

Zeitschrift:	Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Band:	74 (2024)
Heft:	3
Artikel:	Syphilis exotique : comment la médecine a fait de la syphilis une maladie dermatologique "bénigne" durant la colonisation (France, 1900-1940)
Autor:	Linte, Guillaume
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1074683

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Syphilis exotique. Comment la médecine a fait de la syphilis une maladie dermatologique «bénigne» durant la colonisation (France, 1900–1940)¹

Guillaume Linte

Exotic syphilis. How medicine turned syphilis into a «benign» skin disease during the colonial era (France, 1900–1940)

During the first half of the 20th century, syphilis was a major public health issue in France and its colonial empire. However, the disease was not seen in the same light in the colonies, or, more specifically, among the colonised population. In the 1900s, a form of the disease that was supposed to be specific to them was defined: «exotic syphilis». This was said to differ from the disease known in Europe due to different modes of contamination and symptoms. Regarded as extremely serious in France, syphilis was considered to be a relatively benign dermatological condition in its exotic form. This article analyses the evolution of medical conceptions of this disease between 1900 and the Second World War, and demonstrates how these ideas contributed to minimising the health problem it represented in the colonies.

La gravité de la syphilis, sous les tropiques, est commandée par divers facteurs. Le plus important, c'est la *race*. Ainsi, les noirs jouissent d'une immunité relative contre la vérole; non pas qu'ils soient à l'abri de cette maladie, loin de là, mais chez eux elle présente en général une évolution bénigne.²

Par ces mots, prononcés à l'Institut de médecine coloniale de Paris en 1903, Édouard Jeanselme transmet à ses étudiants une conception nouvelle de la syphilis, sous les traits d'une pathologie tropicale à la gravité relative. Cette représentation de la maladie a durablement structuré sa compréhension et sa prise en charge aux colonies durant la première moitié du XX^e siècle. Considérée comme un fléau majeur pour l'avenir des populations européennes, la syphilis devient un problème de santé moindre pour celles de l'empire. Une «syphilis exotique» se présentant sous les traits d'une maladie de peau bénigne.

En France, la syphilis s'impose comme un enjeu de santé publique majeur au tournant du XIX^e et du XX^e siècle. Avec l'alcoolisme et la tuberculose, elle appartenait à la triade des maladies dites «sociales», identifiées comme des

¹ Le présent article est publié dans le cadre du projet FNS Sinergia An Interdisciplinary Model to Explain Neverending Infectious Diseases. The Case of Syphilis (1859 to the present) (n°186394).

² Édouard Jeanselme, Cours de dermatologie exotique, Paris 1904, p. 138.

«fléaux» exerçant leurs ravages dans un large spectre de la population.³ Associée à d'autres pathologies sexuellement transmissibles, à savoir la blennorragie et le chancre mou, elles formaient une menace vitale pour l'avenir de la nation, un *péril vénérien* dont l'ombre menaçante planait sur l'ensemble de la société. Les risques associés aux «maladies vénériennes», dont la syphilis était la plus redoutée, concernaient à la fois le présent et le futur du pays. D'une part, elles exerçaient une influence directe sur la démographie, causant des décès dans ses formes les plus graves et frappant durement la natalité, à travers la stérilité, les fausses couches et la mise au monde d'enfants non-viables. D'autre part, elles faisaient craindre, à long terme, une «dégénérescence de la race», entendue comme une baisse qualitative des individus composant la société. Ce phénomène formait la conséquence, d'après les conceptions médicales de l'époque, de la forme héréditaire de la maladie: *l'hérédosyphilis*.⁴ Cette dernière était réputée capable de sauter les générations et d'abâtar dir tout un lignage dès lors qu'un de ses membres avait été «avarié» par la maladie.⁵ Après «l'âge d'or du péril vénérien», qui s'étend de 1885 à la Première guerre mondiale selon Alain Corbin, la crispation de la société française face à la syphilis continue de croître avec le premier conflit mondial,⁶ et la mobilisation sanitaire se renforce encore davantage.⁷

La syphilis était considérée comme une maladie grave par les médecins français, tant dans son tableau clinique que dans ses conséquences à long terme. Qu'en était-il aux colonies? Le contexte colonial était également marqué par une forte anxiété autour de la question démographique.⁸ Une angoisse qui ne touchait pas seulement la France, mais qui était largement partagée dans les empires européens, en particulier en Afrique.⁹ Dans les colonies, la démographie était jugée moribonde en raison d'une mortalité infantile élevée, mais aussi des

³ Virginie De Luca Barrusse, Population en danger! La lutte contre les fléaux sociaux sous la Troisième République, Bern 2013; Virginie De Luca Barrusse, Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940. L'exemple de la lutte antivénérienne», in: Population 64/3, (2009), p. 531–560.

⁴ Alain Corbin, L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'héritérité morbide, in: Romantisme 31 (1981), p. 148.

⁵ Alexandre Wenger, Littérature et syphilis. Le roman de prévention antivénérien (1890–1910), in: Arts et Savoirs 18 (2022).

⁶ Jean-Yves Le Naour, Sur le front intérieur du péril vénérien (1914–1918), in: Annales de démographie historique 103/1 (2002), p. 107–120.

⁷ Virginie De Luca Barrusse, Population en danger!, p. 219–256.

⁸ Pour le cas du Sénégal, par exemple, voir: Mor Ndao, L'alimentation et la santé des *enfants* dans le Sénégal colonial (1905–1960), Paris 2015; Mor Ndao, Les prises en charge des pathologies vénériennes par le pouvoir colonial au Sénégal (1850–1960). Éclairages et enseignements pour le Sida, in: Annales de la Faculté des Lettres et Science Humaines 39B (2009), p. 40–68.

