

L'Histoire de la lèpre en France peut aider à vaincre ce fléau dans le monde

par A. RAKOTO-RATSIMAMANGA, S. RATSIMAMANGA-URVERG
et P. BOITEAU

Devant le 93e Congrès des Sociétés Savantes, à Tours, en avril 1968, nous avions attiré l'attention sur l'importance que peuvent présenter les recherches historiques et archéologiques sur la lèpre. En effet, ce fléau a durement marqué le peuple français, dans le passé, notamment aux XII^e et XIII^e siècles. Il semble avoir commencé à décroître au XIV^e siècle pour disparaître, en tant qu'affection endémique, au XVI^e siècle. En dépit des travaux consacrés à ce problème, dont nous donnerons la bibliographie à la fin de cette note, on ignore encore à peu près tout des facteurs qui ont été à l'origine de cette régression.

Ce que l'on sait, par contre, c'est que ce recul a commencé dans les départements du Nord de la France, pour progresser ensuite vers l'Ile de France, la Bourgogne, la vallée du Rhône, le Midi et le Sud-Ouest, des îlots subsistant ça et là, dans le Poitou, par exemple. Une étude comparée, dans ces diverses régions, des facteurs susceptibles d'être intervenus, à la lumière de nouvelles recherches archéologiques et historiques, permettrait sans doute de préciser quelle a pu être leur importance relative et la hiérarchie de leur efficacité.

En effet, bien que l'on dispose aujourd'hui de moyens de traitement dont ne disposaient point les hommes du XVI^e siècle européen, la lèpre est loin d'avoir disparu dans le monde. Elle frappe encore des millions d'hommes et, loin de régresser paraît même s'étendre dans certains pays sous-développés d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.

Retenant une idée du médecin-général JEANSELME, qui fut l'un des grands spécialistes français de la lèpre, nous avons fait appel aux sociétés d'histoire et d'archéologie françaises pour qu'elles nous aident dans l'étude de ce difficile problème. Nous avons eu la joie d'être compris par le Président de la Fédération de l'Aisne, M.A. MOREAU-NERET, auquel nous exprimons nos vifs remerciements, ainsi qu'à tous ceux qui ont bien voulu consacrer une partie de leur temps, à la réalisation des travaux que résume cette brochure.

Nous espérons que cet exemple sera suivi de nombreux autres travaux en France et c'est pourquoi nous allons, dans ces quelques pages d'introduction, tenter de résumer, aussi clairement que possible, à l'intention des futurs chercheurs, ce qu'on sait des facteurs qui ont pu contribuer à l'éradication de l'endémie lépreuse dans la France des XV^e et XVI^e siècles.

L'évolution de la lèpre en France.

On a cru longtemps que la lèpre avait été introduite en France lors des Croisades. Cette idée est aujourd'hui reconnue erronée.

A l'époque gallo-romaine la lèpre existait déjà. Des sarcophages et des pierres tombales l'attestent, car elles portent la cliquette : symbole du lèpreux. Un recensement de ces marques dans tous les lieux où des vestiges de l'époque romaine sont signalés serait du plus haut intérêt.

Dès le IIe siècle de notre ère, Soranos d'Ephèse rapporte qu'il soigne de nombreux lèpreux en Aquitaine. Au IVe siècle, le Pape Saint-Sirice est, semble-t-il, le premier pontife à s'occuper de la lèpre : il prescrit la séparation des époux lorsqu'un homme sain a épousé une lèpreuse où si sa femme vient à contracter la lèpre (1).

D'après Grégoire de Tours, dans son « *Histoire des Francs* », un premier établissement fondé en vue d'accueillir les lèpreux aurait vu le jour au Ve siècle dans le Jura, près de Saint-Claude. Sulpice Sévère, dans sa « *De Vita beati Martini* », signale, à la même époque sensiblement, l'existence d'un village de lèpreux : *Vicus leprosorum* dont le nom serait à l'origine de Levroux, arrondissement de Chateauroux, Indre.

Au VIe siècle, la lèpre est devenue un problème social si aigu que plusieurs conciles s'en préoccupent. Le Premier Concile d'Orléans (511) prescrit à l'évêque de fournir à tous les pauvres et infirmes, le nécessaire (2). Il ne mentionne toutefois pas expressément le cas des lèpreux. Mais le 5e Synode d'Orléans (549) précise :

« Et licet propitio Deo omnium Domini sacerdotum vel quorumcumque haec cura possint esse fidelium, ut argentibus necessaria debeat ministrare, *specialiter tamen de leprosis id pietatis causa convenit* ». (3)

Le Concile de Tours (567) ne s'occupe pas spécialement des lèpreux mais crée le principe de l'assistance collective à tous les pauvres et infirmes. C'est désormais la collectivité qui devra subvenir à leurs besoins.

