutiques spécifiques destinées à soigner les diffé-

rents symptômes de la grippe, Les incantations thérapeutiques sont ainsi des élaborations métaphoriques des manifestations cliniques variées de cette maladie.

« Nous ignorons comment les Blancs ont fabriqué la grippe (...). Nous avons donc cherché, en faisant une comparaison avec notre culture, ce qui, dans celle des Blancs, pourrait provoquer les symptômes de cette maladie » (Dorvalino, Cucura 1993).

Certains *~kubu* Desana, après avoir établi une comparaison entre la grippe des Blancs et une maladie autochtone banale, dénommée *~eho* « catarrhe », qui se caractérise essentiellement par une rhinorrhée, des céphalées, des maux de gorge, de la fièvre et serait provoquée par les parures de plumes cérémonielles des ancêtres portées durant les rituels, ont-ils ainsi cherché ce qui, dans la culture occidentale, pourrait s'assimiler à leurs parures ancestrales. Pour cette raison, ils invoquent aujourd'hui dans leurs incantations les épines de la couronne de Jésus Christ ou les épingles à cheveux des femmes blanches qui transpercent le cerveau, provoquant des maux de tête, les branches des lunettes qui appuient sur les oreilles, causant les douleurs auriculaires, les verres de lunettes qui compriment la rétine, provoquant les douleurs orbitaires et les troubles de la vision²⁶. D'autres *~kubu* expliquent les différents types de céphalées dont est victime la personne grippée par l'existence d'un moteur qui fonctionne dans sa tête. La majorité des *~kubu* s'accordent, par contre, pour expliquer la fièvre par la superposition sur le corps du malade de différents vêtements des Blancs. Dans tous les cas, les incantations thérapeutiques auront pour but de retirer du corps du malade tous les objets des Blancs qui causent leurs maux, puis à le rafraîchir en invoquant le froid des étoiles ou la rosée du matin.

3) Paludisme²⁷

L'entité nosologique « paludisme »²⁸ est désignée par le terme vernaculaire *~diba-kiri*, dont la caractéristique clinique la plus spectaculaire est l'apparition d'une fièvre intermittente, qui revient à intervalles réguliers, et que les Desana dénomment *~diba-kiri duhabehari* « fièvre qui revient (*duha*) et passe (*beha*) » ou, encore, *~diba-kiri deyuabehari* « fièvre qui apparaît (*deyua*) et passe (*beha*) »²⁹. *~Diba-kiri* signifie littéralement « qui renferme du poison », *~diba* étant l'expression vernaculaire du poison végétal utilisé dans la chasse, le curare³⁰. Le paludisme est ainsi conçu par les Desana comme une sorte d'empoisonnement ou de contamination de la personne par un poison végétal, en l'occurrence le curare, conception qu'attestent son nom vernaculaire ainsi que deux mythes d'origine de cette maladie — et de son existence sous forme endémique — dans le monde humain. Selon le premier, en effet, le Demiurge *~Si*, blessé à la gorge par une flèche de sarbacane enduite de curare par le Créateur qui voulait le punir d'avoir détruit l'humanité en provoquant un déluge, vomit, avant de mourir, le paludisme aux quatre coins de l'univers. Selon le second, Gaye, le chamane aigle-harpie, blessé lui aussi à mort par une flèche empoisonnée au curare, s'écrasa sur le sol. En explosant, ses os contaminèrent de malaria le monde entier :

« C'est pour ces raisons que le paludisme existe dans le monde entier, tant parmi les Blancs que parmi les Indiens, car *~Si* vomit cette maladie dans tout l'univers et l'os de Gaye, en explosant, a aussi contaminé le monde avec la malaria » (Raimundo, Urucu 1992).

On peut sans doute rattacher à cette association mythique entre le paludisme et le curare l'état d'apathie paludéenne des Indiens que les chroniqueurs et les missionnaires ont souvent signalé³¹, l'effet physiologique du curare étant, on le sait, de paralyser le gibier fléché. Le mythe de ~Si donne d'ailleurs aussi l'origine de la maladie dénommée *biari* qui se caractérise par un état de torpeur et une sorte d'endormissement des membres inférieurs (paraplégie ?), affection que les Desana classent parmi les « maladies de l'univers » ou attribuent à la sorcellerie chamanique.

Ces deux mythes établissent ainsi clairement l'existence sous forme endémique du paludisme dans le monde humain. Sur ce fond d'endémie, des poussées épidémiques saisonnières, plus ou moins importantes, peuvent se greffer que les Desana attribuent à différentes causes.

a. Paludisme et fruits gras

Tout accès palustre survenant en décembre et fin mars-début avril est associé par les Desana aux grenouilles *ohoka ~basa* (non identifiées) qui chantent seulement à deux époques de l'année, début décembre pour annoncer la floraison de l'arbre *umari* (*Poraqueiba sericea* Thul.) et en mars-avril à la fin de la récolte de ce fruit. Un mythe associe d'ailleurs la floraison de cet arbre, la récolte de ses fruits, le chant de ces grenouilles et l'apparition des fièvres palustres. Selon ce mythe, un Desana périt de cette maladie après avoir porté, en cachette des grenouilles, leurs parures cérémonielles et bu leurs boissons. Toute crise palustre (accès aigu individuel ou poussée épidémique) survenant à ces deux époques est dénommée « fièvres palustres des grenouilles *ohoka ~basa* » (*ohoka ~basa-ya ~diba-kiri*) et catégorisée comme « maladie de l'univers » :

« Tout le monde peut être victime de cette forme de malaria au cours de ces périodes, que l'on mange ou non des fruits *umari*... Mais le malade doit éviter d'en consommer » (Luis, Tiquié 1991).

Comme mesure prophylactique, les chamanes - ~*kubu* faisaient autrefois, au bénéfice de leur communauté, deux cérémonies chamaniques de défense : l'une juste avant la floraison de l'arbre *umari* (novembre), l'autre à la fin de la récolte de ses fruits (avril).

