

TREIZIÈME LEÇON

NÉPHRITE SYPHILITIQUE. — SYPHILIS DU REIN

MESSIEURS,

Vous venez de voir dans nos salles plusieurs malades atteints de manifestations *sypilitiques du rein*; je saisis cette occasion pour vous exposer dans son ensemble cette grande question, dont tous les points, il faut bien le dire, ne sont pas encore complètement élucidés.

Mais avant d'aborder l'étude de la syphilis rénale, faisons justice de la théorie erronée de Güntz, théorie d'après laquelle la médication mercurielle serait en grande partie justiciable des néphrites qui surviennent chez les sypilitiques. Dans un mémoire, fort remarquable à tous égards sur la syphilose du rein<sup>1</sup>, M. Mauriac s'élève avec raison contre cette assertion; il suffirait, pour la réfuter, de voir comment se comportent les intoxications mercurielles chez les gens dont la profession est de manier le mercure; elles causent bien des maux, mais elles respectent le rein; les doreurs, les miroitiers, les mineurs et tant d'autres ouvriers qui font usage du mercure peuvent être atteints d'accidents

1. Mauriac. Syphilose du rein, *Archives générales de médecine*, 1887.

aigus et chroniques, de stomatite, de lésions osseuses buccales, de tremblement mercuriel et de bien d'autres manifestations hydrargyriques, mais leur rein reste indemne. Il n'en est pas du mercure comme du plomb, qui, lui, crée des néphrites (néphrite saturnine). Je vous citerai dans un instant une série d'observations concernant des sypilitiques, chez lesquels la néphrite aiguë a éclaté trois, quatre, cinq mois après le chancre, alors qu'ils n'avaient encore fait usage d'aucune préparation mercurielle; ce n'est donc pas le mercure qu'on peut incriminer chez eux. Je vous parlerai également de sypilitiques chez lesquels la syphilis du rein est apparue dix ans, quinze ans après l'infection, alors que depuis bon nombre d'années ils n'avaient plus fait usage de préparations mercurielles. La question est donc jugée, ce qui crée la néphrite chez les sypilitiques, ce n'est pas le mercure, c'est la syphilis.

La toxine sypilitique est un terrible poison pour le filtre rénal; elle exerce sur le rein une action délétère et parfois meurtrière, mais elle se comporte différemment suivant qu'elle attaque le rein à une époque voisine de l'infection (accidents secondaires), ou à une époque éloignée (accidents tertiaires). Ce fait est facile à constater à la lecture et à l'analyse des observations. C'est ce qui m'engage à suivre dans ces leçons cliniques la division indiquée par les auteurs et que j'ai moi-même adoptée dans mes leçons de pathologie à la Faculté de médecine. L'infection rénale *précoce*, celle qui attaque les reins dès les premiers mois de la syphilis, détermine une néphrite au vrai sens du mot; les *deux* reins sont uniformément atteints comme ils le sont dans toutes les néphrites infectieuses aiguës, dans la néphrite scarlatineuse par exemple, et cette néphrite sypilitique précoce se traduit tantôt par des accidents légers ou de moyenne intensité, tantôt par des accidents terribles et trop souvent mortels. Au contraire, l'infection rénale *tardive*, celle qui survient à une époque éloignée, plusieurs années après la syphilis, cette syphilose rénale tertiaire ne se traduit pas seulement par des lésions de néphrite au vrai sens du mot; elle engendre des lésions gommeuses, scléro-gommeuses, amyloïdes, tantôt

prédominantes et tantôt associées en proportions variables à des lésions de néphrite vulgaire. Aussi le tableau clinique se présente-t-il sous des aspects multiples ; aux accidents précoces convient la dénomination de *néphrite syphilitique* ; aux accidents tardifs convient la dénomination de *syphilis du rein*. Entre ces deux types extrêmes, existent, bien entendu, des intermédiaires. Commençons par étudier les accidents syphilitiques précoces, la néphrite syphilitique.

Dans une première catégorie de faits, la *néphrite syphilitique précoce* est tellement légère qu'elle passe pour ainsi dire inaperçue ; elle apparaît dans les premiers mois de l'infection, mais sans bruit, sans accidents. L'albuminurie est presque son seul témoin ; M. Jaccoud l'avait bien dit dans sa *Clinique de la Charité*. On constate 10, 20, 30 centigrammes d'albumine par jour ; les urines ont une toxicité normale, l'urée et les matières extractives sont en proportion voulue, l'examen histologique fait découvrir des cylindres. Après quelques oscillations et une durée plus ou moins longue qui peut être abrégée par le traitement spécifique, l'albumine disparaît sans autres accidents.