⁹ En Angola, par exemple, la question démographique constitue une source d'inquiétude croissante pour l'administration coloniale portugaise à partir du début du XX^e siècle; Samuël Coghe, Population Politics in the Tropics. Demography, Health and Transimperialism in Colonial Angola, Cambridge 2022.

ravages exercés par les épidémies tropicales. Les enjeux autour de la syphilis se posaient néanmoins en d'autres termes qu'en France. Le principal risque perçu était que la main d'œuvre se tarisse et mette en péril l'exploitation économique des territoires occupés, sinon le projet colonial dans son ensemble. Pour l'Afrique subsaharienne, le slogan «Faire du Nègre» se retrouve autant dans les documents de l'administration coloniale que dans la presse.¹⁰ Cette expression faisait référence à la politique nataliste mise en place à destination des populations africaines de l'empire. Il s'agissait d'encourager les naissances et de réduire la mortalité infantile – et générale – afin d'assurer le renouvellement démographique dans les colonies. Un projet qui mobilise alors largement l'administration coloniale et les médecins, mais aussi des associations telles que les «Œuvres du Berceau».¹¹ Dans ce contexte, on aurait pu présumer que la lutte contre la syphilis occupe une place centrale. Or, celle-ci a souvent été reléguée au second plan.¹² Les actions contre les grandes endémies et épidémies tropicales plus létales, telles que la trypanosomiase, le paludisme ou la peste, sont priorisées et mobilisent des moyens importants.¹³

Maladie au cœur des préoccupations sanitaires en France, la syphilis est négligée dans les colonies. Cet article démontre que l'une des explications à cette différence de traitement réside dans sa redéfinition en une pathologie dermatologique tropicale pour les populations colonisées: la «syphilis exotique». Ce glissement de la maladie au sein de la nosologie coloniale n'est pas seulement le fait des médecins des colonies, mais aussi la conséquence des premières recherches menées sur l'agent infectieux responsable de la maladie.

¹⁰ Delphine Peiretti-Courtis, *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial (XIX^e–XX^e siècles)*, Paris 2021, p. 234–252; Myron Echenberg, «Faire du nègre». *Military Aspects of Population Planning in French West Africa, 1920–1940*, in: D.D. Cordell, J.W. Gregory (éds.), *African Population and Capitalism. Historical Perspectives*, Boulder 1987, p. 95–108.

¹¹ Mor Ndao, *Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal: discours et réalités (1930–1960)*, in: *Revue sénégalaise d'histoire* NS 6 (2005); Guillaume Linte, *Care, Maternal Welfare, and Women's Associations in French Colonial Africa: L'Œuvre du Berceau indigène in Togo and Cameroon (1922–1935)*, in: *Dynamis* 44/1 (2024), p. 77–102; Jane Turritin, *Colonial Midwives and Modernizing Childbirth in French West Africa*, in: Jean Allman, Susan Geiger and Nakanyike Musisi (éds.), *Women in African Colonial Histories*, Bloomington 2022, p. 71–91. Voir aussi, pour l'Afrique du Nord, Claire Fredj, *Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant «indigènes» (XIX^e–début du XX^e siècle)*, in: *Annales de démographie historique* 122/2 (2011), p. 169–203.

¹² Guillaume Linte, *Syphilis, Blanchiment and French Colonial Medicine in Sub-Saharan Africa during the Interwar Period*, in: *Medical History* 67/4 (2023), p. 307–323.

¹³ Claire Fredj, *Le laboratoire et le bled. L'Institut Pasteur d'Alger et les médecins de colonisation dans la lutte contre le paludisme (1904–1939)*, in: *Dynamis* 36/2 (2016), p. 293–316; Jean-Pierre Dozon, *Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil*, in: *Sciences Sociales et Santé* III/3–4 (1985), p. 27–56; Guillaume Lachenal, *Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat camerounais. Une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot*, in: *Canadian Bulletin of Medical History* 30/2 (2013), p. 23–45; Myron J. Echenberg, *Black Death, White Medicine. Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914–1945*, Portsmouth 2002.

Cet article débute avec l'étude des théories sur la «syphilis exotique» et ses origines en France, autour de la figure centrale du dermatologue Édouard Jeanselme puis des premiers travaux en bactériologie s'intéressant à l'unicité du tréponème pâle. Il met ensuite en lumière la réception de ces idées et la multiplicité des conceptions sur la syphilis en contexte colonial, que d'aucuns considéraient comme une forme originelle de la maladie, semblable à celle des premiers siècles en Europe – c'est-à-dire entre la fin du XV^e et le milieu du XVII^e siècle.¹⁴ Enfin, il examine le déclin et la réfutation des théories soutenant l'existence d'une syphilis exotique dermatologique à partir des années 1930.

Édouard Jeanselme et l'invention de la «syphilis exotique»

L'un des premiers à théoriser et diffuser l'idée d'une «syphilis exotique» en France est Édouard Jeanselme. Dermatologue de formation, il est nommé professeur à l'Institut de médecine coloniale en 1902, au retour d'un séjour en Extrême-Orient. En 1901, il publie dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* un article qui va influencer pour plusieurs décennies la définition de la syphilis aux colonies: «La syphilis dans la péninsule indo-chinoise».¹⁵ Précisons que, si l'agent n'est pas encore identifié, l'idée d'une origine infectieuse de la syphilis est déjà largement partagée parmi les médecins. Dans son texte, Jeanselme considère que la maladie est «pandémique», mais affirme que son expression clinique chez les populations colonisées se différencie de celle des Européens:

Les habitudes sociales imposées par le climat, en favorisant ou en contrariant telle localisation du virus, imprime à la vérole un cachet spécial. Toutes choses égales d'ailleurs, un indigène des régions intertropicales, apathique et sobre, ne réagira pas vis-à-vis du poison syphilitique de la même manière qu'un Européen intempérant et surmené.¹⁶

La spécificité de la «syphilis exotique» décrite par Jeanselme est qu'elle ne débouche pas sur les formes sévères connues en Europe, à savoir des complications neurologiques graves (paralysie générale et tabès), mais se limite à «des atteintes sur le tégument externe et l'appareil locomoteur».¹⁷ Néanmoins, au

¹⁴ Voir notamment les ouvrages de Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris 1986, p. 9–134 et Jérôme Laubner, *Vénus malade. Représentations de la vérole et des vérolés dans les discours littéraires et médicaux en France (1495–1633)*, Genève 2023.

¹⁵ Edouard Jeanselme, *La syphilis dans la péninsule Indo-Chinoise*, in: *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 4/II (1901), p. 817–837.

¹⁶ *Ibid.*, p. 817.