Il est intéressant de signaler que l'*umari* est un fruit très gras et que l'association paludisme-aliments gras est fréquente en Amazonie et dans d'autres régions du monde. Elle a, ainsi, été signalée chez les Marubo, un groupe indigène Pano d'Amazonie brésilienne (Montagner-Melatti, 1985 : 196-197) ou chez les Mossi du Burkina Faso (Bonnet, 1986 : 38). Le naturaliste anglais Wallace signalait déjà au XIX^e siècle sur le Rio Negro une association entre les fièvres palustres et la consommation du fruit de palmier *bacaba* (*Oenocarpus bacaba* Martius), dont l'huile était souvent utilisée dans l'alimentation comme « substitut de l'huile d'olive » :

« L'on dit (...), dans les districts où prévalent les fièvres intermittentes, que celles-ci sont causées par ce fruit (*bacaba*) et que ces fruits sont particulièrement nocifs pour les personnes qui récupèrent de ces maladies » (1971 : 29).

Il est difficile de dire si cette association aliments (fruits) gras-paludisme a un quelconque fondement biologique. Il est, toutefois, permis de supposer que ces fruits provoquent une surcharge sur le foie, par ailleurs un organe profondément débilité dans les phases de paludisme aigu ou chronique.

La floraison de l'arbre *umari* et la fin de la récolte de ses fruits correspondent, en réalité, aux périodes de transition entre saisons humide et sèche (début décembre) et fin de la saison sèche-début de la saison humide (fin mars-début avril) dans la région du haut Rio Negro. C'est aussi l'époque de la pêche des petits poissons, que les Desana dénomment les « poissons d'été » (*bohori wai*), dans les eaux stagnantes des ruisseaux et, enfin, celle où ils défrichent la forêt pour l'ouverture de leurs plantations, créant ainsi, artificiellement, des conditions idéales pour l'engendrement des larves d'anophèles.

Outre les fruits gras, les poussées épidémiques palustres peuvent être associées plus directement par les Indiens Desana aux variations saisonnières du niveau des eaux.

b. Poches d'eau, « pots de paludisme » et moustiques

Les Desana disent souvent que les rochers des nombreux rapides de la région renferment des « pots de paludisme » (~ *diba-kiri sorori*) que leurs chamanes apprirent autrefois à fermer mais qui peuvent s'ouvrir ou s'ébrécher lors des inondations annuelles, lorsque l'eau du fleuve les baigne continuellement :

« Ces fièvres palustres attaquent en période d'inondation... Lors de la saison sèche, les pots sont exposés au soleil qui fait fermenter leur contenu [paludisme]. En période de crues, la pluie lave ces pots qui peuvent alors s'ébrécher, s'entrouvrir, libérant de cette manière le paludisme dans le fleuve » (Raimundo, Urucu 1992).

Les ~ *kubu* recommandent toutefois de ne pas prendre de bains prolongés dans la rivière ni de boire beaucoup d'eau au début des périodes de crues, la malaria ayant pu s'échapper dans la rivière (et la contaminer) au travers de leurs brèches. Cette forme de paludisme est dénommée « paludisme du fleuve » (~ *bi* ~ *diba-kiri*) ou « des rapides » (~ *itã-budi* ~ *diba-kiri*) et est généralement classée parmi les « maladies de l'univers ».

Cette conception des « pots de paludisme » est à l'origine de certaines craintes des Indiens relatives à la destruction des rochers des rapides et provoqua de nombreux conflits avec les missionnaires salésiens et les militaires qui, à diverses reprises, voulurent les dynamiter afin d'arracher des pierres pour les assises des bâtiments des missions, pour faciliter la navigation ou pour construire des petites usines hydro-électriques. Les chamanes de la région attribuent d'ailleurs la flambée palustre qui décima le village de Taracua-ponta en 1932 (*cf. supra*) « au fait d'avoir arraché des pierres de la Cataracte de la Cassave » (Brüzzi, 1977 : 298) et associent l'incidence élevée du paludisme dans le territoire des Indiens Yanomami au dynamitage, par les orpailleurs, des pierres des rivières, qui libère ainsi le paludisme dans leurs eaux. Tous les « pots de paludisme » des rapides sont dits être reliés entre eux par une corde invisible et il suffit que l'un d'entre eux s'entrouvre ou s'ébrèche et déverse son contenu dans le fleuve pour que tous fassent de même, ce qui, pour les Desana, explique les poussées épidémiques palustres survenant dans

différentes parties de la région du haut Rio Negro (du territoire Yanomami également).

Il ne fait aucun doute que cette représentation des « pots de paludisme » trouve son fondement dans l'observation faite par les Indiens de l'existence de petites poches d'eau dans les excavations des rochers des rapides au cours de la période de sécheresse :

« Nous, nous voyons des trous [remplis d'eau] dans les rochers des rapides mais les chamanes-jaguars et les *~kubu* voient des pots... ils disent que ce sont des pots de paludisme » (Raimundo, Urucu 1994).

Les Desana ont également remarqué qu'en périodes de poussées épidémiques palustres les moustiques prolifèrent à proximité de ces poches d'eau. Ces moustiques sont, d'ailleurs, considérés par les Indiens comme les habitants des « pots de paludisme » (*~diba-kiri sorori ~bahada*). Le lien établi par les Desana entre l'incidence du paludisme, les variations saisonnières du niveau des eaux, les collections d'eau (stagnante) et la prolifération des moustiques serait-il ainsi l'indice chez eux d'une conception de maladie à vecteur ? Reconnaissent-ils véritablement le rôle des moustiques dans la transmission et la propagation du paludisme ?

« Quand les pots de malaria sont ouverts ou ébréchés les moustiques qui y vivent s'échappent ... Ils envahissent nos maisons et propagent la malaria en piquant l'un ou l'autre. Mais nous pouvons tout aussi bien être contaminés en buvant l'eau de la rivière, en respirant, ou en mangeant des fruits » (Raimundo, Urucu 1994).