Dans cette variété de néphrite, l'albumine et les cylindres ont été, je vous le répète, les seuls témoins de la lésion ; les fonctions du rein sont restées intactes, la dépuration urinaire a été suffisante, il n'y a pas eu d'intoxication urémique et le malade n'a même pas été atteint des « petits accidents du brightisme ». Souvent, cependant, il y a eu un symptôme qui a marché de pair avec l'albuminurie, c'est une légère bouffissure des paupières ou de la face, surtout perceptible le matin au réveil ; c'est encore un léger œdème des jambes et des malléoles.

Cette néphrite syphilitique atténuée, ne se traduisant que par l'albuminurie avec ou sans œdèmes légers et limités, n'a rien qui doive nous surprendre, n'observons-nous pas, au cours d'autres maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, n'observons-nous pas des altérations rénales qui, pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, ne se traduisent également que par l'albuminurie avec

ou sans œdèmes ? Je pense, que ces néphrites syphilitiques légères, qui ne s'imposent pas, qu'il faut rechercher pour les dépister, tiennent à la bénignité de l'agent infectieux, et peut-être aussi à l'intégrité antérieure des reins. Elles doivent être attaquées avec prudence par le traitement antisiphilitique et surveillées de près, car elles guérissent rarement du premier coup ; elles reparaissent et récidivent parfois sous des formes autrement graves.

Mais la néphrite syphilitique n'a pas toujours, il s'en faut, une évolution aussi favorable, elle est parfois beaucoup plus intense ; je vais même vous citer dans un instant bon nombre d'observations qui vous prouveront qu'il est des néphrites syphilitiques précoces, aussi graves, aussi terribles que n'importe quelle autre néphrite infectieuse ; elles tuent les malades d'une façon aiguë ou subaiguë et, à l'autopsie, on trouve une néphrite diffuse, à gros rein blanc, à rein jaunâtre, à rein hémorragique ; l'examen histologique démontre avant tout une tuméfaction et une nécrose des tissus glandulaires (néphrite épithéliale) et quelquefois une augmentation de volume des glomérules avec lésions irritatives des capsules et des vaisseaux et avec hémorragies glomérulaires. Ne croyez pas que cette néphrite syphilitique aiguë, souvent mortelle, dont les lésions se cantonnent surtout aux éléments sécréteurs et excréteurs du rein, soit l'apanage des syphilis dites malignes ; elle apparaît également et même le plus souvent dès les premiers mois d'une syphilis qui s'annonçait avec les apparences peu alarmantes d'une syphilis vulgaire, d'intensité moyenne, les malades n'ayant eu jusque-là que la roséole et quelques plaques muqueuses.

Ce sont ces néphrites syphilitiques précoces, intenses, que nous allons étudier aujourd'hui, et le plus bel exemple que je puisse vous donner est celui de notre malade du n° 18 de la salle Saint-Christophe. Ce jeune garçon de dix-sept ans m'a été adressé, le 29 avril dernier, par M. Mauriac. L'avant-veille, c'est-à-dire le 27 avril, étaient apparus brusquement la bouffissure du visage et l'œdème des jambes. A l'entrée du malade dans notre service, les paupières étaient tuméfiées et l'œdème des membres inférieurs, qui ne datait que de

l'avant-veille, avait pris des proportions considérables; les jambes et les cuisses étaient énormes, semblables à des poteaux, et complètement déformées par un œdème blanc et mou, qui remontait jusqu'à la région lombaire. Cette anarsaque était accompagnée d'une abondante albuminurie; les urines, assez colorées, étaient rendues en quantité normale, sans trace d'hématurie; elles contenaient, par vingt-quatre heures, vingt-trois grammes d'albumine. On ne constatait aucun autre symptôme, pas de douleur rénale, pas de dyspnée; il s'agissait en somme d'une néphrite aiguë, intense, survenue brusquement, sans douleur lombaire, sans frissons, sans fièvre, sans les symptômes qui rappellent la description de la néphrite rarissime dite *a frigore*. Quelle était donc la cause de cette néphrite qui venait d'éclater si inopinément, présentant comme entrée en scène un œdème intense et vingt-trois grammes d'albumine? Mon opinion fut absolument conforme à celle de M. Mauriac; il s'agissait ici d'une néphrite syphilitique précoce. En effet, ce garçon a eu, il y a deux mois, un chancre syphilitique du fourreau de la verge; la légère induration des tissus à ce niveau et leur coloration sont les témoins du chancre récemment cicatrisé; de plus, on trouve aux deux régions inguinales une pléiade ganglionnaire formée de ganglions durs, mobiles, presque indolents, adénopathie satellite du chancre syphilitique. Les accidents secondaires ont fait leur apparition; on constate des plaques muqueuses de la gorge et de la région anale.

