

LA FORME TUBERCULOÏDE DE LA LÈPRE (FORME DE DEBUT)  
EN FRANCE ET EN COCHINCHINE  
LES CLASSIFICATIONS<sup>1</sup>

M. L. R. MONTEL  
*Paris, France*

Une longue expérience de la lèpre m'a amené à la conclusion qu'elle débute presque toujours—je suis tenté d'écrire toujours—par la forme tuberculoïde. Ce début peut être méconnu par le fait que la lésion tuberculoïde s'est transformée si rapidement en lépromateuse qu'elle a passé inaperçue. Il peut aussi être masqué par la "surimpression bacillaire" produite par la généralisation.

S'il y a des formes tuberculoïdes qui ne se transforment pas, d'autres qui restent très longtemps tuberculoïdes avant de se transformer, d'autres aussi évoluent presque dès leur début vers la forme grave lépromateuse, ne laissant pas toujours, le temps à l'observateur de constater la lésion initiale tuberculoïde. Ces divers stades traduisent: la résistance de l'organisme, l'immunité, l'hyperergie, l'allergie, l'anergie (influence d'une maladie anergisante).

En Cochinchine, où j'ai trouvé des lésions tuberculoïdes chez 80 pour cent des enfants consultants dans les polycliniques de Saïgon, le début par la forme tuberculoïde est la règle.

Il en est de même en France. Sur 14 malades lépreux venus nous consulter depuis trois ans à l'Hôpital Saint-Louis à Paris, 12 étaient des formes de début nettement tuberculoïdes, et 2 étaient des formes lépromateuses en pleine généralisation. Mais chez ces 2 malades un examen approfondi décelait des lésions tuberculoïdes ayant précédé de deux ans et de trois ans la généralisation lépromateuse. En somme, 100 pour cent des lésions initiales étaient ou avaient été tuberculoïdes.

Presque toujours j'ai constaté la précession des lésions nerveuses sur les lésions cutanées. Dans la maladie de Hansen les nerfs sont les premiers atteints et les derniers guéris.

Pour préciser ma pensée en ce qui concerne la forme tuberculoïde, je range sous ce qualificatif les lésions cliniques suivantes:

1° Les lèpres nerveuses pures, névritiques, sans lésions cutanées.

2° Les macules planes, achromiques ou érythémateuses, plus ou moins marginées à extension centrifuge. Leurs infiltrats peuvent être lympho-conjonctifs, périvasculaires avec ou sans cellules épithélioïdes; je les qualifie de prétuberculoïdes. Ce sont presque toujours des lésions initiales, minimales. (Fig. 1)

3° Les formes tuberculoïdes classiques mineures ou majeures (Wade)

<sup>1</sup> Dans une communication au VIème Congrès de la Lèpre intitulée: "Observations sur la lèpre tuberculoïde en Cochinchine" j'ai envisagé plusieurs problèmes.

avec follicules de Koster et cellules géantes, que j'ai désignées en 1935 sous le nom de "léprides marginées à extension centrifuge (Fig. 2).

4° Formes "borderline" (Wade), ou tumorales, lésions plus ou moins nodulaires de coloration vineuse, bien délimitées, susceptibles d'évoluer vers la forme lépromateuse et se rapprochant de la forme suivante tout en conservant une structure histologique tuberculoïde (Figs. 3 et 4).

5° Des lésions maculeuses de coloration souvent fauve plus ou moins infiltrées, avec image histologique intermédiaire aux tuberculoïdes ou aux lépromateuses.

Ce sont ces lésions que la classification sud-américaine qualifie (improprement à mon avis) de forme "incaractéristique," "indifférenciée," "indéterminée," et dont la définition précise semble embarrasser de plus en plus les léprologues de l'Amérique du Sud eux-mêmes qui les ont créées. Il est évident qu'à son tout premier début l'histologie lépreuse est impossible à distinguer d'une réaction inflammatoire quelconque. C'est cette difficulté d'interprétation qui a fait créer les qualificatifs ci-dessus, dont les limites sont si imprécises que certains auteurs en notent moins de 20 pour cent et d'autres plus de 60 pour cent.

#### CLASSIFICATIONS

1° Une classification basée sur l'histologie n'est ni scientifique, ni logique, ni pratique.