Les moustiques, dénommés en desana *~diba-kiri ~bidea* « moustiques de malaria » ou, encore, *~diba-kiri ~basa* « gens de la malaria », sont, certes, bien reconnus par les Indiens Desana comme étant également à l'origine des accès palustres qui peuvent survenir chez toute personne vivant dans les régions proches des rapides au cours des périodes de crues ou au début des périodes de sécheresse. Mais il est plus que probable que l'information technique sur le rôle des piqûres de moustiques dans la transmission et la propagation du paludisme leur a été révélée par le personnel de la SUCAM lors des nombreuses campagnes d'éradication de cette maladie réalisées dans la région à partir de 1961. Il y aurait donc là intégration d'un élément de connaissance exogène dans les systèmes cognitifs et thérapeutiques traditionnels qui, loin d'invalider leur logique et leur cohérence internes, les enrichit au contraire, contribuant ainsi à une réaffirmation de la validité de l'univers conceptuel de ces Indiens. En effet, les moustiques, qui sont censés résider dans les « pots de paludisme », sont domestiqués et contrôlés par les chamanes lesquels, par le biais d'incantations appropriées, ont la capacité de les replacer dans les pots avant de refermer ces derniers pour mettre un terme aux attaques palustres des périodes de transition entre les saisons sèche et humide. Les chamanes ont donc le contrôle total des « pots de paludisme » et de leur contenu, pouvant, d'ailleurs aussi, les ouvrir et libérer, de cette manière, le paludisme dans la rivière (et les moustiques dans les maisons). Crises individuelles et/ou poussées épidémiques palustres peuvent ainsi être également imputées à la sorcellerie des *~kubu* ou à celle des chamanes-jaguars.

CONCLUSION : LA NATURE CONTAGIEUSE DES BLANCS

On voit ainsi, à partir de l'analyse de ces quelques représentations chamaniques, que la reconnaissance par les Desana de l'origine exogène de ces diverses maladies est sélective : si la rougeole, la variole et la grippe sont indissolublement liées aux Blancs et aux objets manufacturés, le paludisme, en revanche, sous ses formes endémique et épidémique, est considéré comme une maladie autochtone, étant interprété soit comme une maladie naturelle (« maladie de l'univers »), soit comme le résultat d'une agression chamanique. Il ne fait aucun doute que la reconnaissance, par les Desana, de la sélectivité pathologique de ces quatre maladies a contribué à leur caractérisation étiologique, ainsi qu'à l'identification d'une spécificité (la contagion) parmi les maladies qu'ils attribuent aux effets du contact interethnique. Comme on le voit clairement, le lien entre représentations chamaniques et données bio-médicales n'est pas arbitraire : il repose sur une observation minutieuse et exhaustive des caractéristiques objectives (épidémiologiques) de ces différentes maladies.

La spécificité des maladies que les Desana associent avec les Blancs — leur nature contagieuse — renvoie à une différence biologique entre Blancs et Indiens, inscrite dans leur mythe d'origine de l'humanité. Dans ce mythe, en effet, l'ancêtre des Blancs Suribo ~Goabi, dont l'identité fut déterminée par sa maîtrise du fusil qui avait été offert aux ancêtres de l'humanité par le Créateur, acquiert, par décret de ce dernier, le pouvoir technologique, c'est-à-dire la capacité de fabriquer à l'infini des objets manufacturés. Selon le même mythe, il fut aussi le seul à absorber sans crainte la coca³² « de l'immortalité » ou « de multiplication des gens », malgré la présence menaçante, sur le bord de laalebasse, d'animaux et d'insectes venimeux. C'est pourquoi, disent les Desana, les Blancs « changent de peau » (c'est-à-dire de vêtements), se multiplient vite et vivent longtemps. Effrayé par ces animaux et ces insectes, l'ancêtre des Indiens n'osa pas, en revanche, s'approcher de laalebasse de coca, scellant de cette manière le destin des Indiens du haut Rio Negro. Contrairement à la population de cette région, condamnée à une vie brève et à un déclin démographique continu, les Blancs jouissent ainsi d'une extrême capacité de reproduction, analogue à celle de leurs objets et, finalement aussi, de leurs maladies. Contagiosité extrême et sélectivité pathologique apparaissent donc comme des dimensions fondamentales de la perception historique et culturelle des maladies que les Desana associent avec les Blancs, participant également de la conceptualisation indienne des Blancs et des objets manufacturés.

Les épidémies dévastatrices et la technologie occidentale sont souvent perçues par les sociétés amérindiennes comme associées et comme la manifestation d'une sorte de pouvoir « surnaturel » ou « magique » des Blancs (MacNeill, 1978, Martin, 1978, Trigger, 1985, Axtell, 1985). Une telle conception aurait, selon certains historiens et ethnologues, favorisé la pénétration et l'expansion européennes dans les Amériques et précipité le processus de conversion au christianisme des Indiens (MacNeill, 1978, Martin, 1978). Bien que la nature exacte d'un tel pouvoir n'ait jamais été explicitée par les ethnologues, il apparaît clairement que, pour les Desana, ce pouvoir, manifeste dans l'apparente immunité des Blancs aux maladies

contagieuses, leur multiplicité, leur grande maîtrise technique et, aussi, leur opulence ou richesse repose sur la capacité démesurée de reproduction et de dissémination de ces derniers, ainsi que de celle de leurs possessions (objets manufacturés, maladies), qui ne semble pouvoir s'exprimer qu'au détriment de la propre existence et réalité des Indiens. Tel est, d'une certaine manière, le sens de la malédiction du Créateur qui voulut punir les Indiens pour leur incapacité à utiliser le fusil et en raison de leur refus à s'approcher de laalebasse de coca :

« Ainsi vous resterez. Vous chanterez une seule fois dans votre vie. Vous tomberez malades et vous mourrez. Le père de deux garçons mourra. Les nouveaux-nés, les enfants et les adolescents mourront. Les célibataires mourront. Les vieux mourront. Vous mourrez tous »*.