¹⁷ *Ibid.*, p. 819–820.

nom de «l'intérêt économique, d'accord avec l'obligation morale», il appelle l'administration coloniale à ne pas négliger le traitement des syphilitiques.¹⁸

À son arrivée au sein de l'Institut de médecine coloniale, Jeanselme prend la charge de l'enseignement de la *dermatologie exotique*, dont la retranscription des séances est publiée par l'un de ses élèves.¹⁹ Dans la préface de l'ouvrage, l'enseignant précise que «Ce cours a pour but de faciliter la tâche des jeunes praticiens qui se destinent à exercer dans les régions intertropicales».²⁰ Cet ouvrage fait référence au cours des décennies suivantes, en particulier pour les spécialistes de dermatologie et vénéréologie, à l'image de Georges Lacapère.²¹ La huitième leçon est consacrée à la «syphilis exotique»,²² que Jeanselme présente comme un sujet nouveau et à peine étudié avant lui: «Contrairement à ce que vous pourriez croire, Messieurs, la syphilis exotique est un sujet neuf, qui n'a pas encore été exposé dans son ensemble».²³

Un point central dans la redéfinition tropicale de la syphilis consiste à l'éloigner de la catégorie des «maladies vénériennes». D'après Jeanselme, chez les populations colonisées, il s'agit avant tout d'une pathologie propagée par le contact direct, non-sexuel, entre un sujet malade et un sujet sain:

L'étiologie de la syphilis exotique présente quelques particularités intéressantes. [...] la vérole reconnaît assez souvent une origine extra-génitale. L'indigène ne porte que peu ou pas de vêtements: sa peau est ainsi directement exposée aux atteintes du virus. Les excoriations cutanées, si fréquentes au niveau des jambes et des pieds, les pustules de la gale, les piqûres des moustiques et autres insectes parasites, sont autant de portes d'entrée ouvertes à l'infection.²⁴

Si en Europe d'autres modes de transmission étaient admis pour la syphilis, tels que la salive pour les souffleurs de verre,²⁵ ils étaient considérés comme un pan très marginal des contaminations. Jeanselme place quant à lui les infections sexuelles au second plan, insistant à la fois sur l'influence des modes de vie et sur celle de l'environnement. Il s'agit là d'un renversement dans la définition traditionnelle de la maladie, l'extirpant de la catégorie des «maladies vénériennes». À travers un renouvellement de son étiologie, la syphilis est redéfinie comme une pathologie se transmettant par voie cutanée.

¹⁸ *Ibid.*, p. 824.

¹⁹ Ces cours ont fait l'objet d'une transcription et d'une publication en 1904: Édouard Jeanselme, *Cours de dermatologie exotique*, recueilli et rédigé par M. Trémolières, Paris 1904.

²⁰ *Ibid.*, p. 10.

²¹ Hannah-Louise Clark, Civilization and Syphilization. A Doctor and His Disease in Colonial Morocco, in: *Bulletin of the History of Medicine* 87/1 (2013), p. 101.

²² Édouard Jeanselme, *Cours de dermatologie exotique*, p. 135–157.

²³ *Ibid.*, p. 135.

²⁴ *Ibid.*, p. 139.

²⁵ J. Guinand, *De la Syphilis des verriers: hygiène et prophylaxie par la visite sanitaire*, Paris 1881.

Ce mouvement se confirme avec la description des symptômes. Jeanselme considère que la syphilis est, à des degrés différents, plus bénigne chez les Africains et les Asiatiques, que chez les Européens.²⁶ Cette gravité moindre est nuancée pour certaines populations, comme celles de Madagascar ou d'Indochine, qui seraient frappées avec plus de virulence. La syphilis exotique qui les touche entraînerait «des mutilations incurables» en raison des atteintes osseuses et dermatologiques profondes qui la caractériseraient. Cependant, elle reste d'une moindre gravité aux yeux de Jeanselme du fait de sa létalité limitée. Plus précisément, le médecin prétend que la maladie ne prend que des formes dermatologiques ou osseuses, mais jamais celles neurologiques redoutées en Europe. Cette «bénignité relative», explique-il, tient au fait que «chez les hommes de couleur, les affections parasyphilitiques sont exceptionnelles, ou même tout à fait inconnues», et ce en raison d'un mode de vie «sobre et indolent», comparé aux «diverses formes de surmenage nerveux auxquelles sont trop souvent exposés les Occidentaux».²⁷ Il s'agit aussi, selon Jeanselme, de l'application à la syphilis exotique d'une règle générale pour les pathologies tropicales, arguant que «la fièvre jaune, par exemple, épargne d'ordinaire les nègres, dont la prédisposition au tétanos est connue».²⁸ Un lieu commun effectivement fréquent dans l'histoire de la santé coloniale.²⁹

Un autre point significatif est le rôle de cette virulence atténuée dans la diffusion de la maladie: «là où la syphilis est atténuée, elle ne possède qu'une faible force d'expansion. Ainsi dans l'État du Congo, fondé depuis peu par les Belges, la vérole est en progrès, mais elle n'a pas le caractère meurtrier qu'elle prend d'ordinaire dans les contrées récemment ouvertes au commerce».³⁰ La minimisation du danger ne tient donc pas seulement à ses conséquences sur la santé des individus atteints, mais opère aussi à l'échelle collective, en suggérant une moindre contagiosité.

La théorie dualiste de Constantin Levaditi et Auguste Marie

La question de l'unicité de la syphilis ne se réduit pas uniquement à sa dimension coloniale, elle motive également des recherches en France. La découverte en 1905 par Fritz Schaudinn et Erich Hoffmann du *Treponema pallidum pallidum*, la bactérie responsable de la maladie, ouvre un nouveau champ des possibles quant à l'étude de la syphilis exotique. Existe-t-il une ou

²⁶ Édouard Jeanselme, *Cours de dermatologie exotique*, p. 138.

²⁷ *Ibid.*, p. 146.

²⁸ *Ibid.*, p. 138.

²⁹ Delphine Peiretti-Courtis, *Corps noirs et médecins blancs*, p. 127–149.

³⁰ Édouard Jeanselme, *Cours de dermatologie exotique*, p. 138.

plusieurs souches de ce micro-organisme? L'identification d'une variété différente du tréponème pâle permettrait d'offrir une réponse définitive quant à la – supposée – variété des formes recouvertes par la syphilis dans le monde. Un premier pas en cette direction est franchi en 1913, lorsque le lien entre la syphilis et les formes nerveuses – la paralysie générale et le tabès – est confirmée par Hideyo Noguchi et Joseph W. Moore suite à l'observation de cerveaux de patients décédés.³¹ En 1914, Constantin Levaditi et Auguste Marie affirment, devant l'Académie des sciences, que le tréponème responsable de la paralysie générale forme en réalité «une variété à part, neurotrophe, du spirochète pallida».³² Ils mettent ainsi sur pied une théorie dualiste, supposant l'existence de deux formes différentes de la bactérie causant deux formes identifiables de la maladie (deux «virus»; à cette époque le terme était employé de manière générique pour désigner toutes sortes de microorganismes infectieux). D'une part, Levaditi et Marie isolent un tréponème pâle *dermotrope*, se manifestant par des symptômes principalement osseux et dermatologiques. D'autre part, ils identifient un variant *neurotrophe*, touchant principalement les centres nerveux et conduisant à la paralysie générale.