2° L'histologie de la forme tuberculoïde n'a pas un caractère de spécificité de spécificité suffisant pour servir de base à une classification. Les images histologiques de cette forme sont essentiellement mouvantes, différentes chez un même sujet, et quelquefois dans une même lésion. [One may see] la coexistence chez le même sujet de lésions sarcoïdes, tuberculoïdes, abacillaires, et de lésions lépromateuses avec bacilles innombrables et globis. Les premières ne se coloraient pas par le bleu de méthylène en injection intraveineuse, les secondes prenaient intensément la couleur. Plus une lésion se colore en bleu, plus elle est riche en bacilles.

La Fig. 5 montre une lésion circinée à extension centrifuge; tuberculoïde dans le quart de cercle supéro-antérieur, et lépromateuse par ailleurs. Après injection de bleu, la partie tuberculoïde n'a pas pris la couleur, la partie lépromateuse s'est intensément colorée.

3° Il ne m'est pas possible d'admettre que les qualificatifs "indéterminé," "incaractéristique," "indifférenciée," qui ne sont que des négations histologiques, puissent être appliqués à des cas de lèpre cliniquement certaine.<sup>2</sup>

Cliniquement il existe des cas névritiques purs sans aucune lésion dermatologique. Ils sont inclassables. Je les considère comme des tuberculoïdes ou des intermédiaires.

<sup>2</sup> Voir la livre *Lèpre*, par Chaussinand, figs. pages 91 et 92, représentant des cas de lèpre indiscutable cliniquement et désignés comme indéterminés.

J'ai vu récemment un malade antillais présentant 2 ou 3 taches à extension centrifuge avec une image histologique ne s'éloignant pas de la peau saine, sans infiltration cellulaire notable, que je qualifie de pré-tuberculoïde; mais ce malade présentait une hypertrophie du S.P.E. gauche, avec paralysie des fléchisseurs du pied gauche ayant précédé de trois mois les taches cutanées et signant une lèpre certaine.

En se plaçant au seul point de vue histologique il m'eut fallu, selon la classification sud-américaine, désigner le cas comme "indéterminé." Cela me paraît paradoxal et injustifié. Ces formes indéterminées ont pour base unique l'histologie dont j'ai montré la fragilité, elles n'offrent aucune possibilité d'utilisation pour les agents médicaux opérant dans des pays primitifs.

Quant à parler de "poles de la lèpre," j'estime que c'est consacrer une pure fiction verbale sans réalité pratique. Dans la maladie de Hansen il n'y a pas de formes opposées comme des pôles. Voici du reste que l'on nous parle maintenant de formes "infra-polaires," "extra-polaires," ce qui ne peut qu'augmenter la confusion!

Les nombreux diagrammes présentés par différents auteurs ne me paraissent être que des divertissements graphiques!

Tout en reconnaissant le intérêt doctrinal de la réaction de Mitsuda, je ne pense pas qu'elle puisse servir de base à une classification: ses modalités, sa constance, sa fréquence, sa signification biologique sont encore discutées. Elle ne peut être érigée en critérium.

Dans les nombreuses réactions de Mitsuda que j'ai faites j'ai souvent constaté que (avec ou sans réaction de Fernandez) l'infiltration dermique qui doit donner lieu à la papulation du 20ème jour commence dès le lendemain de l'injection intradermique et s'accroît progressivement jusqu'à la positivité du 24ème jour. Chez de nombreux sujets il existe au 8ème ou 10ème jour une infiltration notable qui peut faire prévoir à coup sûr un Mitsuda positif. Je reviendrai sur ces faits qui sont en accord avec les descriptions originales de Mitsuda et Hayashi; ils ne me paraissent pas avoir suffisamment attiré l'attention des observateurs.

## PROPOSITION POUR UNE CLASSIFICATION

<i>Formes Benignes</i> Tuberculoïdes (T) ou de début	<i>Formes Intermediaires (I)</i> ou de transition	<i>Formes Malignes</i> Lepromateuses (L) ou d'état
Névritiques - nerveuses pures sans lésions cutanées; incipientes; pré-tuberculoïdes. Tuberculoïdes minimales, mineures, majeures; c'est-à-dire taches, macules et léprides marginées à extension centrifuge.	Certaines tuberculoïdes majeures en activation; tuberculoïdes "borderline"; tuberculoïdes tumorales; malades en voie d'aggravation.	Lépromes, nodules, tubercules. Réactions lépreuses. Lepra lazarine, antonine, de Lucio.
Structure lympho-conjunctive, follicule de Koster avec cellules géantes.	Structure analogue aux précédentes ou aux suivantes ou intermédiaires avec évolution vers la cellule de Virchow.	Lèpres invisibles: infiltrations hypodermiques décelées par le bleu de méthylène.
Abacillaires ou paucibacillaires.	Bacillaires, presque toujours sans globies.	Bacilles innombrables, globies, cellules de Virchow.
Hyperergiques ou allergiques.	Hypoergiques ou anergiques.	Réactions lépreuses anergiques.
Ne prennent pas le bleu de méthylène.	Prennent modérément le bleu de méthylène en proportion de l'abondance des bacilles.	