* Manuscrit reçu en janvier 1995, accepté pour publication en mai 1995.

NOTES

1. Cet article est la version remaniée et augmentée d'une communication au symposium « Epidemics and Interethnic Contact » coordonné par Alcida R. Ramos (Université de Brasília) et Dominique Buchillet (ORSTOM, Paris-X Nanterre) qui s'est tenu en juillet 1994 à Uppsala lors du 48^e Congrès international des Américanistes. Le matériel sur lequel repose ce travail a été recueilli au cours de plusieurs missions dans la région du haut Rio Negro au cours des années 1991-1994 dans le cadre de la coopération scientifique ORSTOM/CNPq/Université de Brasília. Je remercie B. Albert (ORSTOM), M. Cot (ORSTOM), P. Menget (Paris-X Nanterre), J. Galinier (Paris-X Nanterre), P. Seed (Rice University) et C. Coimbra (FIOCRUZ) pour leurs commentaires de cette communication ou leur lecture critique des versions antérieures de ce travail. Cet article a, de plus, bénéficié, des discussions avec les épidémiologistes et les parasitologues de l'ORSTOM, en particulier, P. Gazin, M. Cot et F. Legros que je remercie ici. Je remercie enfin l'Instituto Sócio-ambiental de São Paulo pour m'avoir permis de reproduire leur carte de la région du Rio Negro. Je suis, néanmoins, entièrement responsable des idées exprimées dans ce travail.

2. Je me réfère ici aux maladies infectieuses d'origine virale ou parasitaire qui ont été introduites dans le Nouveau Monde par les Européens et leurs esclaves africains et ont exercé un lourd tribut sur les populations amérindiennes, telles que variole, rougeole, grippe, paludisme, fièvre typhoïde, diphtérie, peste bubonique. Ce qui ne signifie nullement que l'Amérique pré-colombienne était exempte de maladies infectieuses, *a disease free paradise*, comme certains chercheurs ont pu l'écrire (Neel, 1970 : 819 ; MacNeill, 1978 : 178). Outre les infections parasitaires zoonotiques, qui constituaient probablement l'essentiel des pathologies dont souffraient les populations pré-colombiennes (Wirsing, 1985), l'existence de la tuberculose (ou d'une maladie similaire) ainsi que de certaines formes de tréponématose a été attestée par les découvertes récentes en paléopathologie et en anthropologie physique sur des ossements humains ou sur des vestiges de tissus momifiés. Voir Verano et Uberlaker (éds.), 1992.

3. Sur la conceptualisation des Indiens en fonction des intérêts politico-économiques des Européens, voir, entre autres, Reff, 1991, Seed, 1992 et 1993.

4. Voir en particulier Ashburn, 1947, Dobyns, 1983 et Crosby, 1972.

5. Voir, par exemple, Dobyns, 1966, Neel, 1970, Black *et al.*, 1977, Joralemon, 1982, Thornton, 1986 et 1987, Henige, 1986, Thornton, Millet et Warren, 1991 et Snow et Lanphear, 1988.

6. A quelques exceptions près, voir, par exemple, Albert, 1988 pour les Yanomami et Gallois, 1991 pour les Waiâpi.

7. « Maladies de Blancs » : Hill, 1983 pour les Wakuenai ; Correa, 1987 pour les Cubeo ; Verani, 1991 pour les Kuikuru ; Gallois, 1991 pour les Waiâpi ; Viveiros de Castro, 1977 pour les Yawalapiti ; Losonczy, 1990 pour les Embera. « Maladies infectieuses » : Montagner-Melatti, 1985 pour les Marubo. « Maladies (de) civilisé » : Conklin, 1994 pour les Wari'. « Epidémies » : Chagnon et Melancon, 1984, Albert, 1988, Albert et Gomez, 1995 pour les Yanomami.

8. Les Desana, qui s'autodénoient *-Ibiko ~basa*, les « Gens de l'Univers », occupent en habitat dispersé les rives du Uaupés et de ses affluents Tiquié et Papuri dans la région du haut Rio Negro au Brésil et dans le Département du Vaupés en Colombie. Environ un millier au Brésil, distribués en une cinquantaine de communautés, ils maintiennent avec les autres groupes ethniques de la région (des familles linguistiques Tukano orientale, Arawak et Maku) des relations matrimoniales et/ou économiques intenses. Leur subsistance repose sur l'horticulture du manioc amer (*Manihot esculenta* Cranz) complétée par la pêche, la chasse et la cueillette (fruits, insectes), la pêche fournissant l'essentiel des protéines dans leur alimentation.

9. Créé en 1621, l'État du Maranhão et Grão Pará avait une administration séparée du reste de l'Amérique portugaise et des relations directes avec Lisbonne. Plusieurs épidémies de variole et de rougeole ravagèrent cet État : 1621, 1644, 1662, 1690, 1724, 1740, 1790, etc. Voir Vianna, 1975 [1908] et Sweet, 1974.

10. A tout le moins sous sa forme majeure. La variole a deux formes distinctes sur le plan épidémiologique, mais non différenciées sur le plan clinique et c'est leur coefficient de mortalité qui permet d'établir un diagnostic différentiel : la variole majeure (*bexiga* ou *variola* au Brésil) a un coefficient de mortalité de 25 à 30 % et la variole mineure (*alastrim* ou *varicela* au Brésil) de 1 % (Angulo, 1976 : 80 ; Hopkins, 1983 : 5-6).

11. La température et l'humidité jouent un rôle fondamental dans la persistance de l'infectivité du virus de la variole en milieu extérieur. Il perdrait ainsi sa capacité infectieuse à une température de 39°C et une humidité de 60 %, pouvant rester infectieux dans du coton pendant environ 18 mois à une température de 20-24°C et une humidité de 55 % (Upham, 1986 : 119).

