

LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA LÈPRE EN COLOMBIE, 1884-1959

Diana Obregon
Universidad nacional de Colombia,
Bogota (Colombie)

« ... L'exploitation des peurs humaines est l'une des sources principales de pouvoir de certains individus sur d'autres... »

Norbert Elias, *The Loneliness of the Dying*.

Introduction

Sans doute parce qu'aucune autre maladie n'a été aussi fortement stigmatisée dans la culture occidentale, l'étude historique de la lèpre moderne nous offre l'occasion d'examiner comment sont produits socialement les concepts de maladie. Cet exposé a pour objet la construction de la lèpre par les médecins colombiens à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, ou comment la maladie est devenue pour eux un objet de connaissance médicale. La médicalisation de la lèpre, par l'exaltation paradoxale de la peur qu'elle inspire et par le déploiement de toute une rhétorique scientifique, a joué un rôle important dans le processus de professionnalisation de la médecine en Colombie.

L'imagination populaire continue d'associer la lèpre à des images atroces de corps défigurés. Le nom lui-même est inhérent au problème et évoque des scènes du Moyen Âge. Les tentatives faites pour le changer en « maladie de Hansen », d'après le chercheur norvégien qui en a découvert l'agent pathogène, ont échoué, en partie parce que la description de la maladie était antérieure à Hansen. Les léprologistes réunis au IX^e Congrès international sur la lèpre, qui s'est tenu à La Havane en 1948, ont conclu que les malades ne devaient pas être appelés « lépreux », mais « malades de la lèpre » (Burgess, 1951 : 273-4). Il n'est pas douteux que les connaissances scientifiques sur la lèpre se sont développées au cours des cents dernières années. Pourtant, aujourd'hui encore, aux Etats-Unis, les lépreux de la léproserie de la Louisiane sont obligés de se battre contre le caractère infamant de la maladie. La renégociation de la définition sociale de leur maladie passe par la publication d'un journal, et une initiation à l'histoire de la lèpre et aux détails biologiques de son étiologie et de sa transmission (Gussow, 1989 : 12-15).

Susan Sontag (1978) a fait valoir que les maladies sont utilisées comme métaphores, pour qualifier ce qui est considéré comme moralement répréhensible ou dangereux.

Plus la maladie semble mystérieuse, et plus elle devient métaphorique. Toutefois, alors que cette idée colle bien aux représentations de la lèpre, comme Elizabeth Fee et Daniel M. Fox l'ont noté (1992 : 2), Sontag veut que l'on dégage la maladie des images auxquelles elle a été associée, elle veut « calmer l'imagination » (Sontag, 1989 : 14) et limiter la perception de la maladie à sa « pure » réalité biologique. Pour d'autres historiens et sociologues, la tâche serait plutôt inverse : appréhender les maladies dans leur contexte socio-culturel. Plus radicalement, Foucault (1973, 1975) considère la médecine comme un ensemble de pratiques, discours et institutions qui constitue ses propres objets. De ce point de vue, il n'y a pas de « lèpre » dans la nature qui soit antérieure aux définitions sociales de la maladie, que cette définition soit liée à un châtement divin ou à la présence d'un bacille invisible. D'où la conclusion que la lèpre biblique et la maladie de Hansen ne sont pas les mêmes maladies. Même si les archéologues font état de découvertes de squelettes datant de l'Antiquité et du Moyen Âge qui portent des signes attribuables à la lèpre lépromateuse (la forme grave de la maladie de Hansen) (Moore, 1987 : 47), la définition de la maladie et, par conséquent, sa réponse sociale sont totalement différentes, au point que nous ne devrions pas nous y référer comme s'il s'agissait d'une même maladie. Au Moyen Âge, on confondait couramment la lèpre avec la syphilis, entre autres. Le consensus, parmi les historiens médicaux de la lèpre, est que nous ne savons pas exactement ce qu'on appelait lèpre pendant cette période (Cochrane et Davey, 1964 : 2-4 ; McNeill, 1976 : 175). Ainsi, et quoique les images bibliques soient toujours vivaces, comme c'est le cas en Colombie, le concept de lèpre est différent alors et maintenant.

Dans son essai classique sur la syphilis, Fleck (1935-1979) a montré comment un fait scientifique est produit par un « penser-collectif » dans un « style de pensée » particulier qui correspond à une période historique spécifique. C'est pourquoi Stanley Browne (1975 : 487) a tort quand il part à la recherche de la « vraie lèpre » dans « l'Angleterre des premiers siècles », et c'est dans ce sens que François Delaporte (1986 : 6) affirme que la maladie n'existe pas, qu'il n'existe que des pratiques. Cela ne veut pas dire que les maladies sont des « fantasmes collectifs », ni que l'on rejette l'importance de la biologie. Ce que je soutiens, c'est qu'il n'y a pas de « pur » moment cognitif et que nature et société sont indissociables, qu'il s'agisse de la fabrication des « fausses croyances » – la lèpre conçue comme punition du péché – ou d'un « vrai » savoir médical. Comme le signale Cooter (1982 : 94), nous avons affaire à des *tous sociaux* et culturels où savoir médical et contexte matériel et social extérieur sont mutuellement constitutifs.

Zachary Gussow (1989, 16-22) nie l'idée de la continuité d'un caractère d'infamie de la lèpre de l'Antiquité puis du Moyen Âge jusqu'à nos jours. La lèpre n'a pas été toujours et pour tous un motif d'exclusion (Waxler, 1981). Le caractère honteux qui continue de lui être attaché est plutôt, selon Gussow, le résultat d'un nouvel « opprobre » jeté sur la lèpre à la fin du XIX^e siècle, lorsque les nations impérialistes ont « redécouvert » la maladie sous une forme endémique dans les régions du monde qu'elles colonisaient : Inde, Indonésie, Nigéria, Philippines, Nouvelle-Calédonie...

Quoique suggestive, la proposition de Gussow ne s'applique que partiellement à l'histoire de la lèpre en Colombie. En raison de la forte tradition catholique du pays, il y

existe une continuité de la représentation de ce qu'on a appelé « lèpre » depuis l'époque coloniale. La présence de la maladie, avec ses lieux rituels de ségrégation, n'a jamais cessé d'être un trait de la culture et de la société colombiennes. C'est pourquoi l'association de la lèpre avec les images bibliques et les pratiques médiévales de confinement a résisté jusqu'au début du *xx^e* siècle. Cette généalogie a été soigneusement élaborée par des historiens de la lèpre aussi précoces que Juan Bautista Montoya y Florez (1910). Malgré cette continuité du stigmaté infamant, les médecins colombiens ont cependant « redécouvert » la lèpre à la fin du *xix^e* siècle, grâce à leurs contacts avec la communauté médicale européenne. Dans ce sens, au stigmaté colonial et religieux s'est ajouté le « nouveau » stigmaté moderne et occidental : la lèpre, maladie des pays « pauvres » et des peuples « inférieurs ».

En Colombie, la lèpre était depuis longtemps un important sujet de recherche pour les médecins. Toutefois, la révélation occidentale du « monde de la lèpre » à la fin du *xix^e* siècle a eu un fort impact sur les milieux médicaux colombiens. L'éléphantiasis avait certes été un sujet d'études pour eux depuis l'époque coloniale. Pourtant, les théories scientifiques sur l'agent pathogène de la lèpre fascinèrent littéralement la communauté médicale colombienne. Les idées émises furent adoptées par les médecins comme des dogmes, sans esprit critique. Tout en épousant les théories scientifiques sur l'étiologie de la lèpre, entre autres le rôle des mycobactéries, ils adoptèrent une attitude colonialiste à l'égard de leur propre population lépreuse. A la fin du *xix^e* et au début du *xx^e* siècles, quand la médecine devint une profession en Colombie, la lèpre était un des moyens utilisés par les médecins pour renforcer leur pouvoir.