Pour les classifications secondaires et les symboles j'adopte les propositions de Wade et de Chaussinand.

## ABSTRACT

The author first states that leprosy almost always begins as of the tuberculoid form, although frequently it changes to lepromatous so rapidly that the original form is not seen. Other cases do not transform from the tuberculoid at all, or only after more or less delay.

The tuberculoid form is held to include, clinically, pure neuritic cases without skin lesions and simple macular cases, as well as the classical minor and major tuberculoid forms and the "borderlines." One of the photographs shows absorption of methylene blue in parts of the lesions.

The author's views of classification are set forth: The histological basis is not scientific, logical, or practical. The tuberculoid structure is not sufficiently specific to be used for classification. The "indeterminate" concept is rejected. To speak of the "poles of leprosy" is to indulge in verbal fiction, without reality. The numerous diagrams presented by various authors are regarded as graphic entertainment. Although there

is theoretical interest in the Mitsuda reaction, it cannot serve as the basis of classification.

Three forms are recognized: (1) the one called benign, tuberculoïd (T), the form *de début*; (2) the intermediate (I) form, the one of transition; and (3) the form called malign, lepromatous (L), the form *d'état*—the established form.

[*Editor's note:* Too late to withdraw this article, which appears here as an original one, it was learned that in essential it has already been published in the *Bulletin de Société Pathologique exotique* 47 (1954) 198-201. A copied abstract of that article appears in the Current Literature section of this issue.]

#### BIBLIOGRAPHIE

1. MONTEL, L. R. Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injections intraveineuses. *Bull. Acad. Méd. Paris* 112 (1934) 208-230.
2. MONTEL, R. Chromothérapie de la lèpre. Etude général. *Bull. Soc. Path. exot.* 28 (1935) 616-626.
3. MONTEL, M. L. R. La lèpre tuberculoïde en Cochinchine (présentation de clichés). *Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 58 (1951) 296-300.
4. MONTEL, L. R. Lèpres nerveuses pures dermatologiquement asymptomatiques. Lèpres minimales, précession des lésions nerveuses sur les symptômes cutanés *Bull. So. Path. exot.* 45 (1952) 749-757.
5. MONTEL, M. L. R. Les lésions cutanées de début de la lèpre. La lèpre tuberculoïde. Les névrites. *Bull. Soc. Path. exot.* 47 (1954) 198-201.
6. MONTEL, M. L. R. Un cas de lèpre contractée en France. Contagion familiale. *Bull. Soc. Path. exot.* 47 (1954) 201-202.
7. MONTEL, M. L. R. and BABLET, J. La lèpre tuberculoïde en Cochinchine. *Internat. J. Leprosy* 3 (1937) 135-150.
8. MONTEL, M. L. R. *et al.* Observations résumés de vingt cas de lèpre chez des jeunes. Traitement par le bleu de méthylène seul ou associé au chaulmoogra. *Bull. Soc. Méd.-Chir. de Indochine* 13 (1935) 337-361.
9. BOLGERT, M. and MONTEL, L. R. Trois cas de lésions lépreuses minimales. *Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 58 (1951) 474-476.
10. BOLGERT, M. and MONTEL, L. R. Lèpre (?) monosymptomatique hypertrophie des nerfs, sans lésions cutanées; (cas pour diagnostique). *Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 59 (1952) 30-31.
11. BOLGERT, M. and MONTEL, L. R. Un cas de lèpre tuberculoïde minimale à latence prolongée (24 années). Précession des lésions des nerfs sur les symptômes cutanés? *Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 59 (1952) 217-218.
12. BOLGERT, M., MONTEL, L. R. and LEVY, G. Lèpre généralisée chez une fillette. Blanchiment en 20 mois. Contamination de la mere sous forme d'une lésion tuberculoïde unique. *Bull. Soc. française Derm. et Syph.* 60 (1953) 168-170.

## DESCRIPTION OF PLATE

## PLATE (28)

FIG. 1. Tache achromique de la région sous mentonnière, lésion initiale minimale pré-tuberculoïde, chez une femme de 36 ans. Remarquer sur la tache la disparition du granité normal de la peau.

