

LEPROSY NEWS AND NOTES

Information concerning institutions, organizations and individuals connected with leprosy work, scientific or other meetings, legislative enactment, and other matters of interest.

MADAGASCAR

ARRÊTÉ DU GOUVERNEUR GÉNÉRAL, DU 13 AVRIL 1935, PORTANT
ORGANISATION D'UN SERVICE DE PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE
DANS LA COLONIE DE MADAGASCAR ET DÉPENDANCES*

ARTICLE PREMIER.—Il est créé à Tananarive un service de prophylaxie de la lèpre, qui a essentiellement pour but de procéder, dans tout le territoire de la Colonie, au dépistage progressif des lépreux et à la mise en oeuvre des moyens propres à améliorer l'état de ces malades, ainsi qu'à assurer la protection de la population indemne.

Le médecin-chef du service antilépreux de l'Institut d'Hygiène sociale de Tananarive est chef du service de prophylaxie de la lèpre. Il en dirige et contrôle le fonctionnement, sous l'autorité du directeur des services sanitaires, et peut, à ce titre, être chargé de mission d'inspection dans l'intérieur de la Colonie. Il centralise toute la documentation relative à la lèpre (Dossier central de la lèpre).

TITRE PREMIER.—*Dépistage de la lèpre.*

ART. 2.—Les médecins, infirmiers, sages-femmes ont le devoir, à l'occasion de tout acte professionnel, de rechercher systématiquement les malades atteints de lèpre.

ART. 3.—Dans les formations sanitaires énumérées au tableau annexé au présent Arrêté, est ouvert, sous la dénomination de "Centre de dépistage et de traitement de la lèpre," un organisme médical, doté de l'outillage et des produits nécessaires, dont le rôle est d'établir de façon irréfutable, et dans les cas précisés aux articles 12 et 16 ci-après, le diagnostic de l'affection et d'assurer ou de guider le traitement des lépreux dans tous les établissements, quels qu'ils soient, qui reçoivent cette catégorie de malades et se trouvent situés dans son rayon d'action (établissements du ressort du centre de dépistage). Chacun de ces centres, dont le nombre sera progressivement accru, est dirigé par un médecin qualifié et assermenté, qui prend le titre de médecin dépisteur de centre de dépistage de la lèpre. Ce médecin est désigné par le directeur des services sanitaires.

ART. 4.—Il est également institué des "groupes mobiles de dépistage de la lèpre," destinés à seconder le personnel des circonscriptions médicales dans la recherche de cette affection et à étendre l'action des centres de dépistage.

**Journal Officiel de Madagascar et Dépendances*, May 25, 1935. Reprinted from *Bull. Off. Internat. Hyg. Publ.* 27 (1935) 1900-1907.

ART. 5.—Les groupes mobiles comprennent chacun:

Un docteur en médecine d'État assermenté;	} désignés par le directeur des services sanitaires.
Un médecin indigène;	
Un infirmier indigène.	

Le médecin assermenté est "médecin dépisteur du groupe mobile de dépistage de la lèpre."

En vue de faciliter sa tâche, un représentant de l'administration, connaissant le pays parcouru et si possible la langue malgache, lui est obligatoirement adjoint par les chefs des régions sur lesquels porte son enquête.

ART. 6.—Le nombre des "groupes mobiles de dépistage de la lèpre" est variable et fixé par décision du Gouverneur Général, sur la proposition du directeur des services sanitaires.

Ce dernier donne les ordres de mission et met les groupes mobiles en route, après entente avec les chefs de région intéressés.

Les médecins dépisteurs des groupes règlent, en accord avec le chef de région, les conditions et le programme de leurs opérations. Ils communiquent directement, pour les questions techniques, avec la direction des services sanitaires et, par l'intermédiaire de celle-ci, avec le médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre. Tous les documents déjà rassemblés sur la lèpre dans les circonscriptions médicales sont tenus à leur disposition par les médecins inspecteurs.