12. Selon Ball (1977 : 243-245 ; Larocque, 1988 : 11) une épidémie de rougeole en terre vierge cause la mort de 20 à 30 % de la population infectée. Toutes les classes d'âge sont également atteintes (Cockburn, 1963 : 85), alors qu'une maladie endémique ou une épidémie récurrente frappe surtout les jeunes et les vieux (Armélagos *et al.*, 1978 : 81 ; Larocque, 1988 : 11). Enfin, le taux de mortalité est particulièrement élevé au tout début de l'épidémie, taux qui pourra être accru par les décès consécutifs aux infections secondaires fréquentes (Black *et al.*, 1977 : 120 ; Larocque, 1988 : 11).

13. Plantes tinctoriales, odoriférantes ou médicinales, graines oléagineuses, condiments, noix du Pará, lianes, fibres de *piassaba* etc.

14. Voir, en particulier, Sampaio, (1985 [1826]) et Rodrigues Ferreira, (1983 [1885-1888]).

15. Jusqu'à la découverte en 1880 par Laveran des plasmodies dans le sang des malades impaludés et en 1897 et 1898, respectivement par Ross et Grassi, du rôle des moustiques anophèles dans la transmission du paludisme, cette maladie était attribuée essentiellement à l'inhalation de miasmes provenant de la putréfaction d'éléments végétaux et animaux, d'où, d'ailleurs, son nom italien *mala aria* « mauvais air ». Ces deux découvertes — agent étiologique du paludisme (*Plasmodium*) et hôte-vecteur (anophèle) — ont ainsi confirmé la constatation empirique faite au cours des siècles précédents d'une relation entre zones marécageuses et fièvres palustres et les fièvres des marais d'Europe et les intermittentes des tropiques ont rapidement été assimilées. Sur l'histoire du paludisme, voir Cloudsley-Thompson (1976 : 84-101) et Gentilini (1993 : 91-92).

16. La SUCAM était l'agence gouvernementale brésilienne responsable de la lutte contre le paludisme et autres maladies endémiques. Elle a été remplacée récemment par la Fondation Nationale de Santé, une annexe du Ministère de la Santé brésilien.

17. Dans le cadre du programme militaire et de développement économique Calha Norte (Buchillet, 1990).

18. Si l'origine exogène de la variole, de la rougeole et de la grippe dans le Nouveau Monde a toujours été un fait établi (Dobyns, 1966), celle du paludisme, en revanche, constitue depuis longtemps un objet de controverses passionnées. Bruce-Chwatt (1965) est ainsi d'avis que la malaria y était endémique avant les premiers contacts. Par contre, Dunn (1965), Giglioli (1968) et Neel (1970 et 1982), entre autres, concluent que la malaria était inconnue dans l'hémisphère occidental avant l'arrivée des Européens et de leurs esclaves africains qui auraient introduit dans les Amériques trois des quatre espèces plasmodiales responsables de la malaria humaine (*P. falciparum*, *vivax* et *malariae*). Cela sur la base de données historiographiques (aucune mention, dans les premières sources coloniales sur l'Amérique, d'une maladie qui soit assimilable au paludisme) et biomédicales (inexistence parmi les Indiens de certains mécanismes génétiques de résistance à la malaria que l'on a pu trouver parmi plusieurs populations africaines et vulnérabilité biologique extrême des Indiens à cette maladie). Des recherches récentes (Wood, 1975) tendent à confirmer cette dernière hypothèse.

19. Selon Lacorte et Veronesi (1976 : 17) la grippe aurait également la potentialité de se transmettre par le biais de vêtements, d'objets et d'ustensiles variés.

20. *Behari* qualifie parfois certaines « maladies de l'univers » de passagères, telles que les céphalées, fréquentes, au retour des plantations de manioc qui seront ainsi dénommées *dipuru ~ diari behari* « céphalées passagères » ou *~ ibiko behari* « maladie de l'univers passagère ».

21. Variole et rougeole sont causées respectivement par des virus des groupes *Poxvirus* et *Paramyxovirus*. L'exanthème survient après une brève période d'incubation asymptomatique et une courte période d'invasion (3 ou 4 jours) caractérisée par une fièvre élevée, accompagnée, dans le cas de la variole, de vives céphalées et, dans le cas de la rougeole, d'un écoulement nasal abondant, d'un larmolement caractéristique (catarrhe oculo-respiratoire) et de l'apparition de taches blanchâtres sur la muqueuse buccale (signe de Koplick).

22. Perles en verre, miroirs, clochettes, tissus de coton, hameçons, couteaux, hâches, machettes etc., sont les objets habituellement offerts aux Indiens lors des premiers contacts avec les Européens ou constituent les objets de troc habituels des voyageurs.

23. Les manifestations cutanées de la rougeole consistent en l'apparition de maculo-papules rouges ou roses vif, infiltrées et de plusieurs millimètres à 1 centimètre de diamètre, pouvant confluer en placards, mais laissant toujours des intervalles de peau saine (Gentilini, 1993 : 389).

24. En médecine occidentale, c'est d'ailleurs l'exanthème qui donne son nom à ces deux maladies et c'est seulement au XVIII^e siècle que la variole (du latin *vari* « tubercules », « boutons » ou *varius* « varié », « tacheté », « bariolé » sera réellement différenciée de la rougeole grâce à une étude minutieuse de l'éruption cutanée (Darmon, 1986 : 21, 27).

25. Par contre, le dictionnaire Aurelio Buarque de Holanda Ferreira de la langue portugaise du Brésil définit *palaque* comme « variété de cloche » (s.d., : 1019), ce qui pourrait se référer à l'évolution en vésicule (c'est-à-dire, en forme de cloche) de l'éruption cutanée.