Le Concile de Lyon (583) règle le sort des lèpreux :

« Placuit etiam universe concilio, ut unius cujusque *civitatis leprosi*, qui intra territorium civitatis ipsius aut nascuntur aut videntur consistere ab episcopo ecclesiae ipsius sufficienda alimenta et necessaria vestimenta accipiant, ut illis per alias civitatis vagandi licentia denegetur ». (4)

Le même canon décide la création de la première léproserie lyonnaise et en confie la construction à l'évêque Priscus (mort en 586), comme l'a signalé Pétouraud.

(1) Mansi : *Sacrorum Conciliorum nova et amplissima Collectio*, Tome III, Florence, 1759, col. 676.

(2) *Concilium Aurelianum Anno 511, Cap. XVI.*

(3) *Concilium Aurelianum Anno 549, Canon 21* (souligné par les auteurs de la présente étude).

(4) *Concilium Lugdunianum Anno 583, Canon 6.*

Au VIII^e siècle, Saint Boniface, qui devait sacrer Pépin le Bref à Soissons en 751, consacre une part importante de son activité aux lépreux. Il échange à ce sujet toute une correspondance avec les papes Grégoire II et Zacharie. (5).

Un capitulaire de Pépin le Bref (757) est d'ailleurs le premier acte séculier concernant la législation de la lèpre en France. Le capitulaire XXIII, cap. 36 de Charlemagne, dont le texte est malheureusement perdu, traitait aussi du sort des lépreux. (6)

Les cinq premières croisades (1096-1099 ; 1147-1149 ; 1189-1192 ; 1201-1204 et 1216-1219) vont avoir trois conséquences :

- accroître considérablement le nombre des lépreux, de nombreux croisés et surtout les simples hommes d'armes qui les accompagnent contractant la maladie en Orient. Parmi les plus illustres de ces malades pour le département de l'Aisne, on peut citer le comte Raoul de Vermandois, mort lépreux en 1168 ;
- permettre la construction de nombreuses léproseries et autres œuvres pieuses grâce aux butins rapportés d'Orient ;
- provoquer l'apparition des communes pendant que le seigneur est parti à la guerre. Les responsables municipaux entendent désormais participer à la gestion de la léproserie qu'ils entretiennent. Il n'est pas sans intérêt de noter que les progrès de la gestion municipale ont suivi sensiblement le même itinéraire, partant des départements du Nord, que les progrès ultérieurs de la régression de la maladie.

Mais c'est tout d'abord la recrudescence que l'on constate. Dans le testament de Louis VIII (1226), il est fait mention de l'existence de 2.000 léproseries :

« *Donamus et legamus duobus millibus domorum leprosorum decem millia librarum, videlicet culibet earum centum solidos* ». (7)

Ce chiffre, bien entendu, ne peut avoir qu'une valeur indicative. Duliscourt, dans sa thèse de doctorat en médecine que nous citons dans la bibliographie finale, fait état d'un document malheureusement sans date, intitulé : « *Estat des Maladreries de la Monarchie Françoise* », qui recense 1502 établissements. Un expert graphologue serait sans doute en état d'en apprécier l'époque. Par contre, L.A. Lebourt, après des travaux minutieux, estimait qu'au XIII^e siècle, la France dans son étendue actuelle, comptait quelque 4.000 léproseries.

Les chiffres auxquels aboutissent les recensements effectués dans le département de l'Aisne : environ 95 maladreries, sont plutôt en accord avec les données de Lebourt.

(5) *Epistolae Merowingici et Karolini Aevi*, Tome I, p. 275-277 et 370-371.

(6) *Karoli Magni Capitularia*.

(7) *Recueil des Historiens de France*, Tome XVII, 310, art. 13.

L'Ordre des Chevaliers hospitaliers de Saint-Lazare de Jérusalem, fondé en Palestine, qui avait pour vocation de soigner les lépreux et dont de nombreux membres étaient eux-mêmes atteints de la maladie, après son repli en France, se vit confier par Louis VII l'administration des léproseries, vers 1180. Cette décision n'est pas sans rapport avec la grande émulation qui se manifeste pour la construction de léproseries. En 1265, le pape Clément VI, croyant prendre une mesure susceptible de limiter l'extension de la maladie, menace d'excommunication tout lépreux, quelle que soit sa situation sociale, qui ne se retire pas dans un hôpital Saint-Lazare. Ce retrait doit s'accompagner de l'abandon de tous ses biens entre les mains de l'Ordre car un jugement du tribunal ecclésiastique le retranche du monde des vivants. Il va en résulter bien des abus : un riche bourgeois est-il atteint d'une banale maladie de peau, le voilà menacé de devoir entrer à la maladrerie. Aussi beaucoup de gens riches versent-ils, en quelque sorte à titre provisionnel, d'importantes sommes à l'Ordre de Saint-Lazare. Celui-ci devient l'un des plus riches de France et éveille bien des convoitises. Cependant c'est un ordre mendiant et les pauvres ladres, couverts de leur cagoule et agitant leur cliquette, sont tenus d'aller quêter es lieux publics. On comprend comment le nom de ladre est devenu synonyme d'extrême avarice.