Cette néphrite aiguë, survenant au début de la période secondaire, soixante-dix jours après l'apparition du chancre, chez un garçon qui n'avait eu antérieurement ni scarlatine, ni grippe, ni fièvre typhoïde, ni aucune infection susceptible d'adultérer les reins, il était tout naturel de la mettre sur le compte de la syphilis. C'était bien là une néphrite aiguë, et non pas une poussée de néphrite survenue au cours d'un brightisme chronique, car on ne retrouvait dans les antécédents du malade aucun des petits accidents de brightisme. Il n'y avait donc pas d'hésitation possible sur le diagnostic; voilà un garçon de dix-sept ans, robuste et bien constitué,

qui n'a jamais eu la moindre maladie infectieuse; il prend la syphilis, et soixante-dix jours après l'apparition du chancre, en même temps que les plaques muqueuses des régions anale et gutturale, éclate une néphrite caractérisée d'emblée par l'anarsaque et par une albuminurie considérable; c'est bien là le type de la néphrite syphilitique précoce. Güntz serait mal venu d'invoquer ici une intoxication mercurielle, le malade n'ayant encore été soumis à aucune médication.

Bien que cette néphrite ne fût accompagnée d'aucun symptôme menaçant, je réservai le pronostic, l'expérience m'ayant appris à me méfier de la néphrite syphilitique, surtout de la néphrite syphilitique précoce.

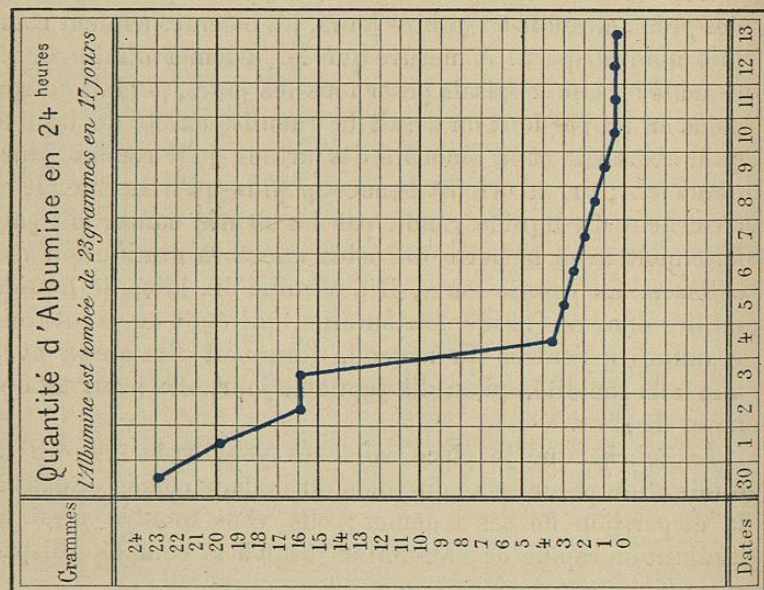
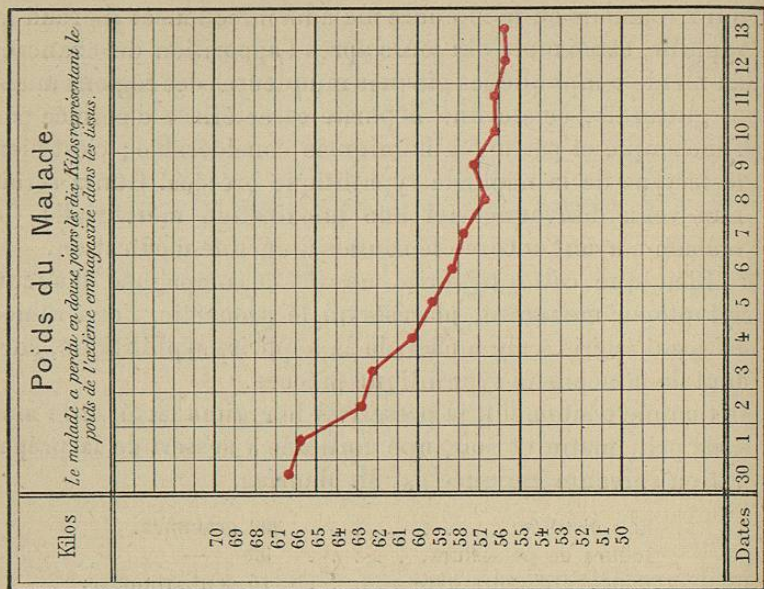
Comme traitement, je prescrivis le régime lacté, et le malade prit, matin et soir, une cuillerée à dessert de la préparation suivante indiquée par M. Mauriac.