La construction de la maladie de Hansen

Ce qu'on appelait « lèpre » déclina pour quasiment disparaître d'Europe au milieu du *xiv^e* siècle, et le monde occidental oublia pratiquement de quoi il s'agissait. Pourtant, la lèpre existait encore en Scandinavie au milieu du *xix^e* siècle : on en recensa de nombreux cas en Norvège, même s'ils diminuèrent rapidement en nombre à partir de 1856. La maladie oubliée fut redécouverte par les Nord-Américains et les Européens dans leurs empires coloniaux à la fin du *xix^e* siècle. Au Canada et aux États-Unis, on accusa les immigrants mexicains et chinois d'en être les vecteurs (Ackerknecht, 1965 : 114-5). En revanche, la lèpre importée par les immigrants scandinaves dans la vallée supérieure du Mississippi passa quasiment inaperçue. Quand on s'en avisa, ce fut sans terreur, et la maladie ne fut jamais perçue comme une menace contre la civilisation occidentale (Gussow, 1989 : 132-3).

Deux modèles furent élaborés pour lutter contre la maladie au *xix^e* siècle : une approche démocratique, comme en Norvège, et une solution impérialiste, mise en œuvre à Hawaï. Le premier modèle fut promu par les Norvégiens eux-mêmes dans un contexte culturel particulier : la montée du nationalisme, qui poussait les médecins à étudier les caractéristiques de la Norvège et les besoins de la population. Le second modèle fut appliqué dans les colonies par les administrateurs métropolitains, qui ressentaient une répugnance spéciale envers la maladie et envers les malades (Gussow, 1989 : 81-4).

Les Norvégiens considéraient la lèpre comme n'importe quelle maladie, sans y attacher de caractère d'infamie particulier. Le « modèle norvégien » de lutte contre la lèpre

fut à l'origine d'une recherche intense, épidémiologique, clinique et bactériologique. Les chercheurs norvégiens bénéficiaient d'une réputation mondiale d'expertise. Avec Daniel C. Danielssen et C.W. Boeck, la lèpre devint, dès 1847, une entité nosologique. Tout en appuyant particulièrement sur l'aspect héréditaire du mal, ils en imputèrent certains cas à l'insalubrité de l'environnement et des conditions de vie (Gussow, 1989 : 70-72). Entre 1870 et 1874, Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) étudia pour la première fois le *Mycobacterium leprae*, aujourd'hui reconnu comme agent pathogène de la maladie (Hansen, 1874/1955) (1). Allant à l'encontre des théories courantes, selon lesquelles il fallait en chercher les causes dans l'hérédité, les miasmes, les conditions d'hygiène ou le régime alimentaire, Hansen pensait que la lèpre était contagieuse. En fait, ce fut une des premières maladies imputées à un micro-organisme, encore que *Mycobacterium leprae* ne pouvant être cultivé *in vitro*, il n'était pas possible de « prouver » la réalité de cette relation. Le mode de transmission de la maladie restait incertain : il l'est encore aujourd'hui. La lèpre possède d'ailleurs une autre particularité : la longueur extrême de la période d'incubation. Entre l'infection et l'apparence de manifestations cliniques chez l'individu, il peut se passer plusieurs années (Cochrane et Davey, 1964 : 73). A la fin du XIX^e siècle, les Occidentaux redécouvrirent un remède séculaire, venu d'Inde : l'huile de chaulmoogra (*Hydnocarpus*), qui s'imposa jusqu'au début des années 1940, époque à laquelle Guy H. Faget fit appel à un dérivé de la sulfone-mère, la disulone (*promin*) (Burgess, 1951 : 252-253).

La « révélation » de l'existence d'un « monde de la lèpre » se produisit à Hawaï lorsque le pays était encore un royaume, et le théâtre d'une lutte d'influence acharnée entre l'Europe et les États-Unis. Au début des années 1860, on tremblait de voir la maladie se propager des îles vers le monde occidental. En 1865, le gouvernement ordonna la réclusion complète des lépreux de Hawaï. Le Comité de santé, dont les membres étaient pour la plupart occidentaux, désigna immédiatement l'île de Molokai comme lieu de bannissement des malades. Cette mesure marqua le début d'un mouvement international pour la création de léproseries (Gussow, 1989 : 92-4). Les colonisateurs occidentaux incriminèrent les Hawaïens, coupables selon eux de propager la maladie par leurs habitudes de promiscuité sexuelle (Crosby, 1992 : 194). La même accusation fut lancée contre les Chinois, tenus eux aussi pour responsables. A Hawaï, l'opinion que la lèpre pouvait être attrapée par inoculation était très répandue. En 1884, le médecin allemand Edward Arning se livra à une « expérience cruciale » pour prouver le bien-fondé de cette théorie. Il inocula le bacille de la lèpre à Keanu, un prisonnier condamné à mort. Au bout de quelques années, Keanu contracta, dit-on, la lèpre tuberculeuse, ce que contestèrent à l'époque de nombreux scientifiques (2). Pour prouver le caractère contagieux de la maladie, on invoqua également le cas d'un religieux belge, le Père Joseph Damien de Veuster, qui avait été contaminé pendant son séjour parmi les lépreux de la colonie de Molokai au cours des années 1880 (Gussow, 1989 : 106-7). Le I^{er} Congrès international de léprologie, tenu à Berlin en 1897, se déclara en faveur d'une position autoritaire et préconisa l'enfermement des malades pour lutter contre la contagion. Les diverses théories sur une origine héréditaire, climatique, diététique ou hygiénique de la maladie furent décrétées scientifiquement dépassées, et un « système de notification, surveillance et isolement des malades » recommandé (Irgens, 1992 : 469).

Le contraste entre les deux expériences historiques de la Norvège et de Hawaï face à la lèpre est très instructif du point de vue des politiques scientifiques et de la relation entre démocratie et savoir scientifique. Je ne soutiens pas qu'il s'agit d'une position « rationnelle », « éclairée » et « scientifique » dans le cas de la Norvège, et « idéologique » dans celui de Hawaï, comme le prétend Gussow (1989 : 85). Le modèle norvégien était imprégné de considérations idéologiques (le nationalisme, par exemple) tout autant que le modèle Hawaïen de théories scientifiques (la lèpre conçue comme maladie contagieuse). La différence tient à ce que le premier modèle est mis en œuvre par des Norvégiens pour régler un problème qui se pose à la population norvégienne, tandis que le second est instauré par des colonisateurs pour lutter contre une maladie que « d'autres » subissent. Les connaissances scientifiques développées sur place ont joué un rôle important en Norvège. Le gouvernement norvégien créa plusieurs hopitaux spécialisés dans tout le pays pour traiter les malades et étudier la maladie. Les médecins norvégiens avaient une grande expérience clinique de la lèpre : ils élaborèrent leur propre conception sanitaire et épidémiologique de la maladie (Gussow, 1989 : 72-81). A Hawaï, au contraire, les connaissances scientifiques étaient importées de l'étranger, et le traitement des malades confié à des médecins occidentaux ayant affaire à une population indigène (Gussow, 1989 : 85-107). La construction de la lèpre comme maladie microbienne à la fin du XIX^e siècle, et l'impossibilité de cultiver le bacille entraînèrent à travers le monde la création de léproseries pour la réclusion des malades. On oublia les dispositifs sanitaires et épidémiologiques spécifiques qui avaient fait leur preuve en Norvège pour lutter contre la propagation de la lèpre (Gussow, 1989 : 153-155). On imposa un autre paradigme scientifique, le réductionnisme bactériologique, et, avec lui, de nouveaux modèles sanitaires et épidémiologiques furent instaurés. La recherche d'un vaccin absorba presque exclusivement les programmes de recherche scientifique. Et les difficultés rencontrées pour produire un tel vaccin transformèrent la lèpre en maladie incurable et chronique, et le confinement des malades en mesure obligatoire.