Peu à peu ces faits et la crainte de la contagion vont entraîner une animosité croissante dans l'opinion publique. En 1321 la rumeur se répand d'un présumé complot de lépreux accusés d'empoisonner les puits, sources et fontaines. Des milliers d'entre eux vont être condamnés au bûcher. Dans les diocèses de Toulouse, Albi, Rodez, Cahors, Agen et Périgueux, notamment tous les ladres internés dans les maladreries sont brûlés vifs : c'est la « *combustio leprosorum* ».

Mais l'inquiétude ne fait que grandir dans la population. À Paris, une ordonnance royale de Charles V, datée du 1^{er} février 1371, enjoint à tous les lépreux vagabonds et mendians de rejoindre sans délai les maladreries des villes d'où ils sont originaires. (8) Elle est suivie de quatre ordonnances du Prévôt de Paris des 20 février 1388, 27 juillet 1394, 31 mars 1402 et 22 mars 1403 édictant des mesures de plus en plus draconiennes (9). Des lettres patentes du 3 juin 1404 signées de Charles VI octroient de nouveaux pouvoirs au Prévôt de Paris en matière de police sanitaire.

Il faudra attendre 1479 pour que le pape Innocent VIII, devant les protestations de plus en plus pressantes des autorités responsables et des évêques, prenne enfin la décision de dissoudre l'Ordre des Chevaliers de Saint-Lazare.

En fait, il semble que l'endémie lépreuse ait commencé à régresser, dans les régions du Nord de la France, dès la première moitié du XIV^e siècle. Dans l'Ile de France, c'est vers le milieu du même siècle qu'elle

(8) Secousse : *Ordonnances des Roys de France de la Troisième Race*, Tome V, Paris 1736, p. 451 et sq.

(9) Delamare : *Traité de la Police*, Amsterdam, 1729, Tome II, p. 528-529 et *Répertoires manuscrits du Châtelet*.

devient sensible. D'après L. Legrand, en 1351, les 59 léproseries du diocèse de Paris ne comptaient plus au total que 35 grands malades certainement atteints de lèpre, donc moins d'un par établissement. A Verdun, d'après Brevignier, le mouvement de régression de l'endémie est déjà net au XVe siècle. A Lyon, d'après Pétouraud, il faudra attendre le début du XVIe siècle (1510 environ). A Nîmes, d'après Puech, les malades souffrent encore de l'entassement en 1523 ; jusqu'en 1535 on signale encore une ou deux admissions chaque année ; passé cette date les entrées deviennent très rares. A Poitiers, la lèpre disparaît vers la fin du XVIe siècle.

Il convient ici de noter que cette régression est en partie dissimulée par deux phénomènes sociaux de nature différente.

D'une part, des personnes saines de plus en plus nombreuses, dénommées « haïtiés » sont hébergées dans les léproseries ; aussi étonnant que cela puisse nous paraître aujourd'hui, les biens de ces institutions étaient l'objet d'une telle convoitise que certains « prébendaires », non satisfaits de bénéficier d'une partie de leurs revenus, venaient même y résider. Dans les premières années de la Renaissance, on signala de scandaleuses fraudes aux admissions. Tricot-Royer, à propos des léproseries de l'ancien duché de Brabant, a cité quelques exemples des subterfuges mis en œuvre pour s'assurer un asile convoité et une existence oisive et, somme toute, assez confortable pour l'époque.

D'autre part, les troupes de Charles VIII, revenant de leur expédition d'Italie en 1495, ramènent le « mal de Naples ». Les progrès de la syphilis à compter de cette date vont être foudroyants en France et poser de très graves problèmes aux hôpitaux. Les comptes de l'Hôtel-Dieu de Paris pour la période du 1er octobre 1495 au 30 septembre 1496, donc celle qui correspond à l'introduction du mal, affectent une somme respectable :

« Pour avoir fourny oultre les draps et couvertures ordinaires dont elle fait mention en ces comptes, pour les malades de la grosse vérole de Naples et pour refaire la pluspart desdits draps et couvertures qui ont été gastez et qui jamais ne serviront.... » (10).

Aussi une ordonnance de 1496 interdira-t-elle aux « vérolés » de se faire admettre dans les Maisons-Dieu et hôpitaux ordinaires. La plupart d'entre-eux, à partir de cette date sont dirigés vers les hôpitaux Saint-Lazare, non pas qu'on confonde les deux affections, comme certains auteurs l'ont pensé, mais parce que beaucoup de maladreries ne renfermaient plus de lépreux et qu'on pensait réduire les risques de contagion en y hébergeant les porteurs du « mal napolitain » dont on connaissait encore mal le mode de propagation.

En dépit de ces contre-parties, si l'on peut dire, à la régression du nombre des lépreux, les biens dont jouissaient les léproseries apparaissent aux autorités de plus en plus disproportionnés à leurs besoins réels.

(10) Signalé par Candille et Hohl dans la notice numéro 83 de l'exposition de l'Assistance Publique de Paris commémorant la fondation de l'Hôtel-Dieu.