26. Une forte fièvre et de vives céphalées provoquent généralement des troubles de la vision.

27. Il est, bien évidemment, difficile d'affirmer, en l'absence d'un examen parasitologique attestant de l'existence des plasmodies dans le sang, que les « fièvres intermittentes », parfois définies dans les sources historiques comme « pernicieuses » ou « malignes » se réfèrent toutes et univoquement au paludisme. Les fièvres intermittentes peuvent ainsi caractériser d'autres maladies, telles que les borrélioses, certaines salmonelloses et infections à germes banaux (F. Legros, communication personnelle). Toutefois, l'existence du paludisme est attestée scientifiquement dans le haut Rio Negro par la SUCAM. Selon les données de cette dernière, en effet, *P. vivax* et *falciparum* co-existent dans cette région, le *falciparum* ayant récemment été réintroduit suite à l'invasion d'orpailleurs originaires de régions où cette espèce plasmodiale est largement répandue (États de Roraima et Acre principalement).

28. Le paludisme débute par une période d'incubation cliniquement muette de durée variable (de 6 à 21 jours selon le type de parasite et l'importance de l'infestation), suivie par une période d'invasion (paludisme primaire ou de primo-invasion) annoncée par un malaise général et caractérisée par la fièvre qui peut être continue. Puis s'installe le paludisme secondaire ou aigu dont les manifestations cliniques peuvent être séparées par des périodes de latence plus ou moins longues, interrompues par des reviviscences ou rechutes et dont les accès se déroulent d'une manière stéréotypée, se caractérisant par la succession de trois stades : frissons, chaleur et sueur. Le paroxysme fébrile correspond à l'éclosion d'une nouvelle génération de parasites dans le sang (Cloudsley-Thompson, 1976 : 78-79 ; Gentilini, 1993 : 103).

29. *~ Diba-kiri* sert aussi à désigner toute condition fébrile survenant comme symptôme d'une autre maladie. Sur le plan sémantique, les Desana différencient la fièvre de l'entité nosologique « paludisme » en lui adjoignant le nom de la maladie, comme dans l'exemple *sarapo ~ diba-kiri* « fièvre de rougeole » ou, encore, *gripe ~ diba-kiri* « fièvre de grippe ».

30. *Strychnos sp.*

31. Les missionnaires et les chroniqueurs, comme nous l'avons vu, attribuent généralement l'état d'apathie et le manque de vitalité des Indiens au paludisme, les considérant comme un effet à long terme de l'impaludation. Cette opinion est d'ailleurs fréquemment émise dans la littérature historique et médicale (voir, par exemple, Cloudsley-Thompson, 1976 : 76, 87). Il semblerait cependant qu'aucun effet direct du parasite du paludisme sur le système nerveux n'ait encore été scientifiquement prouvé (M. Cot, communication personnelle).

32. *Api* en desana, *Erythroxylum coca var. ipadu*.

REFERENCES

- ALBERT, B., 1988. — « La Fumée du métal. Histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil) ». *L'Homme*, 106-107, 2-3, 87-119.
- ALBERT, B. et G. GOODWIN GOMEZ, 1995. — *Saúde Yanomami. Um manual etnolingüístico*. Manuscrit, 207 p, Watoriki, Posto Demini.
- ALVARADO, C.A., 1976. — « Malária ». In R. Veronesi (éd.), *Doenças Infecciosas e Parasitárias*, 660-682, Brasília, Guanabara, Koogan.
- ANGULO, J., 1976. — « Variola ». In R. Veronesi (éd.), *Doenças Infecciosas e Parasitárias*, 79-94, Brasília, Guanabara, Koogan.
- ARMELAGOS, G.J., A. GOODMAN et K.H. JACOBS, 1978. — « The ecological perspective of disease ». In M.H. Logan et E.E. Hunt (éds.), *Health and the Human Condition*, 71-95, North Scituate, Duxbury Press.
- ASHBURN, P.M., 1947. — *The Ranks of Death. A Medical History of the Conquest of America*. New York, Coward-McCann Inc.
- AXTELL, J., 1985. — *The Invasion Within : The Contest of Cultures in Colonial North America*. New York, Oxford University Press.
- BALL, A.P., 1977. — « Measles ». In G.M. Howe (éd.), *A World Geography of Human Diseases*, 237-254, London, Academic Press.
- BLACK, F.L., W.J. HIERHOLZER, D. de P. PINHEIRO, A.S. EVANS, J.P. WOODALL, E.M. OPTON, J.E. EMMONS, B.S. WEST, G. EDSALL, W.G. DOWNS et G.D. WALLACE, 1974. — « Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations ». *American Journal of Epidemiology*, 100, 3, 230-250.
- BLACK, F.L., F.de P. PINHEIRO, W.J. HIERHOLZER et R.V. LEE, 1977. — « Epidemiology of infectious diseases : the example of measles ». In Ciba Foundation (éd.), *Health and Disease in Tribal Societies*, 115-135, Amsterdam, New York, Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49).
- BONNET, D., 1986. — *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina. Ouagadougou, ORSTOM*.
- BROWN, C.S., 1975. — « New Evidence for a late Introduction of Malaria into the New World ». *Current Anthropology*, 16, 1, 93-104.
- BRUCE-CHWATT, L.J., 1965. — « Paleogenesis and Paleoepidemiology of Primate Malarías ». *Bulletin of the World Health Organization*, 32, 363-387.
- BRÜZZI, A.A. DA SILVA, 1977. — *A civilização indígena do Uaupés. Observações antropológicas, etnográficas e sociológicas*. Roma, LAS.
- BUCHILLET, D., 1990. — « Pari Cachoeira : le laboratoire Tukano du Projet Calha Norte ». *Ethnies. Droits de l'Homme et Peuples autochtones* (Numéro spécial. « Indiens et développement en Amazonie »), 11-12, 128-135.
- CHAGNON, N. et T.F. MELANCON, 1984. — « Reproduction, Numbers of Kin and Epidemics in a 'Virgin Soil' Population ». In N. Keyfitz (éd.), *Population and Biology*, 147-167, Liège, Ordina Editions.
- CLOUDSLEY-THOMPSON, J.L., 1976. — *Insects and History*. London, Weidenfeld and Nicolson (The World Naturalist).