Si l'on adopte une perspective sociologique ultra relativiste, on peut être tenté d'affirmer que les deux modèles élaborés pour lutter contre la lèpre n'étaient rien d'autre que deux différents aspects de deux contextes sociaux, culturels et politiques distincts. De sorte qu'aucune « véracité » particulière ne doit être accordée à l'un ou l'autre modèle. Je rejette cette façon de voir. Le modèle norvégien s'est historiquement révélé plus ouvert, plus démocratique, plus efficace et donc plus acceptable que la méthode hawaïenne. Comme le soutient Helen Longino (1990 : 214), une « meilleure science » ne devrait pas être mesurée à l'aune de quelque « réalité indépendamment accessible » mais en fonction des « besoins cognitifs d'une communauté authentiquement démocratique ». Toutes choses étant égales, la théorie scientifique produite par la communauté scientifique la plus ouverte est préférable à celle produite par la plus exclusive.

La construction scientifique de la lèpre en Colombie

En Colombie, selon des pratiques courantes, la ségrégation des lépreux avait précédé les théories scientifiques sur la contagion de la maladie. Les autorités coloniales espagnoles avaient créé l'Hospital Real de San Lazaro dès le début du XVII^e siècle à Cartagenas

de Indias, remplacé ensuite par le Cano de Loro Lazaretto. Après l'indépendance, dans les années 1820, le nouveau gouvernement républicain établit une loi pour séparer les lépreux du reste de la population. Le Contratacion Lazaretto fut créé en 1861 et le Agua de Dios Lazaretto en 1870, lorsque des lépreux, expulsés par la population saine d'une ville voisine, s'étaient installés sur le site (3). Ces lazarets servaient davantage à cacher les malades qu'à leur donner des soins médicaux. Le but de la ségrégation n'était pas d'éradiquer la maladie mais de la maintenir « à une distance sacrée » comme dirait Foucault (1965 : 17).

Pendant la seconde moitié du XIX^e siècle, la Faculté de médecine de Bogota consacra plusieurs thèses à la description de l'« éléphantiasis des Grecs » en l'expliquant souvent à partir de concepts hippocratiques, tels que le climat, la topographie et l'alimentation. Les médecins colombiens, parfaitement au courant des acquis scientifiques et médicaux des Européens et des Américains du Nord, apprirent sans tarder la découverte du bacille de Hansen et les débats qui s'ensuivirent sur l'agent pathogène de la lèpre. Une traduction espagnole de l'édition anglaise (1897) de l'ouvrage de Hansen fut publiée en 1899 dans la *Revista Medica* (4) de Bogota. Des auteurs comme Hansen, Danielssen, Boeck, Hutchinson, Neisser et Virchow étaient tous connus et cités par les spécialistes colombiens de la lèpre (5).

Quoiqu'il y ait eu des partisans des deux théories, celle de l'hérédité et celle de la contagion, l'idée que la lèpre était transmissible par un agent actif s'imposa en Colombie dès la fin du siècle. La thèse de Hansen sur la contagion de la lèpre fut cause de nombreux débats, et provoqua des interprétations différentes à la Nouvelle Académie de Médecine qui, créée en 1873 en tant qu'association professionnelle de médecins, allait devenir en 1891 l'Académie nationale. L'impossibilité de cultiver *Mycobacterium leprae* constituait l'un des arguments des tenants de la doctrine de l'hérédité. C'est par l'observation que les partisans de l'une et l'autre doctrine défendaient leur point de vue. Ceux de l'hérédité citaient les nombreux cas de personnes vivant en contact étroit avec les lépreux, tels les docteurs, religieuses et infirmières, sans jamais contracter la maladie. Les cas de Keanu et du père Damien étaient largement utilisés par les tenants de la contagion. Toutefois, hérédité et contagion n'étaient pas forcément exclusives l'une de l'autre. Juan de Dios Carrasquilla, l'un des premiers à entreprendre des recherches cliniques et bactériologiques approfondies sur la lèpre, fit une synthèse des deux théories. Il pensait que la maladie était causée par un bacille et acquise par contagion d'un individu contaminé. Le fait que de nombreuses personnes ne tombaient pas malades après des contacts même prolongés avec des lépreux était expliqué par l'idée que, pour se développer, la « semence » de la lèpre devait tomber sur un « terrain » propice. Mais le terrain lui-même resterait stérile si les conditions n'étaient pas adéquates. Ces conditions propices à la transmission de la maladie étaient considérées comme « héréditaires ». La lèpre en soi n'était pas une maladie héréditaire, aucune maladie en soi n'étant héréditaire. Mais la « prédisposition » à attraper certaines maladies était, elle, conçue comme héréditaire (6). Aujourd'hui, le vocabulaire a changé mais l'idée reste la même. Les scientifiques mettent désormais l'accent sur l'immunologie puisque la réponse du patient à l'infection détermine la présence de la maladie et son issue finale (Grange, 1980 : 32).

La « redécouverte » de la lèpre en Colombie à la fin du XIX^e siècle à la lumière des nouvelles théories scientifiques eut des conséquences immédiates, non seulement pour la lutte contre la maladie, mais pour le processus de professionnalisation de la médecine colombienne. L'Académie nationale de médecine poussa le gouvernement à isoler les lépreux pour arrêter la propagation de la maladie. Les médecins demandaient la création de lazarets, non seulement pour assurer la ségrégation des malades, mais aussi pour leur apporter les soins médicaux que leur état exigeait. Certains médecins se plaignirent de ce que la ségrégation n'avait finalement jamais été effective, la pénurie des moyens alloués par l'État aux lazarets obligeant les lépreux à sortir des colonies pour aller mendier leur pitance. En 1892, du fait de l'insuffisance du budget affecté par le Trésor à l'application des mesures de réclusion forcée, le Comité central d'hygiène autorisa les lépreux à la réclusion à domicile. Toutefois, certains spécialistes de la lèpre considérèrent cette mesure comme plus dangereuse que salutaire parce que les lépreux, vivant dans les zones urbaines, risquaient d'étendre la contagion au pays tout entier (7).