Eau distillée. . . . .	300 grammes.
Iodure de potassium. . . . .	30 —
Biodure d'hydrargyre. . . . .	15 centigrammes.

Les résultats de la médication furent des plus rapides et des plus heureux; en quinze jours, les œdèmes avaient complètement disparu. A mesure que les œdèmes diminuaient, le malade, que je faisais peser tous les jours, perdait de son poids en proportion; on dosait la quantité exacte du liquide qu'il absorbait et la quantité des urines qu'il rendait journellement; or, il urinait beaucoup plus qu'il ne buvait et l'excédent du liquide rendu par les urines concordait parfaitement avec la perte de poids due à la diminution des œdèmes. En quinze jours, il a éliminé dix kilos de liquide infiltré dans ses tissus. L'albumine, qui était de vingt-trois grammes à l'entrée du malade, diminuait elle aussi, avec une telle rapidité, qu'au dix-septième jour, elle avait totalement disparu.

La courbe que je place sous vos yeux vous montre la diminution progressive du poids du malade correspondant à la disparition de ses œdèmes; elle vous montre aussi la diminution rapide de l'albumine jusqu'à sa complète disparition.

## Néphrite syphilitique précoce.



Je vous présente ce jeune garçon, il n'a plus ni œdème, ni trace de bouffissure au visage; il prend tous les jours avec avidité ses quatre litres de lait; j'estime que tous les accidents de sa néphrite aiguë sont conjurés. Nous allons le garder quelque temps dans nos salles afin de suspendre et de reprendre le traitement, s'il y a lieu, et nous arriverons, je n'en doute pas, à une complète guérison<sup>1</sup>.

J'ai à vous parler maintenant de cas moins heureux, car la néphrite syphilitique précoce est parfois, je vous l'ai dit, une terrible maladie; en voici la preuve: Le 16 mars 1898<sup>1</sup> entrant, dans notre salle Saint-Christophe, n° 19, un homme de trente-quatre ans atteint d'anasarque. Il y a un mois environ, vers le 10 février, étant en pleine santé, cet homme s'aperçut que ses paupières étaient bouffies, le lendemain toute la figure était œdématisée, et en vingt-quatre heures l'œdème avait gagné les membres inférieurs et l'abdomen; l'anasarque tendait à se généraliser. Un médecin fait l'examen des urines, trouve de l'albumine et prescrit le régime lacté exclusif. Malgré le régime lacté, l'anasarque s'étend et gagne les bourses. C'est uniquement pour cette anasarque que cet homme vient à l'Hôtel-Dieu; il ne se sent pas autrement malade. A première vue, il a l'aspect d'un homme vigoureux, au teint clair et un peu rosé. Les bras sont bien musclés, mais l'abdomen, les bourses et les membres inférieurs sont le siège d'un œdème considérable, pâle et mou. La bouffissure de la face a presque disparu. Les urines sont assez foncées, on en recueille deux litres en vingt-quatre heures, elles contiennent 16 grammes d'albumine, 8 grammes par litre. Naturellement nous portons le diagnostic de néphrite aiguë.

1. J'ai revu plusieurs fois ce jeune homme, deux, trois, quatre mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il a continué à se soigner, la guérison ne s'est pas démentie. Je l'ai tenu au régime lacté pendant deux mois, puis j'ai permis graduellement les purées, les légumes, le pain, associés au régime lacté. Le traitement mercuriel et ioduré a été donné quinze jours consécutifs, puis suspendu pendant quinze jours et ainsi de suite à trois reprises. Au mois d'octobre, c'est-à-dire six mois après cette leçon, j'ai revu ce garçon, il est en parfaite santé, il mange tous les aliments sans distinction, l'albumine n'a jamais reparu.