Interrompus par la guerre, Levaditi et Marie reprennent leurs travaux et confirment l'existence de différentes espèces de tréponèmes pâles en 1919.³³ Dans un long article publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, ils reviennent en détail sur la genèse de leurs recherches et les expériences auxquelles ils ont procédé. Des cultures de tréponèmes dans le temps long ont été permises par le recours à des lapins. C'est notamment le cas du «virus de Truffi», identifié comme une version *dermotrope* du tréponème pâle: «ce virus a été obtenu en juin 1908, par M. Truffi, en inoculant ‘dans le testicule du lapin de la sérosité obtenue par compression d'un chancre âgé de quatorze jours’».³⁴ Les deux médecins établissent une comparaison entre les «deux virus, *dermotrope* et *neurotrophe*», à travers laquelle ils considèrent établir la preuve de leur théorie dualiste: «nos études nous ont montré que les deux virus, *dermotrope* et *neurotrophe*, loin d'être identiques, offrent des dissemblances marquées. Ces dissemblances sont de nature biologique et anatomo-pathologique».³⁵ Ces différences sont observées à partir de l'étude du développement de la maladie chez des lapins infectés par l'un et l'autre des «virus». Levaditi et Marie relèvent notamment: une période d'incubation «sensiblement supérieure» pour la ver-

³¹ Hideyo Noguchi, Joseph W. Moore, A Demonstration of Treponema Pallidum in the Brain in Cases of General Paralysis, in: *The Journal of Experimental Medicine* 17/2 (1913), p. 232–238.

³² Constantin Levaditi, Auguste Marie, Le tréponème de la paralysie générale, in: *Comptes rendus de l'Académie des sciences* CLVIII (1914), p. 1593–1595.

³³ Constantin Levaditi, Auguste Marie, Étude sur le tréponème de la paralysie générale, in: *Annales de l'Institut Pasteur* 33/11 (1919), p. 741–776.

³⁴ *Ibid.*, p. 756.

³⁵ *Ibid.*, p. 757.

sion neurotropie;³⁶ des lésions différentes «tant au point de vue macroscopique, qu’au point de vue des caractères microscopiques et de la topographique des tréponèmes»,³⁷ un temps de guérison sensiblement plus long pour les animaux infectés avec le virus neurotropie;³⁸ et une «différence frappante en ce qui concerne le pouvoir pathogène des deux virus pour des espèces animales autres que le lapin».³⁹

Pour soutenir leur thèse, Levaditi et Marie mènent des expériences sur sept singes (macaques et chimpanzés) entre 1913 et 1914, auxquels sont inoculés les tréponèmes au moyen d’une incision cutanée. Celles-ci montrent que le virus dermotrope (Truffi) continue d’être virulent chez les primates après des passages répétés dans des lapins depuis 1906, c’est-à-dire qu’il produit des lésions chez les victimes infectées.⁴⁰ Ce résultat est également confirmé pour l’homme, à la suite d’un accident de laboratoire «aussi regrettable qu’utile».⁴¹ Lors des manipulations, «une personne, parmi celle qui ont pris part à ces recherches, s’infecte accidentellement par piqûre le 7 janvier 1914». Il est intéressant de noter que Levaditi et Marie en profitent pour inclure ce nouveau «sujet» dans leur étude.⁴² Concernant le virus neurotropie, son inoculation ne donne aucun résultat chez le singe, les trois sujets étudiés ne développant pas la maladie. Les médecins décident alors de confirmer ce résultat chez l’être humain: «en présence de ces constatations, il devenait éminemment important de savoir ce qui arriverait si on inoculait notre virus neurotropie par voie cutanée à l’homme. L’absence de tout pouvoir pathogène manifeste détermina un des collaborateurs qui ont participé à ces recherches de se prêter à l’expérience».⁴³ Le sujet humain ne contracte pas la maladie suite à l’inoculation, ce qui permet aux auteurs de conclure que «des différences fondamentales existent entre le virus dermotrope et neurotropie», et que «le germe de la paralysie générale, inoculé de la même manière [par voie cutanée], se montre totalement inoffensif».⁴⁴

Après de nouvelles recherches, Levaditi et Marie confirment le dualisme entre virus dermotrope et neurotropie en 1923, mais complexifient ce tableau en affirmant que l’un et l’autre sont en réalité des familles de tréponèmes regroupant de «nombreuses variétés douées de propriétés biologiques particulières, de virulences inégales, d’organotropisme variable».⁴⁵ S’appuyant sur de nouvelles

³⁶ *Ibid.*, p. 758.

³⁷ *Ibid.*, p. 760.

³⁸ *Ibid.*, p. 761.

³⁹ *Ibid.*, p. 762.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 764–765.

⁴¹ *Ibid.*, p. 762.

⁴² *Ibid.*, p. 764.

⁴³ *Ibid.*, p. 767.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 768.

⁴⁵ Constantin Levaditi, Auguste Marie, La pluralité des virus syphilitiques, in: Annales de l’Institut Pasteur 37/2 (1923), p. 190.