Les recommandations du 1^{er} Congrès international sur la lèpre (Berlin, 1897) furent largement diffusées par la presse médicale colombienne. Le dogme de l'isolement rigoureux fut adopté par les médecins comme unique façon de lutter contre la maladie (8). Considérations nationalistes et incitations à la peur jouaient le premier rôle dans la rhétorique utilisée par le corps médical. Le médecin Carlos Michelsen Uribe parla de « l'intérêt profond (de ses collègues) pour l'avenir du pays » et exhorta le gouvernement à ne pas différer davantage la solution au « grave problème de la lèpre ». Nicanor Insignares, médecin colombien diplômé de la Faculté de médecine de Paris, estimait que le nombre des lépreux en Colombie en 1898 était de vingt à trente mille. Pour une population de quatre millions d'habitants à l'époque, cela signifiait que la proportion de lépreux se situait entre 0,5 et 0,75 %, un taux très élevé si l'on considère qu'en Norvège, pendant l'année de la plus grande activité de la maladie (1852), il ne dépassait pas 0,11 % de la population du pays (Gussow, 1989 : 70-71). Insignares s'inquiétait également de ce que peu de Colombiens se montraient concernés par la gravité de la lèpre. Selon lui, de belles femmes saines épousaient des lépreux, et les malades commerçaient librement dans les lazarets avec la population saine qui ne leur témoignait aucune répugnance. Cette image tranche toutefois avec la terreur que semblait inspirer la lèpre à la majorité de la population colombienne, comme en témoigne l'inauguration du lazaret de Agua de Dios. À l'instar du modèle élaboré à Hawaï, Insignares proposa le bannissement des lépreux dans une île. L'Académie de médecine consacra plusieurs séances à discuter de l'opportunité de cette mesure. Les opposants à cette thèse comparaient à une guerre la migration forcée de la population lépreuse à travers tout le pays, et avertissaient le gouvernement des graves conséquences qu'une telle « perturbation sociale » ne manquerait pas d'entraîner. La proposition ne fut finalement jamais mise en pratique, et les malades restèrent enfermés dans les trois vieilles léproseries (Cano de Loro, Contratacion et Agua de Dios). Ignorant les détails des méthodes sanitaires de lutte contre la lèpre appliquées en Norvège, les tenants d'une ségrégation stricte affirmèrent que l'exemple de l'histoire européenne, et plus particulièrement norvégienne, prou-

vait qu'un isolement rigoureux était la seule façon efficace de résoudre le problème de la lèpre (9).

La maladie épouvantable

Après la Guerre des mille jours (1899-1902) (10), les médecins incriminèrent le gouvernement, tenu responsable du mauvais état des léproseries qui, à son tour, favorisait le développement de la contagion dans tout le pays. En 1903, José Maria Lombana Barreneche (11) prédit que la Colombie serait transformée rapidement en un immense lazaret si on continuait de laisser à des institutions caritatives (12) le soin de résoudre le problème de la lèpre. Il se référait au fait que les trois lazarets colombiens, quoique publics, n'en étaient pas moins administrés par des religieux.

Entre 1903 et 1910, de nouveaux règlements furent adoptés : en 1903, le gouvernement ordonna la création d'une léproserie par département de la République. Une disposition parfaitement impraticable, compte tenu de la pénurie de ressources. En 1905 le Bureau central des lazarets (par lequel l'État s'arrogeait la direction et l'administration des léproseries) fut institué, et, en 1907, le Laboratoire central des lazarets. En 1910, le gouvernement ordonna l'expulsion des non-lépreux des lazarets. Chacune de ces lois renforçait l'idée de ségrégation, cautionnée par l'autorité des Congrès scientifiques internationaux. Le II^e Congrès international sur la lèpre, réuni à Bergen en 1909 et présidé par Hansen en personne, ratifia les décisions de Berlin : notification obligatoire et strict isolement des patients. En 1913, Juan Bautista Montoya y Florez, spécialiste colombien renommé et diplômé de la Faculté de médecine de Paris, justifiait la dureté des mesures au motif que le mode de transmission de la maladie était toujours inconnu. Il demandait que le gouvernement applique les procédures recommandées à Berlin et établisse une loi interdisant l'immigration chinoise (13). Or, la Colombie n'a jamais eu d'immigration chinoise. L'idée de l'interdire ne peut donc être expliquée que par l'image terriblement négative que les Occidentaux se faisaient de la population chinoise (le « péril jaune ») à la fin du XIX^e siècle (Gussow, 1989 : 111-129). Cet exemple montre à quel point les médecins colombiens s'identifiaient à la culture et à l'idéologie de l'Occident.

L'application des résolutions de la Conférence de Berlin n'impliquait pas seulement la séquestration rigoureuse des malades de la lèpre à l'intérieur des lazarets. Elle supposait également que tous les individus sains en soient exclus. C'est ainsi qu'en 1911, le ministre de l'Intérieur annonce à l'Académie nationale de médecine l'expulsion de deux cent cinquante personnes non contaminées de la léproserie de Agua de Dios (14). A cette époque, certains médecins qualifiaient la lèpre de mal incurable, « le plus effrayant qui soit ». Quant aux lépreux, ils étaient « les gens les plus malheureux et les plus repoussants » de la terre. Les séquelles extérieures de la lèpre étaient décrites comme d'affreuses mutilations, produisant de terribles douleurs et « une odeur insupportable ». De nouveaux arrêtés vinrent renforcer encore le dogme de la ségrégation : le Code des lazarets, promulgué en 1918, qui donna naissance au Conseil national des lazarets, abolit le système de l'isolement à domicile, ordonna la création d'hospitiaux à l'intérieur de chaque lazaret et confia à l'État la responsabilité des enfants nés ou vivant dans une léproserie (16).

Au cours de la décennie suivante, certains médecins abandonnèrent ces positions extrêmes : ce fut le cas du professeur Pablo Garcia Medina, professeur de physiologie à l'Université nationale, qui effectua de nombreuses réformes dans le domaine de la santé entre 1913 et 1931. Selon lui, les statistiques sur la lèpre utilisées au XIX^e siècle étaient nettement exagérées (17). Quelques médecins rapportèrent également des cas d'artisans sains tellement désespérés à la perspective de leur expulsion des colonies qu'ils essayaient d'attraper la maladie pour pouvoir y rester. L'interprétation de ces phénomènes variait selon les intérêts des médecins : soit c'était un exemple de la nature étonnante de cette maladie, dont le mode de transmission restait mystérieux, soit il s'agissait de la déplorable indifférence des Colombiens face à la lèpre.

Les médecins colombiens, suivant le mouvement général en faveur de la création de léproseries, avaient exagéré l'ampleur du problème parce qu'ils voulaient le médicaliser. Plus il y avait de lépreux, plus la question prenait de l'importance. C'est pourquoi ils avaient adopté la stratégie de « l'histoire d'épouvante » et créé une « panique morale », pour utiliser des expressions empruntées à la sociologie de la déviance. Alors même que de nombreux traités sur la lèpre avaient été rédigés par des médecins, c'était le clergé catholique qui avait la charge des lépreux par l'intermédiaire de ses organisations charitables. Les médecins devaient donc convaincre le gouvernement qu'ils étaient les seuls à avoir le savoir-faire et les connaissances médicales nécessaires pour faire face à la maladie. Pour ce faire, ils devaient prouver que les institutions caritatives n'avaient pas été capable de maîtriser le problème, et que le nombre des malades augmentait au lieu de diminuer.