FIG. 2. Lépride marginée à extension centrifuge de la région rétro auriculaire, chez un jeune annamite de 17 ans. Lésion unique.

FIG. 3. Lépride marginée à extension centrifuge ayant fait le tour du corps. Forme "borderline."

FIG. 4. Forme borderline en transformations lépromateuses.

FIG. 5. Lésion circulaire, tuberculoïde dans son quart supéro-antérieur et lépromateuse dans les 3/4 restants. Après injection intraveineuse de bleu de méthylène, décelant la partie lépromateuse qui, seule, s'est colorée en bleu.

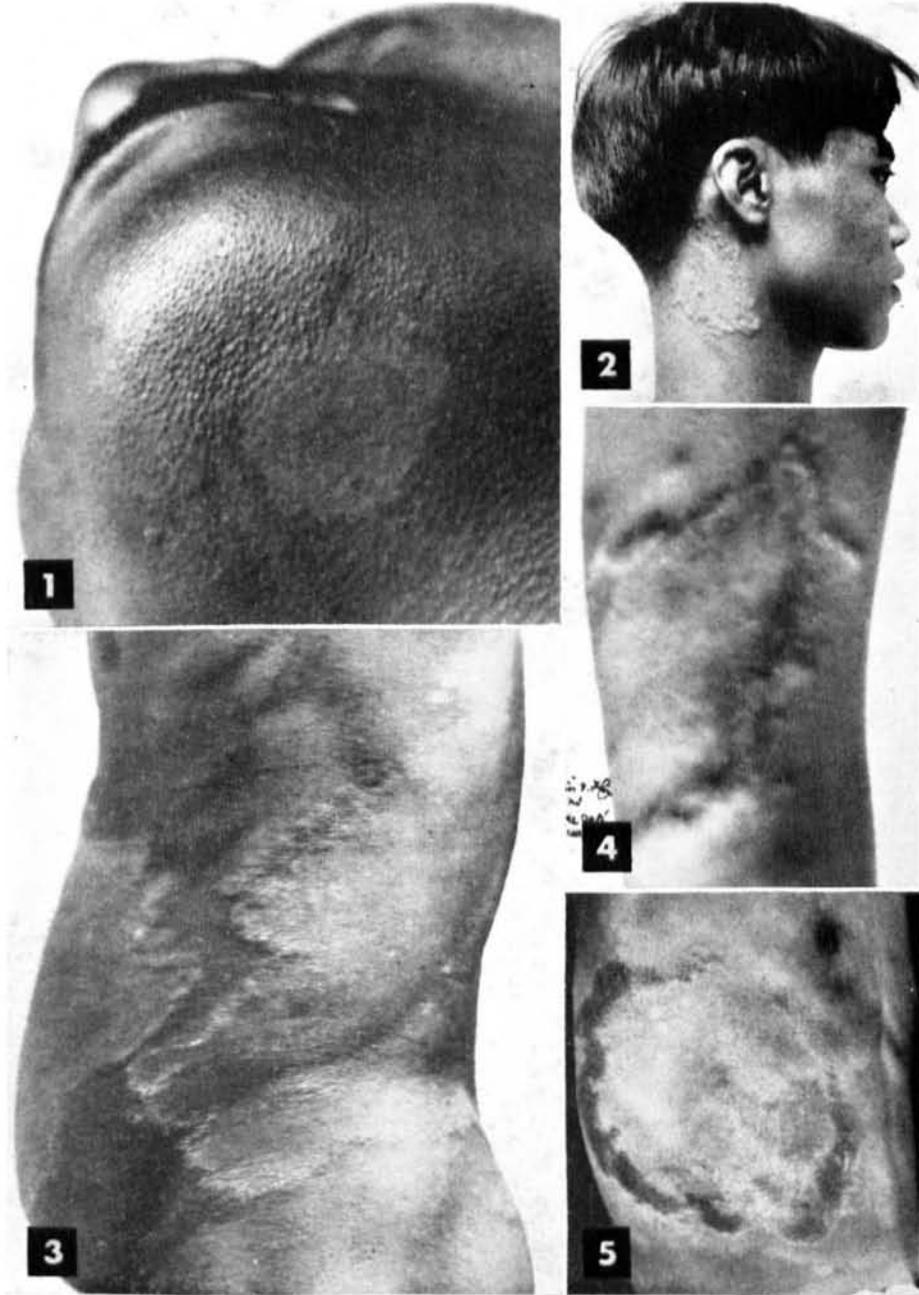


PLATE 28.