ART. 7.—Les groupes mobiles de dépistage de la lèpre peuvent, à l'occasion de leurs enquêtes, se voir accessoirement confier toutes autres missions sanitaires, telles que celles qui concernent l'épidémiologie, les maladies sociales, l'hygiène.

ART. 8.—Les fonctionnaires et agents de l'administration, européens et indigènes, les médecins, les sages-femmes, à quelque titre qu'ils exercent, les infirmiers, les chefs d'entreprises ou d'établissements, les logeurs, les chefs de famille, les *fokonolona* et, en général, toutes personnes ayant connaissance d'un cas de lèpre avérée ou d'une affection qui permet de la suspecter sont tenus d'en informer le chef de district, que le malade ou le suspect habite le pays ou qu'il s'y trouve de passage.

Le personnel médical utilise à cet effet la carte-lettre du carnet à souches mis à sa disposition pour la déclaration des maladies contagieuses. Il y doit mentionner: le nom, le sexe, l'âge, le domicile, la profession du malade et toutes autres indications jugées utiles.

ART. 9.—Les déclarations de cas de "lèpre" ou de "suspicion de lèpre" reçues par le chef de district doivent toujours et sans retard être communiquées par lui au médecin-inspecteur de la circonscription médicale intéressée, quel que soit le mode de déclaration intervenu (déclaration verbale ou écrite, bulletin de déclaration émanant des médecins ou sages-femmes).

ART. 10.—Les malades ainsi signalés, à l'exception de ceux visés aux articles 12 et 16 ci-après, sont dirigés par les soins du chef de district sur le chef-lieu de la circonscription médicale pour y être examinés par le médecin-inspecteur.

Ce dernier tient un répertoire des sujets qu'il présume atteints de lèpre. Il en adresse trimestriellement et pour la période écoulée le relevé au directeur des services sanitaires, avec tous renseignements concernant le nom, l'âge, le sexe, le domicile des malades, la forme clinique de leur affection ou les symptômes relevés.

Ces renseignements, centralisés au service de prophylaxie de la lèpre, y constituent la "documentation préliminaire sur l'endémicité de la lèpre" (partie A du dossier central). Ils servent de base soit à l'ouverture d'enquêtes par des groupes mobiles de dépistage, soit à la création de nouveaux centres de dépistage.

ARR. 11.—Le répertoire des lépreux et suspects, tenu par les médecins-inspecteurs de circonscription médicale, ne doit, en raison du caractère provisoire des indications qui y sont portées, faire en aucun cas mention des lépreux et suspects qui font l'objet de la "fiche de dépistage" prévue à l'article 15 ci-après; les lépreux ou suspects qui y sont inscrits en sont rayés le jour où une fiche de dépistage est établie à leur nom.

Pour répondre aux prescriptions de l'article 24 ci-après, ce répertoire contient toutefois en annexe et à titre de memorandum les noms de toutes les personnes susceptibles d'avoir été contaminées de lèpre (contacts) et pour lesquelles une longue surveillance devient nécessaire. La liste en est trimestriellement adressée au directeur des services sanitaires, avec celle des lépreux ou suspects.

ARR. 12.—Tout sujet pour lequel a été faite une déclaration de lèpre ou d'une affection qui la laisse suspecter, et qui se trouve domicilié dans le ressort d'un des centres de dépistage déterminée par le tableau annexe au présent Arrêté, doit être dirigé sur ce centre par les soins du chef de district qui a reçu la déclaration en vue d'y subir l'examen du médecin dépisteur. Il est provisoirement hospitalisé dans la formation sanitaire auprès de laquelle fonctionne le centre de dépistage.

En dehors des zones ainsi déterminées, ce même examen médical incombe éventuellement au groupe mobile de dépistage qui pourrait se trouver en mission d'enquête dans le pays et dont le rayon d'action ne dépasse pas en principe les limites du district dans lequel il opère. Dans la même circonstance, le chef du district prend toutes dispositions pour assurer la présentation du malade au médecin dépisteur du groupe mobile.