Pour les médecins colombiens, « médicaliser » le problème de la lèpre faisait partie du processus de « professionnalisation » de leur statut. Ils voulaient aussi forger une « médecine nationale » qui mette l'accent sur les maladies locales et sur la diversité des climats, des coutumes et des affections pathologiques. C'est du moins le discours qu'ils tenaient au fur et à mesure qu'ils se transformaient en groupe professionnel. Par ailleurs, ils se considéraient comme des « scientifiques », et voulaient être respectés par le corps médical occidental. L'Académie nationale de médecine de Colombie, par exemple, entretenait des rapports étroits avec les académies et sociétés médicales européennes et américaines. C'est cette volonté qui les amena à formuler le problème de la lèpre en termes qu'ils pensaient être « universels ». Les médecins devaient chercher à résoudre le problème pratique de la « ligne de démarcation » entre science (leur savoir propre) et non-science (celui des individus extérieurs à la profession) (Gieryn, 1983 : 781-2). A la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, la lèpre était devenue un objet d'expertise médicale pour les médecins colombiens qui avaient réussi à proscrire, comme pseudo-scientifiques, les connaissances non professionnelles. Nul autre qu'eux, pas même les malades, n'était supposé connaître les complexités de la maladie. La lèpre demeurait aussi mystérieuse qu'au Moyen Âge : que l'on considère, en effet, la maladie comme produit d'un micro-organisme ou qu'elle soit perçue comme châtement divin est la même chose si les malades ne sont pas capables de la juguler. Et toute connaissance « vulgaire » – dans ce cas précis, le fait que la maladie, quoique contagieuse, était difficilement transmissible – était rejetée.

Vers une attitude plus souple

Dans les années 1920, de nombreux médecins se montrèrent préoccupés par la terrible réputation de la Colombie, considérée par beaucoup comme un pays où la lèpre était endémique. En tant que membres de l'élite, ils souhaitaient transformer cette image – dont ils étaient en partie responsables – tant à l'étranger que dans le pays lui-même. La question n'était pas de mince importance : il y allait de la participation de la Colombie au commerce international. Les investissements nord-américains étaient en pleine expansion. Les échanges entre la Colombie et les États-Unis augmentaient plus que dans tout autre pays d'Amérique latine à cette époque, et la Colombie était manifestement en train d'entrer dans la sphère d'influence politique et économique de l'Amérique du Nord (Palacios, 1980 : 198-201).

Dans les années 1920, la société colombienne connut de grands changements : le pays devint le partenaire commercial le plus important des États-Unis en Amérique latine et un des principaux exportateurs de café ; en outre, on comptait beaucoup sur les investissements pétroliers nord-américains dans le pays (Ocampo, 1984 : 125-8). Il faut ici mettre l'accent sur l'importance du café : après les échecs successifs de la quinine, de l'indigo, du tabac et du caoutchouc tout au long du XIX^e siècle, le café devint le premier produit compétitif sur le marché international. Qui plus est, le café créa une nouvelle bourgeoisie, en initiant de nouvelles alliances qui rendirent caduques les rivalités régionales du XIX^e siècle (Palacios, 1980 : 25-54). Plusieurs lois votées en 1922 stimulèrent l'immigration étrangère, qui, jusqu'alors, était minime en Colombie. On encouragea la colonisation des terres de l'État. Mais les élites colombiennes, qui s'identifiaient avec ce qu'ils avaient coutume d'appeler « civilisation », voulaient que des Européens blancs viennent « blanchir » la population indigène et noire (Helg, 1989 : 47-48 ; Wade, 1993). Un des indicateurs de la place occupée par la Colombie sur la scène internationale dans les années 1920 est aussi le nombre croissant de Commissions internationales venues à cette époque conseiller le gouvernement : la Commission Kernerer pour l'économie (USA, 1923), la Commission pédagogique allemande (1924), et la Commission militaire suisse (1924) (Helg, 1986 : 19-20).

Pablo Garcia Medina, le délégué colombien à la Sixième Conférence sanitaire panaméricaine, réunie en 1921 à Montevideo, présenta la politique colombienne de lutte contre la lèpre comme un succès. Il annonçait que 80 % de la population lépreuse de son pays étaient dès à présent isolés grâce à la mesure de notification obligatoire, les 20 % restants devant l'être sous un an. Faisant preuve d'une bonne dose de sens politique, il déclara que son pays était en mesure de remplir toutes ses obligations internationales en matière de santé (18). En 1922, le docteur Carlos Esguerra soutint que la lèpre était moins dangereuse, du point de vue de la santé publique, que l'alcoolisme ou la syphilis. Il assura que la lèpre n'était que peu contagieuse et qu'il ne fallait pas la confondre avec le mal décrit dans la Bible. Esguerra proposait une réforme de la loi, de façon à permettre aux lépreux l'isolement à domicile pour les cas non contagieux (19). A la fin des années 1920, le corps médical se mit à la tête d'un mouvement de revendication pour l'amélioration de l'hygiène publique, exigeant de l'État de l'eau potable et un système d'égoûts convenable dans les villes de Bogota et Medellin. Les médecins

affirmaient que la lèpre avait été éradiquée d'Europe grâce à l'application de règles rationnelles d'hygiène (20).

Au fur et à mesure qu'avancait le processus de professionnalisation de la médecine, les médecins assouplirent leur position concernant l'isolement rigoureux des personnes suspectées de contamination de la maladie. La première Conférence américaine sur la lèpre fut tenue au Brésil en 1922 avec, pour président, Carlos Chagas, l'illustre découvreur de la trypanosomiase américaine. Les représentants de treize pays américains (21) mirent l'accent sur la nécessité d'encourager la recherche scientifique et plaidèrent pour la création de chaires de léprologie dans les Facultés de médecine de leurs pays respectifs (22). La première chaire colombienne de léprologie fut créée en 1932 à la Faculté de médecine de Bogota. Etienne Burnet, secrétaire de la Commission sur la lèpre de la Société des Nations se rendit en Colombie en 1929 pour évaluer l'ampleur du problème. Il affirma que la lèpre n'était pas incurable et préconisa la création de sociétés de léprologie pour étudier l'étiologie, la pathogénie et la bactériologie de la maladie. Commentant la visite de Burnet, le médecin Eliseo Montana se montra extrêmement critique à l'égard des politiques appliquées en Colombie contre la lèpre : à la différence de certains de ses collègues, il déclara qu'il n'existait pas de statistiques fiables sur la question, que les connaissances actuelles étaient insuffisantes, que les malades étaient victimes de charlatans et que la lutte contre la maladie était menée sans méthode et sans plan, à la seule lumière de préjugés ancestraux. Selon Montana, les recommandations de Burnet n'étaient pas différentes de celles que maints médecins colombiens avaient essayé de faire entendre depuis fort longtemps, mais en vain (24).

Si l'isolement rigoureux des malades de la lèpre avait été le dogme de la génération précédente, les médecins colombiens des années 1920-1930 considéraient au contraire la prévention comme une procédure plus rationnelle. On devait surveiller les enfants à l'école et contrôler les personnes qui avaient été en contact avec des lépreux. Des récits de médecins ont décrit, à l'époque, les souffrances des malades arrachés de chez eux et transportés de force dans des léproseries. En 1930, on libéra un premier groupe de malades de la léproserie de Agua de Dios. Alejandro Herrera Restrepo, directeur général des lazarets, expliqua à la communauté médicale et au public que cette décision était fondée sur des théories scientifiques et que c'était un procédé en usage depuis longtemps en Amérique du Nord et en Europe (25).