Recherchant les causes de cette néphrite aiguë, on ne découvre rien autre qu'une syphilis récente datant de huit mois. En juin 1897, cet homme a été soigné à l'hôpital du Midi, chez M. Mauriac, pour un chancre syphilitique du prépuce. On lui a donné comme traitement des pilules de proto-iodure, et quelques mois plus tard il est revenu à l'hôpital du Midi pour des plaques muqueuses de la gorge. Ne trouvant dans le passé de cet homme aucune autre maladie pouvant expliquer sa néphrite, il était tout naturel de porter chez lui le diagnostic de néphrite syphilitique, néphrite aiguë et précoce, ayant éclaté au septième mois de la syphilis. C'étaient bien là du reste les allures de la néphrite syphilitique précoce, débutant brusquement par des œdèmes rapidement généralisés avec albuminurie considérable.

Je soumetts le malade au régime lacté et je prescris une injection journalière de quatre milligrammes de biiodure d'hydrargyre en solution huileuse. Les jours suivants, la situation ne s'améliore pas, les œdèmes persistent, les urines augmentent de quantité et l'albumine oscille entre 16 et 20 grammes par vingt-quatre heures. On suspend le biiodure d'hydrargyre après la septième injection. Le malade, très optimiste de sa nature, n'éprouve ni gêne, ni douleurs et prend avec plaisir ses quatre litres de lait; malheureusement l'œdème augmente encore et gagne les lombes; les bourses et la verge œdématisées prennent la dimension d'une tête de fœtus. Je donne l'iodure de potassium à la faible dose de 50 centigrammes par jour, puis je le supprime, n'en ayant obtenu aucun bon résultat. Les injections de biiodure sont reprises, puis suspendues. Le 4 avril, c'est-à-dire vingt jours après l'arrivée du malade dans nos salles, la quantité d'albumine est moindre qu'à son arrivée, puisqu'il n'y a que 9 grammes au lieu de 16. Mais l'anasarque, qui augmente toujours, malgré le régime lacté et malgré le traitement spécifique, me paraît de mauvais augure et me donne des inquiétudes sérieuses.

Le 13 avril, pour la première fois, le malade se plaint d'une légère oppression et on constate à l'auscultation quelques râles sibilants disséminés et des râles fins d'œdème pulmo-

naire aux bases des deux poumons. On pèse le malade et on constate qu'il a augmenté de cinq kilos depuis son entrée, cinq kilos qu'il faut mettre sur le compte des œdèmes qui gagnent toujours du terrain. Le 20 avril, le malade se trouve moins bien; il n'a plus la même appétence pour le lait, il a des envies de vomir, les urines diminuent de quantité, l'œdème pulmonaire fait des progrès. Les jours suivants, le lait est encore plus mal toléré, le malade a le visage blafard. Le 24 avril, il se plaint d'une douleur au côté droit de l'abdomen, douleur expliquée par une trainée diffuse de lymphangite et une plaque d'érysipèle. Cette complication est d'autant plus redoutable, que dans plusieurs observations, vous le verrez dans un instant, c'est à l'érysipèle qu'ont succombé les malades atteints de néphrite syphilitique précoce. Dans la soirée surviennent une cyanose et une angoisse dyspnéique de mauvais aloi, qui n'est pas suffisamment expliquée par l'auscultation des poumons.

Malgré tous les moyens mis en œuvre, cet état marche avec rapidité; les douleurs s'accroissent dans les parties envahies par l'érysipèle, le pouls devient filiforme, irrégulier, les battements cardiaques sont tumultueux, le facies est blême et marbré et le malade succombe dans la journée du lendemain, 25 avril, sans délire, ayant gardé toute sa connaissance jusqu'au moment de la mort.

Voici les résultats de l'autopsie. Les lésions pulmonaires, œdème et congestion, sont assez étendues. Les cavités du cœur droit sont entièrement comblées par un énorme caillot qui se moule sur leurs parois. Ce caillot blanc, solide, est composé de fibrine pure, ce n'est pas un caillot *post mortem*, c'est un caillot dont la formation a été certainement contemporaine de l'agonie. Ce caillot remplit toute l'oreillette droite, passe dans le ventricule droit par l'orifice tricuspide, et du ventricule pénètre dans l'artère pulmonaire où il se termine en pointe à peu de distance de la bifurcation de cette artère.