- COCKBURN, A.T., 1963. — *The Evolution and Eradication of Infectious Diseases*. Baltimore, John Hopkins Press.
- COIMBRA, C.E. Jr., 1988. — « Human Factors in the Epidemiology of Malaria in the Brazilian Amazon ». *Human Organization*, 47, 3, 254-260.
- CONKLIN, B.A., 1989. — « O sistema Médico Wari' (Pakaanóva) ». In R.V. Santos et C.E. Coimbra Jr. (éds.), *Saúde & Povos Indígenas*, 161-186, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- CORREA, F., 1987. — « Medicina tradicional Cubeo ». *Boletim de Antropologia* (Universidade de Antioquia), 6, 21, 141-186.
- COSTA, Dom F., 1909. — *Carta Pastoral de Dom Frederico Costa, Bispo do Amazonas a seus amados diocesanos*. Fortaleza.
- COUDREAU, H., 1887/1889. — *La France équinoxiale*. Paris, Challamel Aine, 2 vol.
- CROSBY, A.W.Jr., 1972. — *The Columbian Exchange. Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport, Connecticut, Greenwood Press (Contributions in American Studies n° 2).
- CRUZ, O. G., 1913. — *Relatório sobre as condições Medico-Sanitárias do Valle do Amazonas*. Apresentado a S. Ex.^a o Snr. Dr. Pedro de Toledo, Ministro da Agricultura, Industria e Commercio. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio de Rodrigues & C. (Republié en 1972 in *Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Afrânio Peixoto. Sobre o saneamento da Amazônia*, 46-119, Manaus, Philippe Daou S.A.).
- DARMON, P., 1986. — *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*. Paris, Librairie Académique Perrin (Collection Pour l'Histoire).
- DEANE, L.M., O.E. CAUSEY et M.P. DEANE, 1948. — « Notas sobre a distribuição e a biologia dos anofelinos das regiões Nordestinas e Amazônica do Brasil », *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, 1 : 827-965.
- DOBYNS, H.F., 1966. — « Estimating Aboriginal American Population : An Appraisal of Techniques with a New Hemispheric Estimate ». *Current Anthropology*, 7, 395-416, 425-435, 440-444.
- , 1983. — *Their Numbers become Thinned : Native American Populations Dynamics in Eastern North America*. Knoxville, University of Tennessee Press.
- DUNN, F.L., 1965. — « On the Antiquity of Malaria in the Western Hemisphere ». *Human Biology*, 37, 4, 385-393.
- FERREIRA, A.B. de H. (éd.), s.d. — *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira S.A. (13^e édition).
- FERREIRA, E., 1981. — « Observações sobre a tribo Anophelini no Brasil », In *Situações e Perspectivas do Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Um seminário na Universidade de Brasília, 241-249, Brasília, Editora Universidade de Brasília (Cadernos da UnB).
- GALLOIS, D.T., 1991. — « A Categoria 'Doença de Branco' : ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena ? ». In D. Buchillet (éd.), *Medicinas Tradicionais e Medicina ocidental na Amazônia*, 175-205, Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.
- GENTILINI, M., 1993. — *Médecine tropicale*. Paris, Flammarion (Médecine-Sciences).
- GIACONE, Pe. A., 1949. — *Os Tucanos e outras tribus do Rio Uaupés, afluente do Negro — Amazonas. Notas etnográficas e folclóricas de um missionario salesiano*. São Paulo, Imprensa oficial do Estado.
- GIGLIOLI, G.G., 1968. — « Malaria in the American Indian ». In Pan American Health Organization (éd.), *Biomedical Challenges Presented by the American Indians*, 104-113, Washington, Pan American Health Organization (PAHO Scientific Publications n° 165).

- HENIGE, D., 1986. — « Primary Source by Primary Source ? On the role of Epidemics in New World Depopulation ». *Ethnohistory*, 33, 293-312.
- HILL, J., 1983. — *Wakuenai Society : A Processual Structural Analysis of Indigenous Cultural Life in the Upper Rio Negro Region of Venezuela*. Thèse de doctorat, Indiana University.
- HOPKINS, D.R., 1983. — *Princes and Peasants : Smallpox in History*. Chicago, London, The University of Chicago Press.
- JORALEMON, D., 1982. — « New World Depopulation and the Case of Disease ». *Journal of Anthropological Research*, 38, 1, 108-127.
- KOCH-GRÜNBERG, T., 1909/1910. — *Zwei Jahre unter den Indianern. Reisen in nord-west Brasilien 1903/1905*. Berlin, Ernst Warmuth A.G., 2 vol.
- KOK, S.M.M., 1925. — « Quelques notices ethnographiques sur les Indiens du Rio Papuri », *Anthropos*, 20, 624-637.
- LACORTE, J.G. et R. VERONESI, 1976. — « Influenza (gripe) ». In R. Veronesi (éd.), *Doenças Infecciosas e Parasitárias*, 16-23, Brasília, Guanabara, Koogan.
- LAROCQUE, R., 1988. — « Le rôle de la contagion dans la conquête des Amériques : importance exagérée attribuée aux agents infectieux ». *Recherches amérindiennes au Québec*, XVIII, 1, 5-16.
- LOSONCZY, A.-M., 1990. — « La Maîtrise du multiple. Corps et espace dans le chamanisme embera du Choco (Colombie) », *L'Homme*, 114, XXX, 2, 75-100.
- MACGOVERN, G., 1927. — *Jungle Paths and Inca Ruins. The Record of an Expedition*. Londres, Hutchinson & Co (Publishers) Ltd., Paternoster Row.
- MACNEILL, W.H., 1978. — *Le Temps de la Peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*. Paris, Hachette (Hachette Littérature).
- MARTIN, C., 1978. — *Keepers of the Game : Indian-Animal Relationships and the Fur Trade*. Berkeley, Los Angeles, University of California Press.
- MONTAGNER-MELATTI, D., 1985. — *O Mundo dos Espíritos : estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo*. Thèse de doctorat, Universidade de Brasília.
- MOUCHET, J., M. NADIRE-GALLIOT, F. GAY, J.P. POMAN, L. LEPELLETIER, J. CLAUSTRE et S. BELLONY, 1989. — « Le paludisme en Guyane. II. Les caractéristiques des différents foyers et la lutte antipaludique ». *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 82, 393-405.
- NEEL, J.V., 1970. — « Lessons from a 'primitive' people ». *Science*, 170, 3960, 815-822.
- , 1982. — « Infectious diseases among Amerindians », *Medical Anthropology*, 6, 47-55.
- NIMUENDAJU, C., 1927. — « Reconhecimento dos Rios Içana, Ayari e Uaupés ». *Journal de la Société des Américanistes*, 39, 125-182 (première partie) et 64, 149-178 (seconde partie).
- PAGÉS, F., 1966. — *Le paludisme*. Paris, PUF (« Que sais-je ? »).
- PRELAZIA de SAO GABRIEL (MISSÃO SALESIANA DO RIO NEGRO, AMAZONAS), 1936. — *Usos e Costumes dos Selvicolas da Amazonia. Episodios missionarios*. Nitheroy, Escolas Profissionais Salesianas.
- REFF, D.T., 1991. — *Disease, Depopulation, and Culture Change in Northwestern New Spain, 1518-1764*. Salt Lake City, University of Utah Press.
- REGO, J. PEREIRA do, 1869. — « Relatório com que o Exmo. Sr. Presidente da Provincia Dr. Jacintho Pereira do Rego abriu a 1^a Assembléa Legislativa Provincial do Amazonas no dia 1^o de Julho de 1868 ». In *Relatório dos Presidentes da Provincia do Amazonas, Manaós, Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes*, Vol. 14.