Une déclaration du 19 décembre 1543 du roi François 1er donne l'ordre de faire révision des priviléges octroyés à ces institutions. Ce sera le début d'une réforme qui se terminera par la remise de tous les biens des léproseries au Grand Aumônier, le Cardinal de Meudon. L'Aumônerie Générale du Royaume de France, créée en 1534, sera désormais chargée de la gestion de ces biens. Parallèlement la mendicité est totalement interdite aux malades. Ce n'est cependant que par arrêté du Parlement de Paris de 1695 que les léproseries seront définitivement fermées et leurs biens fonciers et mobiliers dévolus aux hôpitaux généraux.

Des facteurs qui ont amené la régression de la lèpre.

L'ouvrage d'Ed. Jeanselme : *Comment l'Europe du Moyen Age se protégea contre la lèpre ?* (1930) est le premier à tenter de dresser la problématique de cette régression de la maladie en Europe cinq ou six siècles avant que les thérapeutiques spécifiques, c'est-à-dire les sulfones léprostatiques ne soient découvertes.

Il invoque surtout :

1°) les progrès de la police sanitaire : meilleure ségrégation des lépreux ; interdiction de mendier dans les lieux publics ; construction de fontaines et de lavoirs réservés aux lépreux.

On peut ajouter à ses arguments que la structure féodale favorisait la création de nombreuses léproseries dont chacune n'avait qu'un effectif très limité. Le professeur Brabant a montré, pour la ville belge d'Huy, que dans les localités importantes les léproseries intra-muros n'abritaient que les « petits malades », simples suspects de lèpre, alors que les « grands malades », ceux dont on ne pouvait douter qu'ils fussent atteints de la maladie, étaient internés dans des maladreries situées hors des agglomérations et soumises à un règlement beaucoup plus rigoureux.

Toutefois de nombreuses dérogations existaient : c'est ainsi qu'à Saint-Calais, le 25 avril, jour de Saint-Marc, patron de la maladrerie, quatorze paroisses des environs se rendaient en procession à la chapelle des lépreux. On comprend combien de telles réunions pouvaient accroître le danger de contagion.

Jehan Henry dans son célèbre « Livre de vie active des religieuses de l'Hôtel-Dieu », magnifique manuscrit enluminé daté de 1482, donnant la parole à la mort, écrit :

« Je suis le derrain somme, la fraieur des riches, le désir des povres... Les povres et les misérables me appetent et desirent pour mettre fin à leurs miseres et les riches me fuyent qui ne veulent fin estre mise à leurs richesses. »

Le développement économique, l'accroissement de la proportion des familles aisées, a donc été, en dernier ressort, à la base de l'efficacité de toute police sanitaire.

2°) - Les progrès de l'hygiène corporelle et de l'habitat :

On connaît le proverbe qui veut que « l'homme heureux n'ait point de chemise ». De fait le port de la chemise fut réservé aux très hauts personnages jusqu'au XIII^e siècle au moins. Encore ceux qui en avaient une l'enlevaient-ils pour se coucher, la glissant sous l'oreiller de leur lit. Il était de règle pendant tout le Moyen Age de coucher nu. La chemise de nuit ne fit guère son apparition avant le règne de Philippe le Bel.

Les gens riches portaient souvent des sous-vêtements de laine, presque jamais lavés, qui favorisaient la pullulation des parasites. Quand on voulait honorer un hôte de marque, on plaçait à son chevet un veilleur qui le « tastonnait » pour faciliter son sommeil et lui éviter de ressentir trop cruellement les morsures des puces.

Quant aux gens du commun, ils couchaient souvent nus directement sur la paille, ce qui favorisait singulièrement les dermatoses et ouvrait la porte à l'infection lèpreuse.

La rareté des lits faisait qu'on s'y entassait à plusieurs.

Dans des lettres patentes de François 1^{er} du 14 mars 1516, ordonnant une enquête sur la création de nouvelles salles à l'Hôtel-Dieu de Paris, on peut encore lire

« en ladite salle Saint-Thomas sont les haultz lictz destinez pour les malades qui viennent à convalescence, en chacun desquelz par faute d'aisance on veoit ordinairement huit, dix et douze pouvres en ung lict si tres pressez que c'est grand pitié de les veoir ». (11).

La construction aux hospices de Beaune d'une salle où chaque lit fut consacré à un seul malade fut sans doute une des mesures les plus révolutionnaires de l'architecture hospitalière.

Mais, là encore, progrès de l'habitat, de l'ameublement, de l'hygiène vestimentaire, sont étroitement liés au développement économique.

3°) - Progrès du diagnostic et des connaissances sur la contagion :

Les préjugés les plus étonnantes régnèrent longtemps quant aux symptômes de la lèpre humaine. On la confondait souvent avec la ladrerie du porc, due à un ver parasite, et on allait jusqu'à rechercher chez l'homme, à la base de la langue, les nodules caractéristiques de la maladie du porc.

