

CORRESPONDENCE

This department is provided for the publication of informal communications which are of interest because they are informative or stimulating, and for the discussion of controversial matters.

TRANSFORMATION OF TUBERCULOID TO LEPROMATOUS LEPROSY

TO THE EDITOR

Un récent article de S. Schujman: "Transformation of a case of tuberculoid leprosy in reaction to the lepromatous form" [THE JOURNAL 18 (1950) 11-20] appelle de ma part quelques commentaires qui seront, en même temps, une réponse à son enquête de 1936.

En 1937 j'ai publié en collaboration avec Bablet un article intitulé: "La lèpre tuberculoïde en Cochinchine" [THE JOURNAL 5 (1937) 135-150] dans lequel je résumais mon expérience de plusieurs années sur ce sujet. Je cite (p. 140), "Souvent nous avons vu des lésions nettement tuberculoïdes (examen anatomopathologique) sur des malades présentant des formes mixtes cutané-nerveuses de la lèpre. Enfin, mais plus rarement, nous avons vu des lésions nettement tuberculoïdes se transformer en lésions nodulaires lépromateuses de lèpre cutanée."

Dans les conclusions je disais: "La lèpre dite tuberculoïde . . . n'est pas rare dans la forme cutanée tubéreuse, et la coexistence de cette dernière et de lésions tuberculoïdes s'observe souvent. Les lésions tuberculoïdes peuvent présenter des formes de transition entre la forme nerveuse l'aspect tuberculoïde et la forme cutanée (lépromateuse), entre la lépride et le léprome."

Dans ce travail j'ai donné (plate 12) les photos des lésions cliniques et histologiques d'un malade (Obs. 8) chez lequel évoluaient simultanément des lésions tuberculoïdes à formes de sarcoïdes et des lésions lépromateuses typiques.

L'Obs. 7 est un cas avec lésions tuberculoïdes sans bacilles, guéries par le bleu de méthylène et récidivées après huit mois sans traitement. Cette récurrence montrait des bacilles et des granules de Much. Cette observation est cliniquement et histologiquement "une forme de passage entre la lèpre tuberculoïde et la lèpre tubéreuse."

L'Obs. 5 rapporte une forme mixte tuberculoïde et lépromateuse avec aggravation de cette dernière: "...les léprides ont

précédé les léprômes, il s'agit probablement d'une forme de passage de la lèpre tuberculoïde à la lèpre tubéreuse. . . . Les léprides tuberculoïdes n'ont pas pris le bleu de méthylène, les léprômes l'ont pris." Histologiquement: "Là prédominent les noyaux clairs du type histiocytaires, les cytoplasmes vacuolaires et l'agencement réticulé à larges mailles. . . . Certain aspects de ces préparations peuvent être interprétés comme une préparation à la transition entre la lèpre tuberculoïde et le lépromome."

Dans ce travail j'ai signalé que les léprides tuberculoïdes sans bacilles ne prenaient pas le bleu tandis que les lépromomes riches en bacilles le prenaient fortement.

A cette époque je n'ai pas jugé utile d'envisager spécialement la transformation possible de la lèpre tuberculoïde en lèpre lépromateuse, parce qu'elle me paraissait une réalité clinique vérifiée plusieurs fois dans ma pratique personnelle et reconnue par tous. Cette évolution n'est pas fréquente, mais elle existe; j'en ai vu plusieurs cas la transformation de forme bénigne tuberculoïde en forme maligne lépromateuse est possible à tout moment, particulièrement sous l'influence de maladies anergisantes la grippe, le paludisme, la rougeole, etc. A mon avis ces cas se multiplieraient si les observations pouvaient porter sur une très longue durée de temps.

Je sais bien que les lépreux tuberculoïdes ont une particulière tendance à la guérison. J'en ai publié plusieurs cas dont certains avec un recul de plus de vingt ans [*Bull. Soc. Path. exot.* 1932, 1936, 1942]. Il s'agit de malades résistants, mais il existe aussi des cas de chute de la résistance amenant la transformation en forme lépromateuse. Bien mieux mon expérience clinique me donne l'impression que de nombreux cas de lésions tuberculoïdes minimales de début passent inaperçues du malade lui-même et ne se révèlent que par la généralisation lépromateuse. J'ai pu le vérifier sur deux cas. Je pense que la majorité des cas de lèpre lépromateuse débutent par des lésions tuberculoïdes minimales inapparentes; j'en ai vu plusieurs exemples. . . . [*Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 58 (1951) 227-229 (discussion)].