- RODRIGUES FERREIRA, A., 1885-1888. — « Diário da Viagem Philosophica pela Capitania de São José do Rio Negro ». *Revista do Instituto Historico Geographico Brasileiro*, 48/1 (1885), 1-234 ; 49/1 (1886), 123-288 ; 50/2 (1887), 11-142 ; 51/1 (1888), 5-166 (Republié en 1983 in *Viagem Filosófica ao Rio Negro*. Belém, MPEG/CNPq/Fundação Roberto Marinho).
- SAMPAIO, F.X. RIBEIRO de, 1826. — *Diário da Viagem que em visita, e correição das povoações da Capitania de S. Joze do Rio Negro fez o ouvidor, e intendente geral da mesma Francisco Xavier Ribeiro de Sampaio no anno de 1774 e 1775*. Lisboa, Typografia da Academia (Republié en 1985 in *As Viagens do Ouvidor Sampaio*. Manaus, Fundo Editorial da Associação Comercial do Amazonas. Coleção Hiléia Amazônica v. 4).
- SEED, P., 1992. — « Taking Possession and Reading Texts : Establishing the Authority of Overseas Empires ». *The William and Mary Quarterly*, 3d. Series, XLIX, 183-209.
- , 1993. — « Colonial and Postcolonial Discourse ». *Latin American Research Review*, 28, 3, 181-200.
- SNOW, D. R. et K.M. LANPHEAR, 1988. — « European Contact and Indian Depopulation in the Northeast : The Timing of the First Epidemics ». *Ethnohistory*, 35, 1, 15-33.
- SOUZA SANTOS, A.M. de, E.M.R. DE CASTRO, J.B. TEIXEIRA et V. M. A. PALHARES, 1976. — *Avaliação da Prelazia Salesiana do Rio Negro*. Rapport de recherche, Belém, SUDAM, 126 p.
- SWEET, D.G., 1974. — *A Rich Realm of Nature Destroyed : the Middle Amazon Valley, 1640-1750*. Thèse de doctorat, University of Wisconsin.
- THORNTON, R., 1986. — « History, Structure, and the Survival : A Comparison of the Yuki (Ukomno'm) and Tolowa (Hush) Indians of Northern California ». *Ethnohistory*, 25, 2, 119-130.
- , 1987. — *American Indian Holocaust and Survival : A Population History since 1492*. Norman, University of Oklahoma Press.
- THORNTON, R., T. MILLET et J. WARREN, 1991. — « American Indian Population Recovery Following Smallpox Epidemics », *American Anthropologist*, 93, 1, 28-45.
- TRIGGER, B.G., 1985. — *Natives and Newcomers*. McGill-Queen's University Press.
- UPHAM, S., 1986. — « Smallpox and Climate in the American Southwest ». *American Anthropologist*, 88, 1, 115-128.
- VERANI, C. B.L., 1991. — « Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu) ». In D. Buchillet (éd.), *Medicinas Tradicionais e Medicina ocidental na Amazônia*, 65-88, Belém, MPEG/Edições CEJUP/UEP.
- VERANO, J.W. et D.H. UBERLAKER (éds.), 1992. — *Disease and Demography in the Americas*. Washington, London, Smithsonian Institution Press.
- VIANNA, A., 1975 [1908]. — *As Epidemias no Pará*. Belém, Universidade Federal do Pará.
- VIVEIROS de CASTRO, E., 1977. — *Individuo e Sociedade no Alto Xingu : Os Yawalapiti*. Mémoire de maîtrise, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- WALLACE, A.R., 1853. — *A Narrative of Travels on the Amazon and Rio Negro*. New York, Dover Publications, Inc.
- , 1971. — *Palm Trees of the Amazon*. Lawrence, Kansas, Coronado Press.
- WHIFFEN, T., 1915. — *The North-west Amazons. Notes of some months spent among Cannibal Tribes*. London, Constable and Company Ltd.

- WIRSING, R.L., 1985. — «The Health of Traditional Societies and the Effect of Acculturation». *Current Anthropology*, 26, 3, 303-322.
- WOOD, C.S., 1975. — «New Evidence for a Late Introduction of Malaria into the New World». *Current Anthropology*, 16, 1, 93-104.