Plusieurs autres maladies étaient confondues avec la lèpre. Fay a signalé que, dans le sud-ouest, les prétendus « lépreux blancs » ou « cagots », dont l'affection héréditaire est d'origine endocrinienne et non infectieuse et qui, de ce fait, ne sont pas susceptibles de transmettre leur maladie à leur entourage, ont néanmoins été soumis à la même ségrégation que les vrais lépreux jusqu'en 1519.

(11) Candille et Hohl, op. cit. notice 122 ; voir aussi sur ce sujet M. Colly : les lits multiplaces dans les hôpitaux de Lyon, *Bulletin Société Française d'Histoire de la Médecine* XXXII, 1938, p. 26-43.

D'ailleurs les médecins n'avaient aucune part aux jurys chargés d'examiner ceux qu'on considérait comme suspects de lèpre. Jusqu'au XIII^e siècle ces collèges ne comprenaient que des ecclésiastiques n'ayant, pour la plupart, aucune connaissance médicale. D'après le chanoine Delamotte, vers la fin du XIII^e siècle, ils commencèrent, au moins dans l'Artois et le Boulonnais, à s'adjointre des « ladres experts », lépreux confirmés qu'on chargeait de reconnaître les symptômes de leur propre maladie chez les suspects. C'est au XIV^e siècle, dans la même région, que les « physiciens », c'est-à-dire les médecins ou chirurgiens, commencèrent à être membres du jury d'examen.

La lèpre fut longtemps considérée comme héréditaire. Aussi ne se pressait-on pas de séparer les enfants de leur mère lèpreuse.

C'est probablement au XV^e siècle, quand le nombre des lépreux commença à diminuer tandis que le personnel des léproseries augmentait, qu'on se préoccupa davantage de leur donner des soins, car les maladreries, jusque là étaient surtout des établissements destinés à la ségrégation des malades et à la satisfaction de leurs besoins matériels et spirituels les plus élémentaires ; c'est alors qu'on découvrit que les enfants confiés à des nourrices saines dès leur naissance ne présentaient jamais de signes de lèpre. Certaines maladreries furent même dotées de « ventrières » comme les hôpitaux généraux. Celles-ci jouèrent un grand rôle, souvent méconnu, dans la sauvegarde des enfants issus de parents lépreux. Puech a signalé le cas du « majoral » de la léproserie de Nîmes, fils de lépreux mais sain lui-même, homme remarquablement intelligent et entreprenant qui joua un grand rôle dans l'éradication de la lèpre dans sa région.

Tels étaient les principaux facteurs évoqués par Jeanselme en 1930.

Mais l'année suivante, la Conférence Internationale de Manille, s'inspirant surtout des travaux de Rogers et Muir sur le rôle des carences en vitamines dans l'accroissement des lésions externes de la lèpre et la contagiosité de cette maladie, mit l'accent sur l'importance des facteurs nutritionnels jusque là méconnus.

Le rôle des facteurs nutritionnels.

Peu à peu cette importance allait être confirmée par de nombreux chercheurs. Il fut démontré que les carences en vitamines - notamment les vitamines B1, B2, C et PP - favorisent l'apparition d'ulcères, d'écoulement nasal, d'affections des yeux et de maux perforants plantaires.

Rogers, étudiant aux îles Hawaï 113 cas de lèpre d'origine connue, montra que les donneurs de bacilles étaient porteurs de formes nodulaires et de lésions externes dans 94,7 % des cas, alors que 5,3 % seulement des malades avaient été contaminés par des porteurs de formes nerveuses, sans lésions périphériques apparentes.

Aussi, dès 1934, dans son célèbre traité d'ensemble sur la lèpre, Jeanselme ajoutait-il les facteurs nutritionnels à ceux qu'il énumérait en 1930 et que nous avons analysés plus haut.

« Le surpeuplement joint à la misère et à ses conséquences obligées, écrivait-il, l'incurie, la saleté, l'*alimentation insuffisante*, voilà ce qui fait en quelque sorte le lit de la lèpre ». (12).

Ratsimamanga et Boiteau, à partir de 1948, ont montré que les carences en protéines d'origine animale ou en acides aminés tels que la lysine et la méthionine, accroissaient la fréquence des lésions cutanées et leur gravité chez les animaux d'expérience : rats porteurs de lèpre murine et souris inoculées avec des souches connues de tuberculose humaine.

Ces travaux ont été entièrement confirmés par les recherches ultérieures, notamment celles de Pareira (13).

Cet auteur va jusqu'à écrire :

« Quand les protéines animales sont rares, la lèpre est endémique. Au Moyen Age, la faim et la lèpre ont coexisté en Europe... Les rares malades qui ont suivi spontanément des diètes riches en protéines ont été guéris, non par les sulfones, mais par leur régime alimentaire, recouvrant la sensibilité au toucher et à la chaleur » .

Cette opinion est peut-être quelque peu exagérée, mais il est certain que le rôle de l'alimentation dans la régression de la lèpre ne doit pas être sous-estimé.