ARR. 13.—Si l'examen prévu à l'article 12 ci-dessus a pour résultat d'éliminer de façon certaine le diagnostic ou la présomption de lèpre, le malade est autorisé à gagner son domicile sans autre formalité. Un bulletin d'examen négatif (dont le modèle figure à l'annexe II du présent Arrêté) est adressé au chef de district intéressé.

Au cas contraire, les dispositions suivantes sont appliquées provisoirement jusqu'à décision du chef de région;

Les sujets examinés dans un centre de dépistage y sont retenus s'ils sont reconnus lépreux ou renvoyés sur leur village de provenance s'il y a seulement suspicion de lèpre;

Les sujets examinés par un groupe mobile de dépistage, lépreux ou suspects, regagnent leur domicile où ils attendent qu'une décision intervienne à leur sujet.

Dans ces diverses circonstances, la fiche de dépistage prévue à l'article 14 ci-après est adressée au chef de district pour le renseigner sur les résultats de l'examen et sur la destination suivie provisoirement par le malade.

ARR. 14.—Lorsqu'un médecin dépisteur décèle la lèpre ou en soupçonne l'existence chez un malade, il établit au nom de celui-ci une "fiche de

dépistage," du modèle qui figure à l'annexe II du présent Arrête, et il y mentionne sa proposition en ce qui concerne l'isolement (soit à domicile, soit dans un établissement de traitement) ou la mise en surveillance sanitaire du sujet.

Cette fiche, dite "fiche originale," tient lieu de bulletin de déclaration. Elle est adressée par le médecin dépisteur au chef de district, qui la transmet, accompagnée d'une feuille de renseignements (modèle de l'annexe II), au médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre, sous couvert du chef de région.

Le médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre, après avoir formulé son avis, établit un duplicatum de la fiche originale, classe celle-ci à la partie B du dossier central groupant la "documentation contrôlée sur l'endémicité de la lèpre" et adresse ensuite le duplicatum dit "fiche courante," ainsi que la feuille de renseignements au chef de région.

D'après les indications mentionnées sur ces documents, le chef de la région prend une décision ordonnant soit l'isolement dans un établissement hospitalier, qu'il désigne, soit l'isolement à domicile, soit la mise en surveillance sanitaire. Dans ces deux derniers cas, la décision du chef de région comporte l'indication de la localité où doit obligatoirement résider le sujet isolé ou mis en surveillance.

Sur notification de cette décision faite au chef de district, le malade est, s'il y a lieu, dirigé par les soins de ce dernier sur l'établissement hospitalier ou la localité spécifiés dans la décision régionale, la fiche courante du malade est, d'autre part, adressée par le chef de région au médecin de centre de dépistage ou de circonscription médicale chargé du traitement ou de la surveillance sanitaire.

ART. 15.—Tout lépreux ou suspect, qui fait l'objet d'une décision régionale d'isolement dans un établissement hospitalier ou d'isolement à domicile, peut se pourvoir dans un délai de deux mois contre cette décision auprès du Gouverneur Général.

La décision régionale reste toutefois exécutoire jusqu'à décision du Gouverneur Général.

ART. 16.—Des instructions préciseront, suivant les conditions et les résultats de l'examen de dépistage, les règles d'après lesquelles les fiche et feuille de renseignements seront établies et communiquées aux différents services qui doivent en connaître et les modalités d'exécution de la décision administrative.

Ces mêmes instructions viseront le cas particulier des sujets hospitalisés antérieurement à la mise en application du présent Arrête dans les quartiers lépreux de formations sanitaires et les léproseries publiques ou privées et pour lesquels les fiches de dépistage sont obligatoires et établies:

a) Dans les établissements dépendant d'un centre de dépistage, par le soin du médecin dépisteur de ce centre:

b) Dans les autres établissements, à la diligence du médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre, qui devra donner des instructions à cet effet à un groupe mobile de dépistage et pourra lui-même, le cas échéant, établir les fiches au cours de ses missions.