Enrique Enciso (directeur technique de la Santé publique en 1932) fut l'un des premiers médecins colombiens à recevoir une bourse de la Fondation Rockefeller, et à se rendre aux États-Unis pour y étudier la Santé publique. En 1932, Enciso évaluait à 7 347 les lépreux de Colombie, pour une population de huit millions d'habitants. Soit 0,09 % de la population totale : un taux certes encore élevé, mais sans commune mesure avec les chiffres de 20 000 ou même 30 000 lépreux avancés aux XIX^e siècle. Dans son rapport officiel, Enciso affirmait que la lèpre était une maladie guérissable. Le remède le plus efficace, l'huile *Hydnocarpus*, et l'un de ses esters, l'huile de chaulmoogra, originaire d'Inde, était connu en Colombie depuis 1881 au moins (26). Certains médecins, s'alignant sur la « nouvelle » attitude à l'égard de la maladie, découvrirent des racines sociales et économiques de la lèpre dans la société colombienne, très forte-

ment stratifiée. Le docteur Julio Manrique soutint que la cause de la lèpre était le dénuement : le fait que les classes aisées contractaient rarement la maladie prouvait que la faim et la sous-alimentation en étaient les antécédents indéniables (27). Ces idées n'étaient pas neuves : dans les paradigmes prébactériologiques, on reconnaissait à la lèpre de multiples causes, parmi lesquelles la malnutrition et le manque d'hygiène. Un rapport adressé au directeur national de la Santé, publié en 1935, déclarait que le gouvernement colombien utilisait la plus grande partie de son budget de lutte contre la lèpre à l'entretien des léproseries. Il proposait de renverser les priorités et d'utiliser une part considérable de ce budget au traitement des malades et à une campagne de prévention dans l'ensemble du pays. Le rapport dénonçait également l'absence de statistiques fiables et préconisait un recensement de la population lépreuse (28).

Conformément aux recommandations de Burnet, le représentant de la Société des Nations, la Société colombienne de léprologie fut fondée en 1939 : elle comptait quarante membres et devait fournir une base scientifique à la lutte contre la lèpre. La Société démarra la publication d'un journal trimestriel, la *Revista Colombiana de Leprologia*. Dix de ses membres adhérèrent à l'Association internationale de léprologie et l'information apparut dans l'*International Journal of Leprosy* sous le titre « Une nouvelle époque en Colombie » (29). Le pays pénétrait ainsi effectivement dans le réseau des institutions internationales de recherche et d'épidémiologie de la maladie. Le journal annonçait également la création, par décret du président de la République colombienne, d'un ministère du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance sociale, dont l'un des neuf départements était celui de la lutte contre la lèpre (Departamento de Lucha Antileprosa) (30).

Conclusions

J'ai montré l'évolution des positions du corps médical colombien à l'égard de la lèpre : les médecins sont passés de la répugnance profonde à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, à une attitude modérée et plus compréhensive dans les années 1920-1930. Ces changements sont dus, je le crois, à leur processus de professionnalisation et, plus généralement, à leur statut de membre de l'élite dominante. Les médecins colombiens surimposèrent une représentation biblique de la lèpre, maladie repoussante entre toutes, à l'aversion de l'Occident envers les maladies « tropicales », dont souffraient exclusivement les peuples « inférieurs ». Dans ce cas, les incertitudes de la science et le rejet social des malades de la lèpre jouèrent un rôle important dans la construction sociale et politique de la lèpre.

Alors que les Occidentaux « re-découvraient » la lèpre dans leurs empires coloniaux à la fin du XIX^e siècle, les médecins colombiens la « redécouvraient » chez eux à l'état endémique, dans leur propre univers « colonial » : les terres situées loin des zones urbaines, et les populations rurales pauvres émigrant dans les villes. A quelques rares exceptions près, comme Carasquilla, les médecins, en tant que groupe professionnel, firent face à la maladie avec la même horreur que les colons nord-américains et européens à Hawaï et ailleurs. Ils prétendirent suivre le « modèle norvégien », et, de fait, ils suivirent les recommandations de Hansen, puisqu'Hansen lui-même était partisan d'un isolationnisme rigoureux. Toutefois, le modèle sanitaire norvégien avait été élaboré bien avant la découverte de Hansen, et il s'était avéré efficace pour lutter contre la propa-

gation de la maladie, même s'il était fondé sur des idées (telles que la théorie de l'hérédité comme cause de la lèpre) considérées depuis comme scientifiquement inexactes. Qui plus est, la méthode norvégienne provenait d'un contexte social et culturel particulier. Elle s'inscrivait dans un mouvement nationaliste qui embrassait aussi les arts, la littérature et la musique, et ne pouvait donc être « appliquée » partout avec le même succès. En Colombie, outre les difficultés économiques, l'état de guerre civile permanente et la fragilité des institutions politiques durant cette période empêchèrent que l'on puisse donner une solution définitive au problème de la lèpre. Cette fragilité se manifesta dans les revirements du gouvernement, qui parfois attribua à l'administration centrale la responsabilité du soin des malades, et parfois la confia aux autorités départementales ou municipales.

Le désir du corps médical colombien de forger une « médecine nationale » est un second élément très important de la construction de la lèpre en Colombie. Il existait une tension constante entre la nécessité de répondre aux besoins locaux dont les médecins tiraient leur légitimité, et leur volonté de participer au courant dominant de la science médicale. Être informés des débats médicaux en Europe ou aux États-Unis et suivre les discussions à un niveau scientifique « universel », d'une part, et, au même moment, proposer des solutions aux problèmes médicaux de leur pays constituait, pour eux, des objectifs également importants quoique quelque peu contradictoires. A la différence de leurs collègues norvégiens, les médecins colombiens étaient incapables de trouver leur propre réponse au défi de la lèpre, parce qu'ils avaient tendance à se reposer sur des solutions et des connaissances consacrées ailleurs. Cette dépendance n'était pas le propre des médecins, elle était partagée, à l'époque, par l'ensemble des élites colombiennes. Le gouvernement, par exemple, avait songé à faire venir Hansen lui-même pour trouver une solution au problème de la lèpre en Colombie, et, à plusieurs reprises, on vit des fonctionnaires louer les services de bactériologistes étrangers, ignorant de façon flagrante les spécialistes nationaux compétents (31).

Le changement d'attitude des médecins ne fut certainement pas le résultat de découvertes scientifiques, mais de besoins socio-politiques. De fait, après Hansen, la science progressa de façon moins spectaculaire dans la connaissance de la lèpre. Le mode de transmission de la maladie est encore incertain (32). Au cours des années 1920-1930, les médecins colombiens firent de la lèpre un objet de connaissance médicale. Il est incontestable qu'ils avaient l'expérience nécessaire pour lutter contre la maladie. L'attitude plus souple adoptée désormais par le corps médical était conforme au nouveau standing international de la nation. Il fallait présenter une image positive du pays et de son peuple si le lien entre la Colombie et le « monde civilisé » – comme aimaient à dire les élites en se référant à l'Europe et aux États-Unis – devait être formé et préservé. Les médecins participaient à des conférences internationales, ils se mettaient en position privilégiée pour transformer leur image (33).