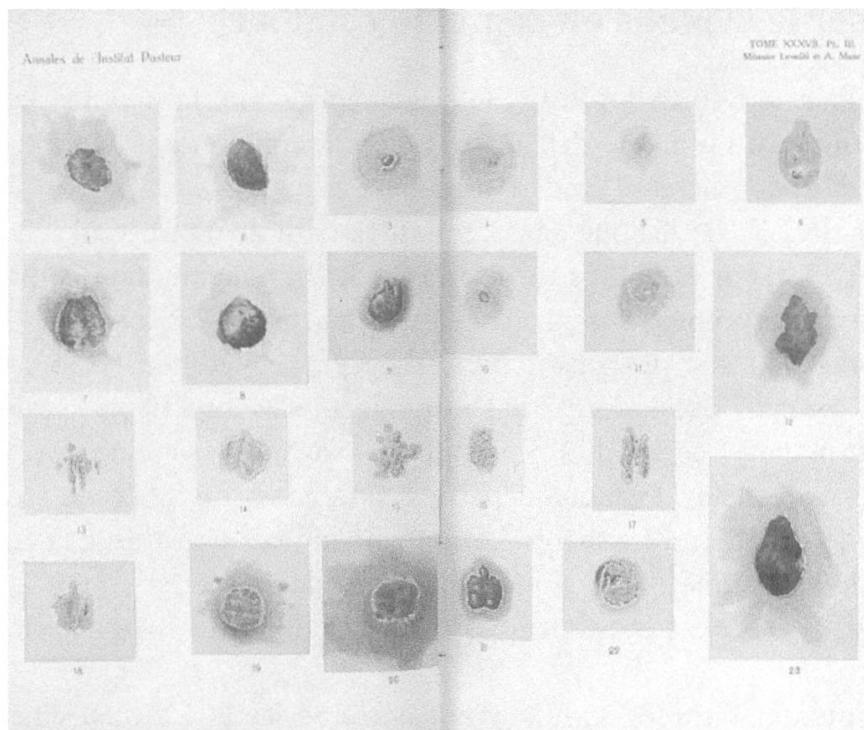


Figure 1. Constantin Levaditi, Auguste Marie, La pluralité des virus syphilitiques, in: *Annales de l'Institut Pasteur* 37/2 (1923). Source: Bibliothèque nationale de France / Gallica.

expérimentations organisées entre 1919 et 1922,⁴⁶ ils concluent notamment que «tout porte à croire que le tréponème dermotrope ne représente pas un tout uniforme invariable. Il existe plusieurs spirochètes doués d'affinités pour les tissus dérivés de l'ectoderme. Ils diffèrent entre eux par le degré de leur virulence, tant pour l'homme que pour les animaux».⁴⁷ Les preuves de cette diversité leur apparaissent, en partie, par l'étude des lésions que provoquent les différentes souches dermotropes. À leur article publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, Levaditi et Marie joignent une planche de dessins colorés représentant une vingtaine d'observations (fig. 1). Les cases numérotées 13 à 17 y montrent les lésions attribuées au variant Truffi, et ses spécificités morphologiques sont présentées, par les auteurs, comme une preuve clinique de l'existence de différentes variétés identifiables du microorganisme à l'origine de la syphilis.

⁴⁶ Incluant une inoculation de spirochètes propres à la syphilis du lapin (*Treponema cuniculi*) effectuée sur Constantin Levaditi lui-même. *Ibid.*, p. 204.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 199.

Penser la syphilis en contexte colonial

Dans le sillage d'Édouard Jeanselme, les théories sur la syphilis exotique se multiplient et font l'objet de débats, tant dans le milieu de la syphiligraphie (le champ médical consacré à l'étude particulière de la syphilis entre la fin du XIX^e et le milieu du XX^e siècle) que dans celui de la pathologie tropicale. Certaines se fondent sur l'existence de plusieurs variants du tréponème, tandis que d'autres récusent cette hypothèse au profit d'autres facteurs. En résumé, la plupart reposent soit: (1) sur des distinctions raciales, telle l'idée selon laquelle les Européens seraient dotés de capacités intellectuelles supérieures, causant chez eux un surmenage cérébral à l'origine des formes nerveuses; (2) sur des conceptions culturelles, expliquant par les différences de mode de vie les suites de la maladie. Ces dernières théories les attribuent, par exemple, à la consommation de l'alcool limitée ou encore à l'existence de rapports sexuels – supposément – plus précoces chez les peuples colonisés; (3) sur l'hypothèse dualiste de Levaditi et Marie.

Ces différentes thèses sont souvent entremêlées et les médecins avancent parfois plusieurs explications au dermatropisme de la syphilis aux colonies. Au Maroc, par exemple, Eugénie Delanoë ne retient par la thèse dualiste et relève «deux explications [à] la manière dont se comportent les manifestations syphilitiques chez les indigènes». La première est liée au mode de vie, «parce que les indigènes sont peu et mal vêtus; leur peau est exposée à toutes les intempéries [...]. Le tréponème trouve donc dans ce revêtement cutané des indigènes un terrain tout préparé pour son installation et ses méfaits».⁴⁸ La seconde explication relève également du mode de vie, mais aussi de préjugés raciaux:

Les manifestations syphilitiques chez les indigènes sont rarement neurotropes parce que les indigènes mènent une vie plutôt végétative; leurs soucis et leurs préoccupations sont de minime importance; leur idéologie actuelle de fanatiques, de superstitieux, de satisfaits de par la volonté d'Allah qui accompagne tous leurs faits et gestes surmènent peu les méninges des Arabes.

En conséquence, Delanoë conclut que «chez les indigènes, le virus de la syphilis est naturellement très peu sollicité à se réfugier dans le système encéphalo-méningé».⁴⁹ La médecin articule ainsi des arguments relevant à la fois du niveau de civilisation, du mode de vie et de mécanismes physiologiques.

La théorie dualiste de Levaditi et Marie séduit une partie des médecins français, sans toutefois faire l'unanimité. Dermatologue et syphilographe (un spécialiste en syphiligraphie), ancien interne des hôpitaux d'Alger, Sézary est

⁴⁸ Mme [Eugénie] Delanoë, Au sujet de l'emploi des arsénobenzènes au cours du traitement de la syphilis indigène, in: Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar 24 (1931), p. 370–371.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 371.

l'un des plus radicaux opposants à la thèse de Levaditi et Marie, qu'il attaque à plusieurs reprises au début des années 1920.⁵⁰ Dans un article publié en 1923 dans la *Revue neurologique*, il critique ce qu'il nomme la «doctrine du virus neurotrophe», selon lui infondée. D'après Sézary, ce n'est pas l'agent bactériologique qui est en jeu dans la syphilis exotique, mais le niveau de civilisation des individus qui sont infectés par le tréponème pâle. Les populations colonisées représentent à ses yeux des «peuples non civilisés, dont le système nerveux n'est pas surmené», tandis que la paralysie générale et le tabes ne frapperait que «les individus qui se sont initiés à la civilisation moderne».⁵¹ Une conception qui s'accorde avec une idée largement partagée chez les dermatologues et syphigraphes français durant l'entre-deux-guerres: celle de l'augmentation du nombre de formes nerveuses de la syphilis parmi les populations colonisées au contact de la «civilisation», notamment en Afrique du Nord et en Indochine. Pour la Cochinchine, par exemple, ce constat est effectué par Henri G. S. Morin en 1927:

on peut se demander pourquoi on assiste actuellement à une telle floraison, que nos ancêtres n'ont pas connue, de syphilis nerveuse. Incontestablement meilleurs cliniciens que nous, car ils n'avaient pas comme nous le mol et tentant oreiller du laboratoire, ils n'auraient pas manqué de dépister la vérole même sans ponction lombaire et sans Wassermann.⁵²

D'emblée, Morin écarte toute idée que ce changement puisse être simplement le fait d'un biais d'observation.