Quelle est la situation actuelle dans les pays sous-développés ?

Aux environs de 1930, le nombre des lépreux dans le monde était évalué à 2 millions par Heiser et Sticker, à 3 millions par L. Rogers et Hoffmann, à 5 millions par Etienne Burnet.

Les estimations les plus récentes ont porté ce nombre à 15 millions dont 6 à 7 millions rien qu'en Inde, à la suite des recensements et sondages beaucoup plus précis effectués notamment sous l'égide de la Gandhi Memorial Leprosy Foundation (14).

Cet apparent accroissement ne doit cependant pas faire illusion. Il est dû, en grande partie aux efforts effectués tant par les services nationaux que par les organisations internationales et notamment l'Organisation Mondiale de la Santé, pour un meilleur recensement de ces malades. D'autre part, les suspects de lèpre se présentent beaucoup plus volontiers dans les dispensaires et autres formations sanitaires

(12) Op. cit. in fine, p. 70 (le souligné est le Jeanselme).

(13) C. G. Pareira, *International of Leprosy* XXXI, 1963, numéro 4, p. 544-545.

(14) *Leprosy in India* XL, 1968.

depuis qu'ils entendent parler de traitements nouveaux et de guérison éventuelle et aussi du fait que les léproseries sont devenues moins sinistres, voire même plus accueillantes.

Les chiffres que nous citons ont pour principal mérite de montrer l'ampleur du problème. Surtout lorsqu'on sait que ce sont les pays sous-développés les plus démunis qui sont régulièrement les plus atteints : Inde, Indonésie, Malaisie, Philippines pour l'Asie, Nigeria, Cameroun, etc. pour l'Afrique ; Antilles, Guyanes, Colombie, Vénézuela, Paraguay, Brésil, Argentine pour l'Amérique.

A Madagascar, d'après le Dr Charles RAZAFINTSALAMA, Médecin-Chef de la Division centrale de la lèpre, qui a bien voulu nous communiquer ces informations, on comptait en 1912 dans les 11 léproseries de la Grande Ile 4.276 malades. En 1927, on évaluait à 6.000 environ le nombre des lépreux, mais 3.000 seulement étaient isolés dans 19 établissements. Un rapport du Médecin Général GOURVIL du 15 janvier 1954 évaluait, sur la base de sondages plus sérieux, le nombre total des lépreux à 40.000, mais constatait que 3.325 d'entre eux seulement recevaient des soins réguliers. Enfin, en 1968, après établissement d'indices de prévalence dans chaque province, on pouvait estimer sur des bases statistiques sûres, le nombre total des lépreux à 54.000 ; 34.220 d'entre eux étaient effectivement recensés en 1969 et 26.136 recevaient un traitement. L'accroissement apparent a donc pour causes essentielles l'amélioration du dépistage et la mise en œuvre de moyens de traitement plus étendus. Mais aucune régression de la maladie ne semble encore se dessiner.

Ainsi, comme au Moyen Age, misère et lèpre vont de pair.

Ce que nous tenons à souligner, c'est que les espoirs qui avaient été mis dans l'emploi de nouveaux moyens de traitement, s'ils ne se sont pas révélés vains - de très importants succès ont même été atteints - se sont par contre montrés incapables - à eux seuls - d'aboutir à une réduction sensible du nombre des malades quand le contexte social reste favorable à la lèpre.

La découverte du bacille responsable de la lèpre humaine en 1873 par le Norvégien Hansen avait déjà fait espérer la préparation de vaccins ou de sérum. Hélas, on n'a jamais pu inoculer la lèpre humaine aux animaux, même les plus proches de l'Homme en vue d'obtenir des anti-corps. On n'a jamais pu non plus cultiver le Bacille de Hansen sur des milieux artificiels en vue d'obtenir des formes à virulence atténuée, comme on l'a réussi pour la tuberculose.

La chimiothérapie de la lèpre commença virtuellement avec la découverte des sulfones et notamment de la D.D.S. ou Dapsone synthétisée par le Français Fournier en 1937. Ce n'est cependant qu'à partir de 1941 qu'une autre sulfone, la Promine, fut utilisée aux Etats-Unis comme léprostatique par l'équipe américaine de Faget au Carville Leprosarium. Depuis lors, les sulfones ont été extensivement employées aux Indes sous la direction de Cochrane assisté d'éminents léprelogues

indiens, surtout à partir de 1949. Elles ont permis de blanchir de nombreux malades, c'est-à-dire de les rendre non bacillaires, créant ainsi les conditions pour qu'ils reprennent une existence plus normale. Mais le nombre des cas nouveaux détectés est incommensurablement plus élevé que celui des malades blanchis.

La découverte des cicatrisants majeurs triterpéniques par Boiteau et Ratsimamanga et leur mise en œuvre, surtout à partir de 1956, pour la cicatrisation des lésions externes de la lèpre et la préparation du terrain aux plasties réparatrices, si elle est parvenue à réduire les dangers de contagion dans les pays où elle a été mise en œuvre (République Arabe Unie), n'a pu recevoir jusqu'ici d'emploi assez généralisé pour amener, lorsqu'il est associé à la sulfone-thérapie, une régression massive.