ART. 17.—Sur proposition des médecins inspecteurs de circonscription

médicale ou sur la demande des intéressés, les lépreux avérés, impotents ou notoirement contagieux ou sans famille peuvent être reçus et hospitalisés dans un centre de traitement. La décision régionale d'admission ne peut toutefois intervenir qu'après examen par le médecin dépisteur le plus proche, établissement par celui-ci de la fiche de dépistage réglementaire et avis du médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre.

TITRE II.—*Isolement et surveillance sanitaire.*

ART. 18.—Les sujets qui font l'objet d'une fiche de dépistage sont placés dans une des trois positions suivantes: *isolement par hospitalisation; isolement à domicile; mise en surveillance sanitaire.*

Ils peuvent passer d'une position à une autre, sur la proposition d'un médecin dépisteur de centre de traitement ou de groupe mobile, en vertu d'une décision rendue et exécutée dans les formes prévues aux articles 14 et 16 du présent arrêté.

ART. 19.—L'isolement par hospitalisation est assuré dans le quartier lépreux des formations sanitaires indiquées au tableau annexé au présent Arrêté et dans les léproseries dépendant de la Colonie ou des organisations privées.

Réservé en principe aux impotents, aux mutilés et, d'une façon générale, aux contagieux qui, pour des raisons diverses, ne peuvent être isolés à domicile, il devient de rigueur pour tous les lépreux, contagieux ou non, qui, placés dans la position d'isolement à domicile, ne se conformeraient pas aux mesures prophylactiques ou thérapeutiques prescrites.

La fiche des malades isolés dans une léproserie dépendant d'un centre de dépistage est détenue par le médecin de ce centre.

La fiche des malades isolés dans une léproserie située hors du rayon d'action d'un centre de dépistage est détenue par le médecin-inspecteur de la circonscription médicale intéressée.

ART. 20.—L'isolement à domicile est autorisé pour les malades qui satisfont aux conditions déterminées par les articles 21 et 22 ci-après. Il s'applique également aux sujets améliorés, précédemment hospitalisés, qui, ayant cessé d'être contagieux, restent néanmoins susceptibles de le redevenir dans la suite et de constituer un danger pour les personnes qui les approchent.

ART. 21.—Les malades soumis à l'isolement à domicile sont tenus de: vivre dans des locaux indépendants de ceux occupés par leur entourage; faire usage de mobilier, literie, linge, vêtements, ustensiles de cuisine et de table rigoureusement personnels; se conformer exactement aux prescriptions thérapeutiques et hygiéniques du médecin, en particulier pour ce qui concerne le lavage de leur linge et de leurs effets, leur propreté corporelle, leur alimentation.

L'autorité administrative du lieu, le médecin du centre de dépistage et, pour les malades indigènes, les *fokonolona* sont chargés de veiller à la stricte observation de ces mesures.

ART. 22.—Les lépreux isolés à domicile doivent habiter à moins de 5 kilomètres d'un centre de dépistage. Les sorties et promenades leur sont permises, mais il leur est interdit de fréquenter les lieux et établissements publics: cafés, restaurants, salles de spectacles ou de réunion, magasins,

églises ou temples, marchés, écoles, bureaux administratifs, et de faire usage de moyens de transport publics, hormis, les cas fixés à l'article 31 ci-après. Le médecin dépisteur du centre détient la fiche de ces malades.

ART. 23.—La mise en surveillance sanitaire est imposée à tous les sujets signalés comme "suspects de lèpre" par un médecin dépisteur. Les médecins-inspecteurs de circonscription médicale détiennent la fiche de dépistage de ces malades et s'assurent de leur état de santé par des examens périodiques. Ils proposent éventuellement leur isolement à domicile ou par hospitalisation.

ART. 24.—Doivent être également mis en surveillance sanitaire tous les "contacts" de lépreux, c'est-à-dire les enfants de lépreux retirés apparemment sains des léproseries ou du domicile de leurs parents et les personnes vivant dans l'entourage immédiat d'un malade de cette catégorie.