Du début du XX^e siècle jusqu'aux années 1930, une majorité de médecins des colonies reconnaît l'existence d'une forme «exotique» de syphilis, observable chez les populations non-européennes, causée par une seule ou plusieurs variétés de tréponème. Sézary affirme, en 1926, que «tous les auteurs s'accordent pour reconnaître à la syphilis exotique un certain nombre de caractère particuliers, que M. Jeanselme a bien mis en évidence en 1901».⁵³ L'idée selon laquelle celle-ci serait relativement bénigne car dermatologique fait également presque l'unanimité. Cette idée se retrouve déjà dans les cours de Jeanselme à l'Institut de médecine coloniale de Paris.⁵⁴ Dans sa description des symptômes, il précise que «la caractéristique de cette vérole indigène, c'est qu'elle porte à peu près exclusivement ses atteintes sur le tégument externe et l'appareil locomoteur», notamment dans sa forme tertiaire, qui «désorganise profondément la peau et le

⁵⁰ Albert Sézary, Pathogénie de la paralysie générale et du tabes, in: *Revue neurologique XXXVII/4* (1921), p. 338–347; Albert Sézary, La pathogénie des affections nerveuses parasyphilitiques et la doctrine du virus neurotrophe, in: *Revue neurologique II/5* (1923), p. 414–423.

⁵¹ Albert Sézary, La pathogénie, p. 418.

⁵² Henry S. G. Morin, Sur la syphilis nerveuse en Cochinchine, in: *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'Ouest Africain 20/2* (1927), p. 120.

⁵³ Albert Sézary, Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse, in: *La presse médicale 34/1* (1926), p. 4.

⁵⁴ Édouard Jeanselme, Cours de dermatologie exotique, p. 140.

squelette».⁵⁵ Ce point devient central au sein d'un discours tropicalisant sur la maladie, insistant sur le caractère exubérant de ses expressions cliniques. Les symptômes cutanés de la syphilis exotique différeraient de ceux observés chez les Européens, arborant une forme «floride» parfois spectaculaire, c'est-à-dire des atteintes dermatologiques particulièrement étendues et développées. L'insistance sur l'exubérance des manifestations cutanées de la syphilis exotique n'est pas anodine: elle conforte sa redéfinition en maladie dermatologique et l'éloigne encore davantage de la forme européenne. Une représentation que les médecins accordent volontiers avec celle d'une nature luxuriante des régions tropicales. Ce registre infuse largement les descriptions médicales, même chez des médecins sceptiques vis-à-vis de la théorie dualiste, à l'image de Charles Massias, qui présente en 1935 la «syphilis dite exotique» en Indochine sous ces termes: «sur la peau ce sont des syphilides roséoliques en plein épanouissement, psoriasisiformes, acnéiformes, varioliformes, crouuteuses, souvent confluentes, d'une végétation florissante, vraiment tropicale».⁵⁶

L'histoire de la syphilis au miroir de la colonisation

Les travaux sur la syphilis exotique ne questionnent pas seulement les formes recouvertes par la maladie et sa répartition parmi les peuples de l'empire colonial. Ils stimulent également une réflexion sur l'histoire de la maladie, prise dans le temps long depuis son apparition en Europe. La syphilis exotique, quelle que soit la définition qui lui est donnée, permettrait d'étudier l'histoire de la maladie au miroir de la situation coloniale. Autrement dit, l'état de développement de la maladie chez les peuples «indigènes» ouvrirait une fenêtre sur son passé en Europe. Ces recherches se déploient au cours de l'entre-deux-guerres, et s'appuie sur deux constats presque unanimement partagés par les médecins de métropole et des colonies: (1) D'une part, la syphilis des «indigènes» serait essentiellement cutanée, avec une exubérance de ses symptômes dermatologiques, prenant la forme une syphilis «floride». (2) D'autre part, cette situation serait en train d'évoluer: les médecins constateraient de plus en plus de syphilis nerveuses parmi les patients colonisés depuis la fin de la Première guerre mondiale.

La perspective temporelle, sinon historique, s'avère centrale dans l'étude de la syphilis durant l'entre-deux-guerres. Dans les travaux menés par Levaditi et Marie, le monde colonial sert de modèle comparatif pour appréhender la souche originelle de la syphilis. Selon eux, c'est la répartition inégale des deux «virus»

⁵⁵ *Ibid.*, p. 143.

⁵⁶ Charles Massias, La syphilis nerveuse chez les indigènes d'Indochine. Syphilis dite exotique et manifestation nerveuses, in: Annales de dermatologie et de syphiligraphie 7^{ème} série 6/2, (1935), p. 99.

qui expliqueraient les écarts observés entre la métropole et les colonies.⁵⁷ Celle-ci serait due à une différence dans le stade d'évolution des variétés de tréponèmès en jeu. En Europe, le variant nerveux se serait développé de longue date: «on sait qu'en Europe la paralysie générale n'a été signalée fréquemment qu'après la fin du XVII^e siècle».⁵⁸ Il serait donc le fruit d'une longue évolution sélective lui ayant donné ses caractéristiques propres. Dans le reste de l'empire, en revanche, la variété de tréponème en jeu se trouverait toujours être proche de celle qui avait frappé les Européens dès la fin du XV^e siècle: «Les races tropicales se trouvent donc actuellement à la même phase où étaient, il y a quelques siècles, les blancs d'Europe, alors que, comme aujourd'hui dans les tropiques, la vérole était d'une gravité exceptionnelle et cependant sans retentissement tardif sur le système nerveux central».⁵⁹

De son côté, Albert Sézary s'accorde aussi à constater l'augmentation du nombre de cas de tabès et de paralysie générale aux colonies. En 1926, il affirme que l'ancienneté de la présence de la syphilis dans une société explique l'augmentation des formes nerveuses, en raison du développement d'une immunité vis-à-vis des symptômes cutanés.⁶⁰ Cependant, en 1932, il avance une nouvelle thèse: ces changements seraient la conséquence de l'introduction de la thérapeutique européenne dans les territoires colonisés.⁶¹ Cette idée n'est pas complètement nouvelle, elle avait notamment déjà été brièvement évoquée par Morin en 1927, à propos de la Cochinchine:

Il faut à notre avis incriminer plutôt ici comme en Europe, à la fois le progrès de la civilisation et surtout l'emploi de plus en plus généralisé et malheureusement trop souvent isolé des composés arsenicaux. [...] Les traitements incomplets, insuffisant, à l'arsénobenzène sont, à notre sens, la cause principale de l'augmentation récente et incontestable des syphilis nerveuses de toutes catégories, en Cochinchine.⁶²

Retenant les arguments de Morin, Sézary en fait aussi un modèle infirmant la thèse dualiste. Selon lui, ce n'est pas l'évolution du tréponème qui est en jeu, mais celui de sa réception par des corps ayant été plus ou moins en contact avec les traitements les plus modernes. C'est à ses yeux le seul facteur susceptible d'expliquer à la fois (1) les différences observées dans les symptômes entre Européens et *indigènes*; et (2) l'augmentation de formes nerveuses chez ces derniers.⁶³ Quoique soutenant une théorie toute différente de Levaditi et Marie,

⁵⁷ Constantin Levaditi, Auguste Marie, Étude sur le tréponème, p. 750–751.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 752.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 751.