J'ai vu aussi sur plusieurs malades porteurs de léprides tuberculoïdes ovalaires et marginées, une portion de la bordure évoluer vers la forme lépromateuse avec cellules de Virchow et nombreux bacilles, et l'autre portion rester tuberculoïde sans bacilles, avec follicules et cellules de Langhans. J'ai montré [*Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 58 (1951) 296-300] que la partie tuberculoïde de l'ovale ne prenait pas le bleu tandis que la partie lé-

promateuse le prenait fortement; ce sont là des faits que j'ai observés fréquemment entre 1910 et 1947 en Cochinchine.

Il m'est difficile d'admettre le terme "réaction lépreuse tuberculoïde." On n'observe, en effet, dans la lèpre tuberculoïde en réactivation rien de semblable à ce que l'on voit dans la "réaction lépreuse." Schujman [*Rev. argentina Dermatosif.* **19** (1935) 411-433] a bien mis l'accent sur les différences entre les deux processus, et il ne faut donc pas leur donner le même nom. Le drame clinique de la "lepra reaction" avec atteinte grave de l'état général n'a rien de commun avec la lente activation d'une lésion tuberculoïde avec conservation d'un bon état général. Cette activation n'est pas toujours d'un pronostic favorable; si elle peut aboutir à la régression complète des lésions elle peut, aussi, précéder une transformation lépromateuse toujours à craindre en pareil cas.

Dans ce même travail de 1937 (p. 143) je signalais la possibilité de la réversibilité de la lèpre lépromateuse en lèpre tuberculoïde sous l'influence du traitement.

2, Square de l'Alboni
Paris 16^e, France

M. L. R. MONTEL

[The foregoing note, which refers specifically to a report by Dr. Schujman, was referred to him for comment.—EDITOR.]

The question of transformation of tuberculoid leprosy to the lepromatous form, to which I called attention in the article referred to by Dr. Montel and at an earlier date [*THE JOURNAL* **4** (1936) 369 and 375 (correspondence)], is of great importance because of the connection it has with the classification of leprosy. For that reason I have suggested, and still insist, that all cases of that transformation should be published in well-documented reports.

Considering transformation, however, we must take special care not to confuse two different things. One is the simple histological change, tuberculoid to lepromatous structure, which can sometimes be observed. The other is the complete transformation of the tuberculoid case, typical in its clinical, bacteriological, histological and immunological characteristics, to the lepromatous form, which condition is totally different from and opposite to the tuberculoid one. That change is exceptional, especially for tuberculoid cases in which the immunological reaction is frankly positive.

Since the time I first wrote on this subject, thanks to the important contributions of leprologists in various parts of the world, our knowledge of tuberculoid leprosy has been amplified.

In consequence, we now know tuberculoid cases in reaction, tuberculoid cases which are strongly positive bacteriologically, atypical tuberculoid cases of the kind known as "borderline," "intermediate," etc., and tuberculoid cases in which the Mitsuda reaction may be only weakly positive or even quite negative, they being the only ones which can transform to the lepromatous type—and that only rarely.

Today, with our greater experience in this matter, we are convinced and maintain that, of all the typical characters of tuberculoid leprosy, the immunological one is the least subject to change. We have not yet seen any frankly Mitsuda-positive case, even when the patient is living under conditions adverse to his health, lose its immunological reactivity and change to the lepromatous form. Some authors, although they are few, claim to have seen it happen. From this fact arises the necessity of amplifying and coordinating the detailed study of such cases in the centers of leprology, and the great importance of the study of the *immunological curve* in tuberculoid cases, to determine the frequency of transformation and the circumstances which produce it. The matter of the immunological curve will be taken up soon in another article.

I cannot agree with Montel's point of view when he says that most of the lepromatous cases begin with minimal or unapparent tuberculoid lesions. Our experience has convinced us that the lepromatous cases, still in the slight stage, may show the prelepromatous structure described by Cochrane and Khanolkar as consisting of slight and diffuse round-cell infiltration with some bacilli. It is quite a different matter that some cases of leprosy with lesions of tuberculoid structure can change to the lepromatous type, but they are only those which are Mitsuda negative—and, as said, in our experience they are exceptional.

I agree with Montel that it is possible to find in the specimen from a given case both tuberculoid and lepromatous structures, but this happens especially in the cases of the atypical (borderline, intermediate) kind, which are in the line toward progression to the lepromatous form and may—or may not—undergo that conversion completely. In sections of specimens from such cases it is possible to find foci of tuberculoid structure and others in which the lepromatous transformation has occurred.

Regarding the designation "tuberculoid lepra reaction," I see no inconvenience in continuing to use it, for we must in some way make a distinction between the tuberculoid cases of torpid evolution and those which are in the state of reaction. The term signi-

fies a case in which the disease is more active than the torpid state, and which is also more benign than the classical lepra reaction of the lepromatous form of the disease.

*Carrasco Hospital
Rosario, Argentina.*

SALOMON SCHUJMAN
Chief, Male Section

"Prof. E. P. Fidanza" Leprosy Service