Il n'est pas établi de fiche de dépistage pour ces contacts, mais les médecins-inspecteurs des circonscriptions médicales, à qui tous les cas de lèpre sont signalés conformément aux dispositions de l'article 9 ci-dessus, doivent, aidés d'un représentant de l'autorité administrative, procéder à leur recherche, les inscrire sous la dénomination de "contacts" à leur répertoire "lèpre" et en assurer étroitement la surveillance.

ART. 25.—Les malades isolés à domicile et les suspects et contacts placés sous le régime de la surveillance sanitaire ne peuvent changer de domicile ou de résidence que sur autorisation du chef de région, accordée après avis médical.

En ce qui concerne les indigènes, les *fokonolona* sont tenus pour responsables de toute contravention à cette mesure, à moins qu'ils ne l'aient aussitôt signalée au chef de district. Ils doivent, en outre, s'assurer, au cas d'isolement à domicile, que la nouvelle installation des malades dûment autorisés à changer de logement répond aux prescriptions déterminées par l'article 21.

ART. 26.—Quiconque a connaissance de l'évasion d'un malade contraint à l'isolement par hospitalisation, ou du changement de domicile ou de résidence non autorisé d'un malade ou suspect ou contact soumis à l'isolement à domicile ou à la surveillance sanitaire, doit le signaler immédiatement au représentant le plus proche, européen ou indigène, de l'autorité administrative. Toutes dispositions doivent être prises pour retrouver sans retard le contrevenant.

ART. 27.—Il est interdit de donner asile à tout lépreux ou suspect de lèpre qui se trouve dans l'une des situations irrégulières envisagées par le précédent article.

ART. 28.—Les malades isolés à domicile et les suspects ou contacts mis en surveillance sanitaire sont tenus de se présenter, pour examens ou soins, aux dates et heures qui leur sont indiquées, les premiers au médecin du centre de dépistage, les seconds au médecin-inspecteur de la circonscription médicale sous la surveillance prophylactique duquel ils sont respectivement placés.

TITRE III.—Mesures diverses.

ART. 29.—Sont interdites aux lépreux; toutes professions comportant la manipulation des aliments, boissons, drogues, tabacs, telles que celles

de boulanger, pâtissier, confiseur, charcutier, boucher, épicier, aubergiste, cuisinier, laitier, détaillant, jardinier; toutes professions intéressant la confection, le nettoyage, la vente des linges et vêtements, telles que celles de tailleur, chapelier, fripier, blanchisseur; toutes professions obligeant ceux ou celles qui les exercent à avoir des rapports avec le public, telles que les professions d'hôtelier, coiffeur, instituteur, moniteur, conducteur de voitures de place, tireur de pousse-pousse, domestique, bonne d'enfants, nourrice.

ART. 30.—Les lépreux soumis à l'isolement par hospitalisation ou isolés à domicile peuvent être exonérés de la taxe fixe annuelle et de la majoration au titre de l'A.M.I., ainsi que des prestations, dans les conditions prévues par les Arrêtés de 3 janvier 1929 et 3 novembre 1920.

ART. 31.—Les lépreux ou suspects de lèpre dirigés sur un centre de dépistage, un établissement hospitalier ou une léproserie peuvent être transportés par route ou par voie ferrée, maritime ou fluviale, dans les conditions déterminées par les articles 14 à 22 de l'Arrêté du 15 novembre 1927¹ portant règlement des mesures de police sanitaire générale dans la Colonie.

ART. 32.—Le traitement des lépreux isolés dans les formations sanitaires ou les léproseries publiques ou privées, situées dans le ressort d'un centre de dépistage, est institué, pour chaque malade, à la diligence du médecin de ce centre et assuré directement par ses soins ou sous son contrôle. Il comporte éventuellement l'utilisation de tous produits médicamenteux préconisés dans la thérapeutique de l'affection; ces produits sont délivrés par la direction des services sanitaires.