Traduction de Françoise Arvanitis

NOTES

1. Les historiens de la lèpre ont raconté la querelle d'antériorité qui opposa Hansen et l'Allemand Albert Neisser à propos de la découverte de *Mycobacterium leprae*. Neisser, à partir de matériel réuni par Hansen lui-même, utilisa des techniques de coloration élaborées par Weigert et Koch, et fut en mesure de présenter, en 1879, une description plus convaincante du bacille que celle proposée par Hansen. C'est néanmoins Hansen qui eut le privilège de lui donner son nom.
2. Carrasquilla, Juan de Dios. « Disertacion sobre la etiologia y el contagio de la lepra ». *Revista Medica de Bogota* XIII, 137 (mai 1889) : 473-4 (note). *Ibid.* XII, 134 (février 1889) : 337-8.
3. Enciso, Enrique. « Breve historia de la campana contre la lepra en Colombia. Nuevo plan de lucha contra esta enfermedad ». *Revista de Higiene* XIII, Segunda época, (août 1932) : 261-2.
4. « La lepra en sus aspectos clinicos y patologicos » par les Dr. Armauer Hansen et Carl Looft (traduction de Andres Vargas Munoz dédicacée pour Juan de Dios Carrasquilla, Pedro M. Ibanez et Roberto Azuero. *Revista Medica de Bogota* XXI, 235 (novembre 1898) : 113-24 ; XXI, 240 (avril 1899) : 280-8 ; XXI, 241 (mai 1899) : 311-9 ; XXI, 242 (juin 1899) : 344-52 ; XXII, 244 (août 1899) : 410-6 ; XXII, 245 (septembre 1899) : 444-8 ; XXII, 246 (octobre 1899) : 477-80 ; XXII, 247 (novembre 1899) : 488-512 ; XXII, 248 (décembre 1899) : 533-41.
5. Voir par exemple « Lepra » (conférences données au Colegio Real de Cirujanos de Ingleterra par J. Hutchinson, les 23 et 25 juin 1880, citées par D.E. Coronado). *Revista Medica de Bogota* VIII, 94 (avril 1884) : 419-21 ; et Castaneda, Gabriel J. « Lepra de los Griegos: Resumem ordenado de los estudios hechos sobre esta enfermedad en la ultima década ». *Ibid.* XVI, 177-8 (septembre-octobre 1892) : 173-88.
6. Carrasquilla Juan de Dios. « Disertacion sobre la etiologia y el contagio de la lepra ». *Revista Medica de Bogota* XIII, 137 (mai 1889) : 441-84.
7. Enciso, Enrique. « Breve historia de la campana contre la lepra en Colombia. Nuevo plan de lucha contra esta enfermedad ». *Revista de Higiene* (Organon del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Publica) XIII, 8 Segunda época, (août 1932) : 261-4.
8. « Conferencia Internacional sobre la lepra, habida en Berlin del 11 al 16 de Octubre de 1897 ». (Extrait des discussions faites par le Dr E. Kummer pour la *Semaine médicale* de Paris, traduit par le Dr M.N. Lobo). *Revista Medica de Bogota* XX, 226 (février 1898) : 213-221 ; XX, 227 (mars 1898-) : 252-5 ; XX, 228 (avril 1898) : 269-82.
9. Michelsen U.Carlos. « La lepra ». *Revista Medica de Bogota* XXI, 232 (août 1898) : 1, 29.
10. Ce fut la plus dure des guerres civiles latino-américaines au XIX^e siècle (on estime les pertes à 10 000 personnes sur une population de 4 millions d'habitants), et la dernière des guerres civiles « déclarées », en Colombie. Les libéraux s'étaient révoltés, sans succès, contre les conservateurs au pouvoir depuis 1886. Lire : Tirado Mejia (1976) et Bushnell (1992).
11. Lombana Barreneche, José Maria. « Fundacion de lazarettos departamentales ». *Revista Medica de Bogota* XXIII, 279 (juillet 1903) : 865-870.
12. Tous les médecins ne partageaient pas, toutefois, ce point de vue apocalyptique. Au contraire, lorsqu'il prit la parole devant ses collègues au III^e Congrès scientifique latino-américain, réuni à Rio de Janeiro deux ans plus tard, Juan de Dios Carrasquilla adjura les autorités colombiennes d'établir des statistiques exactes pour pouvoir évaluer l'ampleur réelle de la maladie. Selon lui, l'exagération du nombre de lépreux portait un grand préjudice au pays. (Carrasquilla Juan de Dios. « La lepra, Etiologia, historia y profilaxis », par el Dr Juan de D.Carrasquilla. Memoria presentada al tercer Congreco Científico Latinoamericano que ha de reunirse en Rio Janeiro en Agosto de 1905. *Revista Medica de Bogota*, XXV, 301 (mai 1905) : 289-302). En fait, la première mesure de lutte contre la lèpre prise par les Norvégiens avait été précisément de déterminer l'ampleur du problème (Gussow, 1989 : 69).
13. Montoya y Florez, J.B. « Profilaxis de la lepra en Colombia. (Segundo Congreso Medico Nacional) ». *Revista Medica de Bogota* XXXI, 375 (septembre 1913) : 321-331.

14. Roa, Jorge. « Notas del señor Ministro de Gobierno sobre lazarettos ». *Revista Medica de Bogota* XXXIX, 347-8 (juin 1911) : 133-41.
15. « Lepra ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* VI-5, 65 (février 1915) : 161-4.
16. Ley 32 de 1918 (29 octobre) sobre organizacion y direccion de los Lazarettos de la Republica y reorganizacion de la Direccion Nacional de Higiene. *Revista de Higiene* IX, 3, (décembre 1918) : 72-78.
17. Il calcula qu'en 1916, le nombre des lépreux en Colombie ne dépassait pas 4.600. Selon lui, les chiffres avancés de 20 000 et 30 000 malades étaient des falsifications grossières. Garcia Medina, Pablo : « Estadística de la lepra en Colombia ». *Revista Medica de Bogota* XXXIV, 407-11 (mai-septembre 1916) : 372-90.
18. Garcia Medina, Pablo. « Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Montevideo. Informe presentado por el Delegado de la Republica de Colombia ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XII-8, 140 (mai 1921) : 406-20.
19. Esguerra, Carlos. « El problema de la lepra en Colombia ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XIII-6, 150 (mars 1922), 291-305.
20. « Sobre lepra ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XIII-6, 150 (mars 1922) : 291-305.
21. Ces pays étaient les suivants : Argentine, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, États-Unis, Uruguay et Venezuela.
22. « La primera Conferencia Americana de la lepra ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XIV-3, 159 (décembre 1922) : 85-90.
23. Enciso, Enrique. « Breve historia de la campana contre la lepra en Colombia. Nuevo plan de lucha contra esta enfermedad ». *Revista de Higiene* XIII, Segunda época, (août 1932) : 260 ; « Ley Numero 32 de 1932 » (18 novembre). Ibid. XIV (2a. época), vol. II, n° 2 (février 1933) : 50-54 .
24. Montana Eliseo. « Estado actual de la lucha contra la lepra en Colombia. (La conferencia del profesor Burnet) ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XX-4, 232 (avril 1929) : 172-79.
25. Herrera Restrepo, Alejandro. « Sobre lepra ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XXI-9, 249 (septembre 1930) : 422-6 ; et *Resolucion* número 17 de 1930 (5 mars). Ibid. 427-29.
26. Enciso, Enrique. « Breve historia de la campana contre la lepra en Colombia. Nuevo plan de lucha contra esta enfermedad ». *Revista de Higiene* XIII, Segunda época, (août 1932) : 260.
27. Manrique, Julio. « Carate y lepra, enfermedades de carencia ? ». *Repertorio de Medecina y Cirugia* XXIII-3, 267 (mars 1932) : 99-102.
28. « Informe sobre lepra que la Seccion 5a rinde al señor Director Nacional de Higiene » *Revista de Higiene* XVI, 7-10 (juillet-octobre 1930) : 53-155. Un sommaire de ce rapport fut publié dans *International Journal of Leprosy* 5,3 (1937) : 373-5.
29. « Leprosy News and Notes », *International Journal of Leprosy* 7,3 (1939) : 415-16.
30. Cet intérêt pour la recherche est illustré par la visite en Colombie du Dr H.C. Souza Araujo, chercheur brésilien spécialisé dans la bactériologie et l'épidémiologie de la lèpre. Il mena une enquête sur le problème de la lèpre et donna à Bogota un cours sur cette maladie qui fut suivi par trente-deux médecins. *Revista Colombiana de Leprologia* (1939).
31. *Revista Medica de Bogota* 21, 243 (juillet 1899).
32. Ce n'est qu'en 1942 que Guy H. Faget introduisit un dérivé de sulfone (*promin*) qui permit une réelle amélioration du traitement de la maladie par rapport à l'huile de Chaulmoogra, et c'est en 1960 seulement que Charles Shephard fut en mesure d'inoculer le bacille de Hansen dans la plante des pattes des souris (Grange, 1980 : 3, Etheridge, 1992 : 131-3).
33. Comme je l'ai montré ailleurs (Obregon, 1992 : 62-88), les médecins se sont souvent engagés dans des activités économiques et politiques. Mais il n'est pas question ici d'intérêts privés : faisant partie de l'élite, les médecins en partageaient certains objectifs et leur attitude face à la lèpre était déterminée par ces objectifs.