⁶⁰ Albert Sézary, Syphilis exotique et pathogénie, p. 6.

⁶¹ Albert Sézary, Le problème de la syphilis exotique. Pathogénie et thérapeutique, in: Annales de dermatologie et de syphiligraphie 7^{ème} série III/11 (1932), p. 981–983.

⁶² Henry S. G. Morin, Sur la syphilis nerveuse, p. 120.

⁶³ Albert Sézary, Le problème de la syphilis, p. 988.

Sézary prend également appui sur l'histoire de la syphilis en Europe pour soutenir son propos. Selon lui, les formes nerveuses étaient rares jusqu'au XIX^e siècle, la maladie prenant alors une forme cutanée similaire à celles observées chez les populations des colonies. Il place l'origine de cette évolution dans les débuts de l'usage du mercure dans la thérapeutique, et affirme, dans un article co-écrit avec Jenny Roudinesco, que ce mouvement se serait fortement accéléré avec l'arrivée des arsenicaux.⁶⁴ Le même changement serait donc en train de se produire chez les peuples colonisés depuis l'introduction des traitements européens.⁶⁵

Déclin et réfutation de la thèse d'une syphilis exotique dermatologique

L'idée selon laquelle la syphilis «floride» des populations colonisées serait moins dangereuse que celle contractée par les Européens demeure dominante durant la majeure partie de l'entre-deux-guerres. Elle s'accorde alors avec des politiques d'économie donnant la priorité à la lutte contre d'autres endémies plus létales (trypanosomiase, peste, etc.) et déléguant en partie la prise en charge de la maladie à des acteurs secondaires, tels que les missions médicales.⁶⁶ Cependant, des voix discordantes commencent à se faire entendre à partir des années 1930. Albert Sézary lui-même, après en avoir été l'un des théoriciens, émet des doutes sur l'existence même de la syphilis exotique. En 1932, il produit un long article qui invalide la plupart des théories qui ont cherché à l'expliquer au cours des dernières décennies: la pluralité du «virus», l'influence de la race, l'introduction de l'alcool, la précocité des contaminations, le rôle de la civilisation. Il réfute ainsi la thèse qu'il défendait lui-même en 1923: «le rôle de la civilisation, considéré comme facteur de surmenage cérébral, ne nous paraît pas mériter l'importance qu'on lui a donné».⁶⁷ Ce sont notamment des travaux menés à propos des populations rurales françaises, au cours de années 1920, qui le convainquent qu'il n'existe pas de lien entre civilisation et paralysie générale: «les campagnards ne sont, pas plus que les citadins, à l'abri de cette complication». En 1931, le médecin Marcel Léger, qui avait exercé en Afrique Occidentale Française (A.O.F.), au Tonkin, aux Antilles et à Marseille, affirmait déjà l'universalité de la syphilis, tant dans ses origines que dans ses symptômes: «il n'y a pas une syphilis métropolitaine et une syphilis coloniale, une syphilis

⁶⁴ Albert Sézarie, Mme [Jenny] Roudinesco, L'incubation du tabès et de la paralysie générale, in: Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris 47/19 (1931), p. 968–977.

⁶⁵ Albert Sézary, Le problème de la syphilis, p. 988–990.

⁶⁶ Sur les missions médicales, la médecine missionnaire et la syphilis, voir notamment: Megan Vaughan, Curing their Ills. Colonial Power and African illness, Oxford 1991, p. 55–99 et 129–154; David Hardiman (ed.), Healing Bodies, Saving Souls. Medical Missions in Asia and Africa, Amsterdam 2006.

⁶⁷ Albert Sézary, Le problème de la syphilis, p. 981–983.

européenne et une syphilis exotique; il n'y a qu'une seule infection due au même agent pathogène, le tréponème de Schaudinn».⁶⁸

En 1934, Sézary pense la théorie dualiste définitivement enterrée, et prône une approche historique par l'étude de «l'évolution de la syphilis à travers les âges».⁶⁹ Marquant quelques nuances sur «l'effet immédiat» des traitements à base d'arsenic, il réitère son hypothèse sur leur rôle prépondérant dans le développement des formes neurologiques. Il se garde pourtant de critiquer les usages coloniaux dans le traitement de la maladie, préférant incriminer les populations, accusées de ne pas suivre les prescriptions: «ces conclusion [...] ne doivent pas être regardées comme une critique des médications modernes. Mieux vaut au contraire enrayer les progrès de la syphilis dans un pays que d'exposer certains individus, par leur faute, à une complication nerveuse. Dans toutes les contrées, un traitement bien conduit et bien suivi préviendra toujours le neurotropisme».⁷⁰

À partir du milieu des années 1930, la thèse d'une syphilis exotique dermatologique est en perte de vitesse. Les constatations de cas de formes nerveuses se multiplient autant en Afrique qu'en Asie. Dans un article paru en 1935, Charles Massias, Médecin principal de l'Assistance en Indochine, ne cache pas son scepticisme quant à l'absence de complications neurologiques chez les syphilitiques des colonies: «il semble qu'il s'agisse surtout d'une apparence. Au fur et à mesure que nos investigations s'étendront sur un nombre toujours croissant de malades, nous verrons que la syphilis nerveuse existe chez nos indigènes coloniaux dans ses diverses manifestations».⁷¹ Selon lui, c'est la méconnaissance des pathologies coloniales qui explique une impression biaisée. Pour exemple, il rappelle les nombreuses erreurs de ses prédécesseurs sur un large panel de maladies:

Il en sera [de la syphilis nerveuse] comme d'autres maladies, qui passaient pour rares chez les Indochinois au début de ce siècle. N'était-il pas admis, il y a trente ans, que la typhoïde n'exista pas en Cochinchine, que l'amibiase était rare chez l'Annamite? On s'étonne qu'on ait pu admettre de telles erreurs. Elles s'expliquent parce qu'à cette époque les médecins ne soignaient presque pas d'indigènes, la médecine militaire s'occupait presque exclusivement des troupes et de quelques fonctionnaires.⁷²

⁶⁸ Marcel Léger, Considérations sur le traitement de la syphilis chez les Indigènes de nos colonies, in: Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar 24 (1931), p. 434.