Les reins sont volumineux; le rein droit pèse 200 grammes, le rein gauche pèse 180 grammes. La substance corticale est très pâle, sur ce fond pâle se détachent des réseaux

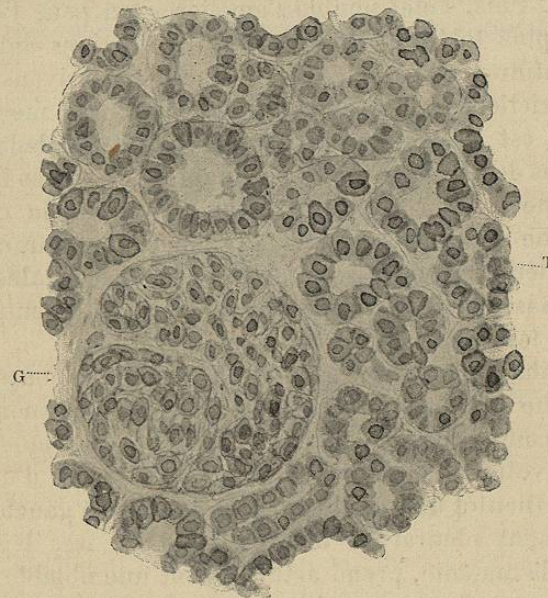
vasculaires, très congestionnés, formant à la surface des reins des étoiles de Verheyen fort accentuées. La capsule rénale se laisse facilement détacher, il n'y a donc pas de sclérose de cette capsule. La substance pyramidale est congestionnée et de teinte violacée.

L'examen histologique démontre que les lésions les plus intenses occupent la substance corticale, et uniquement l'épithélium des tubes contournés. Les cellules épithéliales qui tapissent la lumière de ces tubes, au lieu de former une rangée de cellules égales, à noyau bien coloré, sont irrégulières comme forme et comme volume. Le protoplasma est uniformément trouble, on n'y voit plus trace de noyau, ou bien le noyau encore visible est mal coloré, mal limité. Dans certains tubes contournés, on voit plusieurs rangées de cellules ainsi altérées; ailleurs, des cellules desquamées ou des débris cellulaires encombrant les tubes; en d'autres points, les cellules ont disparu, laissant par places la membrane basale en contact direct avec la lumière du tube. Cette membrane basale des tubes contournés n'est pas altérée, le tissu interstitiel intertubulaire ne présente aucune lésion. Les glomérules sont sains, leurs artérioles sont intactes. Les voûtes artérielles et veineuses qui existent à l'union de la substance corticale et de la substance pyramidale ne présentent aucune altération. Dans la substance pyramidale, on trouve côte à côte des tubes dont l'épithélium présente les mêmes lésions que celles des tubes contournés et des tubes grêles qui sont indemnes. Le tissu interstitiel de la substance pyramidale est aussi sain que celui de la substance corticale. La capsule propre du rein ne présente aucune altération.

En résumé, cette néphrite syphilitique à gros rein est *purement épithéliale*, sans participation de l'élément interstitiel, ni de l'élément vasculaire. Les glomérules sont intacts, les tubes grêles sont sains, et les lésions frappent seulement certaines portions du système sécréteur et excréteur. Ces lésions sont intenses au niveau des tubes contournés et des tubes droits. Les cellules épithéliales de ces tubes sont altérées ou détruites.

Les préparations histologiques représentées sur la figure

ci-dessous, vous donnent une idée de ces lésions. Vous y voyez en G un glomérule intact et en T les tubuli dont l'épithélium est en voie de désintégration moléculaire et dont les noyaux sont la plupart mal colorés. Le tissu interstitiel est normal.



L'observation dont je vais vous parler maintenant est encore un type de néphrite syphilitique précoce; elle concerne un jeune homme de vingt-six ans, que nous avons soigné avec M. Siredey. Ce garçon, atteint d'un chancre à la verge, eut tout d'abord une syphilis d'apparence bénigne, la roséole fut légère, et dès le début, M. Siredey prescrivit un traitement mercuriel qui fut régulièrement suivi, avec quelques périodes d'interruption. Six mois après l'infection, éclate la néphrite; elle s'annonce par des maux de tête, par des nausées et par un grand affaiblissement; l'urine examinée à ce moment contient l'énorme quantité de 30 grammes d'albumine par litre. Malgré le régime lacté et le traitement spécifique, la situation s'aggrave rapidement; aux symptômes précédents s'ajoutent de la somnolence et une diarrhée