Devant ces constatations, beaucoup d'auteurs en viennent à la conclusion qu'il faut, outre les moyens thérapeutiques évoqués ci-dessus, mettre en œuvre tout un ensemble de mesures à la fois prophylactiques et nutritionnelles, rappelant celles que la Renaissance européenne avait su empiriquement créer.

Une meilleure connaissance des conditions qui ont amené la régression de la lèpre en Europe au cours des XVe et XVIe siècles peut donc être d'une indiscutable utilité pour les léprologues.

Ces travaux historiques et archéologiques, loin de constituer une œuvre de pure érudition, débouchent sur des applications d'une brûlante actualité.

Que tous ceux qui voudront bien y participer trouvent ici, par avance, l'expression de nos remerciements.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE CONCERNANT L'HISTOIRE DE LA LÈPRE ET DES MALADRERIES

Archives du Diocèse de Chartres, Pièces détachées, 2e vol., Chartres, 1904, in-8° ; quelques unes des pièces publiées concernent les léproseries de Chartres.

Bechelli (L.M.) et coll. The Leprosy Problem in the World in *Boletin Ofic. Sanit. Panamericana LXI*, 1966, p. 414-429.

Bergel (M.) : Leprosy and Nutrition, *Archives Argentines de Dermatologie XVI*, 1966, P. 195-205.

Bertaccini (G) : Lights and shadows in the treatment of Leprosy, in *Giornale Ital. Dermatol.* CVII, p. 437-446 (l'auteur met l'accent sur la nécessité des recherches historiques).

Brabant (Prof. H.) : Médecins, Malades et Maladies de la Renaissance, Bruxelles, 1966, Ed. La Renaissance du Livre.

Brabant (Prof. H.) : Maladies et Médecins d'une cité mosane à l'époque de la Renaissance : Huy 1490-1630, Bruxelles, 1969.

Brevignier (Ch.) : Les Maladreries de la Cité de Verdun, une plaquette in-8° de 58 pages, sans date (cote 58.668 Bibl. Fac. Med. Paris).

Browne (S.G.) : The modern view of leprosy, in *Journal of the Roy Institute of Public Health* (Inde) XXX, 1967, p. 132-134.

Burnet (Et.) : La lèpre, Paris, 1932.

Chaussinand (R.) : La Lèpre, Paris, 1955, l'Expansion Scientifique Française.

Chaussinand (R.) : Prophylaxie et thérapie de la lèpre, Paris, 1958, Doin Ed.

Chevalier (U.) : Notice historique sur la Maladrerie de Volvy près de Romans (Drôme), in-8° de IX plus 166 pages, Valence, 1870.

Collins (T.E.) : The new face of leprosy, in *Journal of Florida Med. Assoc.* LIV, 1967, p. 904-905.

Cougoul (J.G.) : La lèpre dans l'ancienne France, in-8°, Paris, 1942.

Doull (J.A.) : Sulfone Therapy of Leprosy, Background, early History and present status, in *International Journal of Leprosy* XXXI, 1963, p. 143-160.

Delamotte (Chanoine G.) : L'épreuve des ladres en Artois et en Boulonnais au XIVe et au XVe siècles, Saint-Omer, 1929.

Deschamps (P.) : Léproseries et Maladreries Rouennaises ; le Prieuré de Mont-aux-Malades et ses rapports avec Thomas Beckett, in *Revue Soc. Savantes de Haute-Normandie*, série Lettres, XLVIII, 1967, p. 31-46.

Drivon (Dr.) : La Léproserie de la Madeleine, in *Lyon Médical*, 1906.

Duliscourt : Les lépreux au Moyen Age, Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux, 1906.

Fay (H.M.) : Histoire de la lèpre en France ; lépreux et cagots du sud-ouest, 2 vol. in-8°, Paris, 1909-1910.

Feeny (P.) : The fight against Leprosy, London, 1964, Elek Books Ed., in-8° de 191 pages.

Grassièvre (P. Bertrand de la) : L'ordre militaire et hospitalier de Saint-Lazare de Jérusalem, Paris, 1961, Peyronnet Ed.

Guiart (Jules) : La lèpre, in Laignel-Lavastine ; Histoire Générale de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire, Tome III, Paris, 1949, Albin Michel Ed., p. 140-148.

Guibert (Louis) : Les lépreux et les léproseries à Limoges, in-8°, Limoges 1905.

Hagan (G.) : Les léproseries au Pays de Nantes et de Vannes (sans date).

Hecht (L.) : Les lépreux en Lorraine, in-8°.

Hildenfinger (P.) : Léproserie de Reims du XII^e au XVII^e siècle, Reims, 1906.

Illich (A.) : La lèpre en Auvergne au Moyen Age et la léproserie d'Herbet à Montferrand, in *Revue d'Auvergne* LXXVI, 1962, p. 94-130.