Le traitement de lépreux isolés dans les léproseries situées hors du rayon d'action d'un centre de dépistage incombe au médecin-inspecteur de la circonscription médicale, détenteur des fiches de ces malades, qui reçoit du médecin-chef du service de prophylaxie de la lèpre toutes instructions utiles à ce sujet.

ART. 33.—Les malades figurant au seul répertoire des circonscriptions médicales, pour lesquels ne peuvent immédiatement entrer en application les mesures prescrites aux titres I et II du présent Arrêté, doivent être conseillés et guidés par le médecin-inspecteur et, dans la mesure possible, amenés à vivre à domicile dans des conditions d'hygiène et d'isolement convenables, de manière à éviter les contagions.

Ces malades sont obligatoirement soumis à un traitement spécifique, poursuivi par le médecin-inspecteur de la circonscription médicale ou sous son contrôle, sur les indications précises émanant du service de prophylaxie de la lèpre.

ART. 34.—Les malades atteints de lèpre qui succombent du fait de cette affection ou d'une maladie intercurrente non pestilentielle sont inhumés au lieu du décès.

L'exhumation et le transfert de leurs restes sont autorisés:

a) A l'intérieur de la Colonie, après le délai d'une année et dans les conditions fixées par les textes en vigueur;

b) hors de la Colonie, en conformité des prescriptions contenues dans l'Arrêté ministériel du 29 juillet 1916.

¹V. *Bulletin de l'Office int. d'Hyg. publ.*, t. XX, 1928, p. 838.

Dans le cas où le décès est dû à une maladie pestilentielle, les dispositions de l'Arrêté du 15 novembre 1927, modifiées par l'Arrêté du 14 octobre 1933, doivent être strictement appliquées.

ART. 35.—Les léproseries publiques et privées sont placées sous le contrôle technique du directeur des services sanitaires et le contrôle administratif des chefs de région et des chefs de district.

Par délégation du directeur des services sanitaires, chaque médecin-inspecteur de l'assistance médicale est inspecteur technique permanent des léproseries publiques et privées situées dans le territoire de la circonscription médicale à laquelle il est affecté.

Les chefs des Parquets dans leurs arrondissements respectifs contrôlent la régularité de l'isolement par hospitalisation ou à domicile des lépreux non indigènes. Le même contrôle incombe aux présidents des juridictions indigènes en ce qui concerne les lépreux indigènes.

ART. 36.—Nul ne peut pénétrer sur le territoire de la Colonie s'il est reconnu atteint de lépre.

TITRE IV.—Pénalités.

ART. 37.—Les infractions aux dispositions du présent Arrêté seront sanctionnées conformément à l'article 1er du Décret du 10 août 1926.²

TITRE V.—Dispositions générales.

ART. 38.—Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent Arrêté et en particulier les dispositions du Chapitre VI de l'Arrêté du 15 novembre 1927 portant règlement des mesures de police sanitaire générale dans la Colonie.

ART. 39.—Le Secrétaire général du Gouvernement général, le directeur des services sanitaires, les chefs de région et de district sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Tananarive, le 13 avril 1933.

[Suivent en annexes: la liste des centres de dépistage et de traitement avec leur emplacement (*Annexe I*); les modèles de fiche de dépistage et de feuille de renseignements (*Annexe II*).]

FURTHER REGARDING COLOMBIA

Statistical data concerning the leprosy situation in Colombia in 1934, and plans for improvement of the situation, were noted in this department last year. Interesting further information on the remarkable situation that existed before the changes were made is contained in a message of the President of the Republic, published in the *Bol. Of. San. Panamericana*, in December, 1935, and printed in *Leprosy Review* [7 (1936) 144].

Deploring the deterioration of the Colombian people through want of proper nourishment and especially the ravages of tropical diseases, the President called attention to the contrast offered by

²V. *Bulletin de l'Office int. d'Hyg. publ.* t. XVIII, 1926, p. 1387.