⁶⁹ Albert Sézary, L'orientation du problème de la syphilis exotique en 1934, in: Annales de dermatologie et de syphiligraphie 7^{ème} série V/9 (1934), p. 846.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 848.

⁷¹ Charles Massias, La syphilis nerveuse, p. 97.

⁷² *Ibid.*

Dans les années 1940, la thèse d'une syphilis exotique dermatologique paraît définitivement écartée. Médecin en Cochinchine, R. Montel revient sur l'évolution des théories sur la syphilis aux colonies depuis Jeanselme et se montre catégorique dans ses conclusions :

Il semble bien qu'il n'existe pas de «syphilis exotique» dermatologique. Celle-ci évolue chez les exotiques, sous-alimentés, et dans un état social primitif, sans traitement, à l'état vierge, comme elle devait le faire en Europe au XV^e siècle et comme elle le ferait encore chez nous si nous subissions les mêmes contingences défavorables. *Les variations dépendant de la race et du climat apparaissent minimes et négligeables, si même elles existent.*⁷³

Selon Montel, l'idée d'une syphilis exotique constitue «un exemple frappant de la supériorité de l'observation des faits sur les conceptions théoriques et des erreurs auxquelles ces dernières peuvent conduire».⁷⁴ Il attribue les errements de ses prédecesseurs, tout en les ménageant, du fait que de nombreux observateurs étaient des voyageurs ponctuels ou qu'ils «avaient des tâches plus urgentes» que le dépistage des syphilis nerveuses, mais pointe aussi la responsabilité des populations colonisées, qui ne seraient pas venues consulter, considérant «les malades comme des faibles d'esprit ou des incurables».⁷⁵ Le médecin conclut sans hésitation un débat qui aura animé le milieu de la dermatovénéréologie durant tout l'entre-deux-guerres : «la syphilis est: une et identique à elle-même partout».⁷⁶

Conclusion

En France et dans son empire, durant la première moitié du XX^e siècle, les théories médicales autour de la syphilis ont influencé le regard porté sur la maladie. Dans le contexte colonial, la définition d'une «syphilis exotique» relativement bénigne a offert une caution scientifique à des politiques d'économie de moyens concernant sa prise en charge. La syphilis est restée au second plan des priorités de santé publique, excepté pour sa dimension maternelle et infantile, essentielle au projet de relance de la démographie coloniale. Les femmes enceintes et les enfants constituaient des cibles prioritaires de l'action sanitaire, et un traitement complet de la maladie leur était prodigué. Ce n'était pas le cas pour le reste de la population colonisée, qui recevait un traitement partiel. Cette approche thérapeutique, appelée «blanchiment», consistait à faire disparaître les manifestations externes (dermatologiques) de la maladie, sans

⁷³ R. Montel, La syphilis dite exotique chez les Annamites de Cochinchine, in: Bulletin de la Société de pathologie exotique 35 (1942), p. 143.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 132.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 144.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 143.

chercher à guérir définitivement le patient de son infection.⁷⁷ Plus économique qu'un traitement complet, qui s'étendait sur plusieurs mois, cette approche était présentée comme un moyen de réduire les contaminations en suspendant, pour un temps, la contagiosité des syphilitiques. L'existence d'une forme exotique bénigne de la maladie rendait moralement plus acceptable cette pratique aux yeux des médecins et administrateurs coloniaux.

L'épisode de la syphilis «exotique» en France et dans ses colonies n'est pas sans rappeler l'expérience de Tuskegee aux USA (1932–1962). Ainsi que l'a montré Christopher Crenner, l'analyse des premiers résultats présentés en juillet 1936 était largement tronquée par l'adhésion à l'hypothèse selon laquelle les populations afro-américaines seraient résistantes aux formes nerveuses de la maladie.⁷⁸ La conception de la syphilis sous l'angle d'une pathologie dermatologique bénigne était ainsi largement répandue durant la première moitié du XX^e siècle. C'est un aspect qui doit être pris en compte pour l'approche historique de la maladie à l'époque des empires coloniaux et des systèmes de ségrégation raciale.

Enfin, au-delà de la syphilis elle-même, c'est l'évolution du regard porté sur les maladies dermatologiques en contexte colonial qu'il faut souligner. Celui-ci s'appliquait aussi à d'autres maladies répandues dans les empires, à l'image de la lèpre, ou encore du pian et du béjel, des tréponématoses endémiques proches de la syphilis et elles aussi négligées par les administrations coloniales. En inventant une «syphilis exotique» dont les traits seraient moins menaçants que sa version européenne, la médecine a entériné un réflexe de minimisation des pathologies définies comme dermatologiques. Au XXI^e siècle, cette tendance à minorer leur gravité demeure une entrave à la mobilisation sanitaire et politique envers certaines maladies à manifestation cutanée, en particulier celles définies comme «Maladies Tropicales Négligées».⁷⁹

Guillaume Linte, Institut des Humanités en Médecine (Université de Lausanne/CHUV), CHUV, Institut des Humanité en Médecine, Bugnon 46, 1011-Lausanne,
guillaume.linte@chuv.ch

⁷⁷ Guillaume Linte, *Syphilis, Blanchiment*, p. 313–318. Pour une perspective plus large sur l'application de cette pratique, voir: Guillaume Lachenal, *A Genealogy of Treatment as Prevention (TasP). Prevention, Therapy, and the Tensions of Public Health in African History*, in: Tamara Giles-Vernick, James L.A. Webb Jr. (eds.), *Global Health in Africa. Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, OH 2013, p. 70–91.

⁷⁸ Christopher Crenner, *The Tuskegee Syphilis Study and the Scientific Concept of Racial Nervous Resistance*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 67/2 (2012), p. 274–278.

⁷⁹ Rie R. Yotsu, L. Claire Fuller, Michele E. Murdoch [et al.], *A Global Call for Action to Tackle Skin-Related Neglected Tropical Diseases (Skin NTDs) through Integration. An Ambitious Step Change*, in: *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 17/6 (2023).