BIBLIOGRAPHIE

- Ackerknecht, Erwin, MD. 1965. *History and Geography of the Most Important Diseases*. New York: Hafner Publishing C.
- Bean, William B. 1977. Walter Reed and the Ordeal of Human Experiments. *Bulletin of the History of Medicine* 51 (Spring): 75-92.
- Ben-Yehuda, Nachman. 1990. *The Politics and Morality of Deviance: Moral Panics, Drug Abuse, Deviant Science, and Reversed Stigmatization*. Albany. State University of New York Press.
- Best, Joel. 1989. *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. New York. Aldine De Gruyter.
- Browne, Stanley G. 1975. Some Aspects of the History of Leprosy: The Leprosie of Yesterday. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 68 (8): 485-93.
- Burgess, Perry. 1951. *Born of those Years*. New York: Henry Holt and Company.
- Bushnell, David. 1992. Politics and Violence in Nineteenth-Century Colombia. *Violence in Colombia: The Contemporary Crisis in Historical Perspective*. Ed. by Charles Bergquist et al. Wilmington, DE. A Scholarly Resources Inc. Imprint. 11-30.
- Chapman, Ronald Fettes. 1982. *Leonard Wood and the Leprosy in the Philippines: The Culion Leper Colony, 1921-1927*. University Press of America.
- Clezy, J.K.A. 1973. Hansen and his Bacillus. *Papua New Guinea Medical Journal* 16 (June): 77-79.
- Cochrane, Robert G. and T. Frank Davey. 1964. *Leprosy in Theory and Practice*. 2nd ed. Bristol: John Wright & Sons.
- Cooter, Roger. 1982. Anticontagionism and History's Medical Record. *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine* ed. by Peter Wright and Andrew Treacher. Edinburgh University Press.
- Crosby, Alfred W. 1992. Hawaiian Depopulation as a Model for the Amerindian Experience. *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence* ed. by Terence Ranger and Paul Slack. Cambridge University Press.
- Danielssen Daniel C. and W. Boeck. 1948. *Traité de la Spedalsshed ou Elephantiasis des Grecs*. Monographie. Paris: J.B. Ballière.
- Delaporte, François. 1986. *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832*. Cambridge. The MIT Press.
- Elias, Norbert. 1985. *The Loneliness of the Dying*. New York. Basil Blackwell.
- Etheridge, Elizabeth W. 1992. *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control*. Berkeley: University of California Press.
- Fee, Elizabeth and Daniel M. Fox (eds). 1992. *AIDS: The Making of a Chronic Disease*. Berkeley. University of California Press.
- Fleck, Ludwik. 1935/1979. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. Ed. by Thaddeus Trenn and Robert K. Merton. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, Michel. 1965. *Madness and Civilization*. New York. Random House.
- Foucault, Michel. 1973. *The Birth of the Clinic*. London. Tavistock.
- Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris. Gallimard.
- Gieryn, Thomas. Boundary Work and the Demarcation of Science from Non-science, Strains and Interests and Professional Ideologies of Scientists. *The American Sociological Review* 47 (1983): 781-795.
- Grange, John M. 1980. *Mycobacterial Diseases*. New York: Elsevier North Holland, Inc.

- Gussow, Zachary. 1989. *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*. Boulder, CO: Westview Press.
- Hansen, Gerhard Armauer. 1874. Undersogelser angaaende Spedalskhedens Aarsager. *Norsk Mag. f. Laegev* 4: 1-88.
- Hansen, Gerhard Armauer and C. Looft. 1895. *Leprosy in its Clinical and Pathological Aspects*, translated by N. Walker. Bristol: John Wright and Co.
- Helg, Aline. 1986. El desarrollo de la instrucción militar en Colombia en los años 20: Estudio del impacto de una misión militar suiza. *Revista Colombiana de Educación* 17 (Jan.-June): 19-40.
- Helg, Aline. 1989. Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920. *Estudios Sociales* 4 (March): 37-52.
- Irgens, Lorentz. 1992. Hansen, 150 Years after his Birth, the Context of a Medical Discovery. *International Journal of Leprosy* 60 (3): 466-69.
- Moore, R.I. 1987. *The Formation of a Persecuting Society: Power and Deviance in Western Europe, 950-1250*. Oxford. Basil Blackwell.
- Montoya y Florez, Juan Bautista. 1910. *Contribución al estudio de la lepra en Colombia*. Medellín. Imprenta Editorial.
- Obregón, Diana. 1992. *Surgimiento de las Sociedades Científicas en Colombia: La invención de una Tradición, 1859-1936*. Bogotá: Banco de la República.
- Ocampo, José Antonio. 1984. *Colombia y la economía mundial 1830-1910*. Bogotá: Siglo XXI.
- Palacios, Marco. 1980. *Coffee in Colombia, 1850-1970: An economic, social, and political history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sontag, Susan. 1978. *Illness as Metaphor*. New York. Farrar, Straus and Groux.
- Sontag, Susan. 1989. *AIDS and Its Metaphors*. New York. Farrar, Straus and Groux.
- Wade, Peter. 1993. *Blackness and Race Mixture: The Dynamics of Racial Identity in Colombia*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- Waxler Nancy E. 1981. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness. *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care* ed. by Elliot Mishler et al., Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolpe, Harold. 1975. The Theory of Internal Colonialism: the South African Case. *Beyond the Sociology of Development: Economy and Society in Latin America and Africa* ed. by Ivar Oxaal et al. London. Routledge & Kegan Paul.
- Worboys, Michael. 1988. Manson, Ross, and colonial medical policy: tropical medicine in London and Liverpool, 1899-1914. *Disease, Medicine, and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. Ed. by Roy MacLeod and Milton Lewis. London: Routledge.



**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^E SIÈCLE**

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**



VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

CRISTOM
éditions

**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^e SIÈCLE**

20TH CENTURY SCIENCES:
BEYOND THE METROPOLIS

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**

VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ
MEDICAL PRACTICES AND HEALTH

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

ORSTOM Éditions

L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION
PARIS 1996