Brazil, where there had long been a virtual dictatorship in matters of public health and work had been forwarded actively. In Colombia, on the other hand, "a land peopled by malarial subjects of the very poorest types," eighty percent of the health budget of \$2,000,000 went to meet the expenses of the leprosy institutions alone. The remaining 20 percent went for salaries of officials, and the support of the other services, including dispensaries, a laboratory and the various campaigns against diseases other than leprosy. To fight malaria only \$18,000 was available, "hardly enough to pay the travelling expenses of the doctors who visit the affected regions." For the antivenereal campaign there was \$5,000. The Health Department, therefore, was "a medical bureaucracy without resources. . . a very expensive administrative department for leprosy institutions. . ." There were anomalies in connection with these institutions; for example, the Lazareto de Caño de Laro, with 350 patients cost \$500,00 per annum, about \$120 per patient per month.

The fact that many nonlepers batted on the affluent leprosy institutions was noted in the previous item referred to. The number of such persons, according to *Leprosy Review* [8 (1937) 89], was nearly 1,000, these being people who, because of the laxity of the medical authorities, had been reported by the minor officials of the leprosaria as being patients in residence or drawing rations as patients. Every person in or receiving rations from the colonies had been examined, and all of those not certified as having leprosy had been expelled and were kept out by strict cordon drawn around the places.

Serious defects and abuses in connection with the treatment of the patients had also been discovered. The supplying and administration of the drugs was "farmed out" by contract. Treatment was given by the mass method, without individualization of the patients. In one institution with 1,095 inmates there was only one medical man; the patients were actually at the mercy of unqualified lay persons who had contracted to treat them. New regulations had been put into effect prohibiting this practice and making the official treatment by qualified persons compulsory for all patients.

LEPROSY AND ILFORD HOSPITAL

The year 1936 marked the eight hundredth anniversary of the founding of a famous British institution, the "Lazarus house" at Ilford, England. This hospice, an outstanding one of its day,

contributed considerably although all unwittingly to the subsequent decline and practical disappearance, except in certain localities, of that most revolting of all the diseases of mankind—leprosy. Ilford's part in the control of the disease was largely the strict enforcement of her rules for isolation of patients from the rest of the community, by no means, be it said, from any realization of the dangers of intercourse, but because the pitiable sufferers were so loathsome to behold; the reason for their banishment from contact from their fellow creatures outside the hospital walls was not a sanitary, but an esthetic one.

Where did leprosy come from?—Just about all we know as to the source of "the living death" is that it must have come from the Orient. The Scriptures are full of lepers and leprosy, but some authorities believe the biblical type to have been different from the scourge which ravaged Europe during the Middle Ages. Voltaire once said, characteristically: "All that we gained in the end by engaging in the Crusades was leprosy; and of all that we acquired that was the only thing which we kept." Research has shown, however, that the great French skeptic's statement is unfounded. For early documents reveal that leprosy existed in Europe prior to the First Crusade.

England alone had more than two hundred leprosy houses during the Middle Ages, and, according to early writers, these were far from sufficient to accommodate more than a few from the hordes of lepers roaming the land. Most of these unfortunates tramped the highways as in biblical times, exposing distorted limbs, loathsome sores, and unhuman faces to attract the attention of travellers and so gain alms for the support of their tortured lives. Heine's unforgettable description comes to mind: "Living corpses, they wandered to and fro, muffled from head to foot; a hood drawn over the face, and carrying in the hand a bell, the Lazarus bell, as it was called, through which they were to give timely warning of their approach so that every one could get out of the way in time."

By the beginning of the eleventh century, leprosy had assumed the frightening aspect of a major "plague"; it raged devastating until the middle of the thirteenth century, then began to abate; though by no means extinct, it was rare in the fifteenth century; by the sixteenth it had practically died out save in a few localities.

ANCIENT CARE AND TREATMENT

Leprosy hospices were mentioned by Gregory of Tours as early as 560 A.D. At one time France had about two thousand. As is well known, the most famous of these was the Hôtel Dieu in Paris, although the patients received there were by no means confined to the leprosy. About this "hospice of God" Billings wrote

in his Description of Johns Hopkins Hospital: "When the medical priest established in each great city of France a 'Hôtel Dieu,' a place for God's hospitality, it was in the interests of charity as he understood it, including both the helping of the sick poor and the affording to those who were neither sick nor poor an opportunity and a stimulus to help their fellowmen; and doubtless the cause of humanity and religion was advanced more by the effect on the givers than on the receivers."