Jeanselme (Prof. Ed.) : Comment l'Europe au Moyen Age se protégea contre la lèpre ? Rapport présenté au VIII^e Congrès International d'Histoire de la Médecine, Rome, 22-27 sept. 1930, paru dans *Bull. Soc. d'Histoire de la Médecine*, 1931, 2^e édit. revue et corrigée, Paris, 1931, in-8° de 155 pages.

Jeanselme (Prof. Ed.) : La lèpre, Paris, 1934, Doin Ed., in-folio de 679 pages illustr. de 259 fig. et XIV planches hors texte.

Kurth (Godefroid) : La lèpre en Occident avant les Croisades, Paris, 1907.

Lebourt (L.A.) : Recherches sur l'origine des ladreries, maladreries et léproseries, Paris, 1854.

Legrand (Léon) : Les Maisons-Dieu et Léproseries du District de Paris, in *Soc. Hist. de Paris et Ile de France* XXIV, 1897 et XXV, 1898.

Legrand (Léon) : Statuts d'Hôtel-Dieu et de Léproseries, Paris, 1901.

Pétouraud (Dr. Ch.) : Les léproseries lyonnaises au Moyen Age et à la Renaissance, in *Cahiers d'Histoire des Universités de Clermont, Lyon et Grenoble*, VII, 1962, p. 425-464 et VIII, 1963, p. 37-70.

Puech (A.) : La léproserie de Nîmes, Nîmes, 1888.

Renault : Nouvelles recherches sur les léproseries de Normandie, in *Mémoires de la Société des Antiquaires de Normandie* XXVIII (sans date).

Robine (Dr.) de Berck : travaux sur les maladreries de l'Artois et de la Picardie (inédit), communication personnelle.

Rouit : Sur la Maladrerie de la Neuville les Laon, in *Bulletin Soc. Académique de Laon*, II, 1853, p. 256-263.

Skinsnes (K.O.) : Leprosy in Society, in *Leprosy Review (Grande Bretagne)* XXXV, 1964, N° 4, p. 175-181.

Tricot-Royer (J.) : Les lépreux d'Anvers ; la dernière page de leur histoire, *Bull. Soc. française d'Histoire de la Médecine* XIX, 1925, p. 118-124.

Vincent : La léproserie de Poitiers, in *Revue d'Histoire Economique et Sociale*, 1931.

Vuihorgue (L.) : Maladrerie et l'Hôtel-Dieu de Gerberoy (Oise) ; une plaquette in-8° de 16 pages, sans date (cote 38.667 Bibl. Fac. Med. Paris).

Woringer (F.) et coll. : Lessons to be drawn from leprosy in Strasbourg in the Middle Ages, *Dermatologia Internationalis* VI, 1967, p. 236-242.

Zambaco Pacha : La lèpre à travers les siècles et les contrées, Paris 1914, Masson et Cie Ed.

Enn vngn d. vngn q[uod] fuit vngn ad sallu flia
vngn d[omi]ni m[er]ita[m] a maner c[on]tra u[er]o cl[er]icu[m]
an[ti]p[re]cep[tu]m s[ecundu]m vno: alio: t[em]p[or]e: atq[ue] q[uod]
l[et]ta vngn fuit a[cc]ordi[ti]o: h[ab]u[er]e fuit: l[et]to
s[ecundu]m pl[et]a m[an]u[m] i[st]a: lep[ta] 19: atq[ue]
f[or]m[ula] vngn ad m[an]u[m] fulg[re]t: sal m[er]ita s[ecundu]m
in alio: a pl[et]a: an[ti]p[re]cep[tu]m: atq[ue] ell[em]: atq[ue] la
zul: h[ab]u[er]e la[ti]p[er]a a[cc]ordi[ti]o: s[ecundu]m pl[et]a: q[uod] p[er]tinet
i[st]o: n[on] i[st]o: s[ecundu]m: t[em]p[or]e: apponat: m[er]ita de
m[er]ita: n[on] i[st]o: q[uod] p[er]tinet: p[er]tinet de m[er]ita la[ti]p[er]a: i
an[ti]p[re]cep[tu]m: s[ecundu]m: t[em]p[or]e: s[ecundu]m: n[on] i[st]o: s[ecundu]m:
s[ecundu]m: d[omi]ni: vngn: eod: n[on] p[er]tinet: s[ecundu]m: fl[am]me
Enn apponat: p[er]tinet: rupio: n[on] i[st]o: m[er]ita: vngn
p[er]tinet: d[omi]ni: s[ecundu]m: l[et]to: l[et]to: t[em]p[or]e: t[em]p[or]e:
t[em]p[or]e: fr[on]t[al]: p[er]tinet: m[er]ita: vngn: ell[em]: l[et]to
zul: p[er]tinet: eod: d[omi]ni: fl[am]me: s[ecundu]m: m[er]ita: s[ecundu]m:
l[et]to: go: curia: m[er]ita: De lep[ta]: i[st]o: euo: co