The regulations as to admission, conduct and attitude toward these unfortunates of the Middle Ages are of interest in that they throw light on the treatment, medical, social and spiritual, accorded in the "hospitals" of the period. Lepers were admitted to lazar houses either at some patron's request or at the warden's discretion. Sometimes the number accepted was limited to one or two; in other cases, more were taken. When a leper died or "resigned," his comrades were often permitted to choose another of his kind to take his place. In most cases, entering a lazar house involved the taking of vows. The "brother" was first sprinkled with holy water, then led to the altar to receive the warden's blessing, kneeling. Most English leper hospitals required payment of a maintenance fee upon entry. If the patient died intestate, his goods were usually kept a year to give any claimants a chance to apply. If none appeared, the property went into the general fund of the hospice. Total renunciation of all personal goods was usually required upon admission. The leper's clothes and furniture were all he was permitted to call his own.

Social regulations were very strict. The sexes were segregated except at worship and at work. Intercourse with the outside world was a curious combination of strictness and laxity. In some of the lazar houses lepers were permitted to receive their men friends, but no women were admitted except mothers, sisters, wives or "other responsible matrons of a certain dignity." Inmates could not frequent the highways or address passersby. Usually they were forbidden to enter the cellar or kitchen of the hospital, or churches, marketplaces, taverns, mills and bake-houses. Special places were assigned them within the walls of their institutional homes, and some churches permitted them to look through "leper holes," still to be seen in ancient British houses of worship.

Chief punishments were flogging, enforced fasting, and fines. Sometimes the stocks, suspension or expulsion had to be employed. The worst offence was to forget to say prayers, punishable by confession and public whipping. A quaint account of the expulsion "ceremony" at Ilford, usually reserved for incorrigibles, is to be found in the ancient Leger Book of Barking Abbey.

"The abbess, being accompanied with the bishop of London, the abbot of Stratford, the deane of Paule's, and other great spyrytuall personnes, went to Ilforde to visit the hospytall there, founded for lepers; and upon occasion of one of the lepers, who was a brother of the house having brought into his chamber a drab, and sayd she was his sister... He came attyred in his livery, but barefooted and bareheaded... and was set on his knees upon the stayres beneath the altar, where he remained during all the time of mass. When mass was ended, the priests disgraded him of

orders, scraped his hands and his crown with a knife, took his booke from him, gave him a box on the cheek with the end of his fingers, and then thrust him out of the churche, where the officers and people receyved him, and putt him in a carte, cryinge, *Ha' rou, Ha' rou, Ha' rou*, after him." —[From the *Medical Record*, 143 (1936) 404.]

LEPROSY IN PALESTINE

Up to about 40 years ago the lepers of Palestine had the same fate as in ancient days, writes Dr. Canaan in a note published in *Leprosy Review* [8 (1937) 91-92]. They were cast out of their villages and had to live in the fields. The Palestinians, like the Jews, believed that the disease was a heavenly punishment for sins. Many lepers used to sit on one side of the road to the south of the Jaffa Gate begging for alms, but in those days they never dared to follow and molest the passerby, as a leper woman used to do some months ago at the New Gate. Fear and terror of the infection is slowly vanishing, even among the villagers. The Arabic expression *baras* comes from one of the many, but not the most important symptoms of this disease, namely the whitish discoloration of skin patches. The other expression *djudam* is more correct, denoting only "leprosy." The only suitable leprosarium in the Near East is the Leper Home "Jesus Hilfe" in Jerusalem, run by the International Moravian Church.

NEWS ITEMS

[This feature is temporarily suspended because of interruption of the arrangements for receipt of the material from which the items are drawn.—[EDITOR]