

fétide; la langue est sèche et le pouls monte à 120. Les œdèmes du début progressent avec rapidité, et l'anasarque devient considérable. Bientôt nous constatons de l'œdème pulmonaire et de l'ascite. En dépit du traitement, l'urémie gastro-intestinale (vomissements et diarrhée) reprend avec intensité. Puis, l'état semble s'améliorer un peu, l'estomac devient plus tolérant et la quantité des urines augmente. Nous continuons le régime lacté et nous prescrivons de très légères frictions mercurielles sur les reins. A ce moment, la situation est tellement satisfaisante que le malade prend trois litres de lait par jour sans compter les autres boissons et il urine trois à quatre litres en moyenne; la quantité d'albumine s'est abaissée de 30 grammes à 3 grammes par litre, l'œdème pulmonaire s'est amendé, la céphalée a disparu, l'anasarque a diminué, la constipation a remplacé la diarrhée, les nuits sont beaucoup moins agitées.

Cette phase d'accalmie relative dure quinze jours; puis, l'anasarque reprend avec intensité; tous les téguments sont imbibés comme une éponge, les jambes et les cuisses ont triplé de volume, les bourses ont la dimension d'une tête d'adulte. Bientôt une douleur apparaît au côté gauche et un épanchement pleural se déclare. L'ascite, très légère au début de la maladie, prend actuellement une notable importance, nous estimons que le péritoine contient six ou huit litres de liquide. Les vomissements reprennent avec violence; les matières vomies sont muqueuses, noirâtres, il y a même de petites hématémèses (ulcérations urémiques de l'estomac).

A dater de cette époque, la dyspnée due à l'œdème pulmonaire et aux épanchements pleuraux devient le symptôme dominant; l'épanchement augmente dans la plèvre gauche et un autre épanchement se forme dans la plèvre droite. Nous décidons alors d'évacuer le liquide pleural et de n'en retirer que de très petites doses à la fois, pour ne pas favoriser la formation d'un œdème aigu du poumon. Je pratique une première thoracentèse et j'arrête l'écoulement du liquide à 200 grammes, Le malade, soulagé par cette ponction, en réclame une deuxième, puis une troisième, il les attend avec

impatience comme on attend une piqûre de morphine et nous retirons à quelques jours d'intervalle, et chaque fois, 300, 400 grammes de liquide, ce qui procure un soulagement momentané. Mais le liquide se reforme à mesure qu'on le retire, les battements cardiaques s'accélèrent et faiblissent, la torpeur et la somnolence arrivent presque au coma, la dyspnée augmente, et, en quelques semaines, le malade succombe à cette néphrite syphilitique précoce que rien n'a pu enrayer.

Veillez me prêter encore votre attention; j'ai à vous citer d'autres observations du même genre, elles vous montreront comment évolue la néphrite syphilitique précoce, et elles nous seront utiles pour la discussion que nous aurons à entreprendre.

Un homme, de quarante-sept ans, entre dans le service de M. Fournier, pour un chancre syphilitique de l'abdomen. Quatre mois après l'apparition du chancre, se développent une roséole et des symptômes de néphrite aiguë: anasarque généralisée, épanchement dans les deux plèvres, légère ascite, urines rares, très albumineuses, avec cylindres granuleux. Cet homme n'avait jamais eu antérieurement le moindre accident brightique. Sous l'influence du régime lacté et du traitement mercuriel et ioduré, l'amélioration survient, mais le malade quitte l'hôpital incomplètement guéri, sans qu'on ait pu le suivre plus longtemps¹.

Un homme de quarante-deux ans, ayant eu, il y a trois mois, un chancre syphilitique, et étant actuellement en pleine éruption secondaire, entre dans le service d'Horteloup pour une anasarque survenue rapidement, avec double épanchement pleural, vomissements fréquents et albuminurie considérable. Le diagnostic de néphrite syphilitique s'impose. Cette néphrite syphilitique est traitée par le lait, par le mercure et l'iodure de potassium. Le malade s'améliore et quitte l'hôpital avec les apparences de la guérison².

1. Gastou. *Annales de dermatologie*, 1893.

2. Cette observation et les deux suivantes ont été publiées par M. Wickham. *Union médicale*, 24 octobre 1886.

Un homme de vingt-six ans ayant eu, il y a six mois, deux chancres syphilitiques, est pris d'anasarque rapide, avec épanchement dans les deux plèvres, épanchement ascitique, oligurie et albuminurie. L'urine contient 20 grammes d'albumine par litre. Bientôt éclatent des symptômes urémiques, dyspnée, assoupissement, céphalalgie, troubles visuels. Le malade est soumis au traitement mercuriel et ioduré, et après plusieurs alternatives d'aggravation et d'amélioration qui durent cinq mois, il quitte l'hôpital guéri, du moins en apparence.

Un jeune garçon de dix-sept ans, ayant eu un chancre syphilitique il y a deux mois et demi, entre dans le service d'Horteloup avec des syphilides papulo-squameuses généralisées. En même temps, il est pris d'anasarque, de vomissements, de dyspnée, d'ascite; les urines contiennent 8 grammes d'albumine par litre. Bientôt, malgré le traitement, les grands symptômes urémiques apparaissent: assoupissement continu, diarrhée incoercible, et le malade succombe à sa néphrite syphilitique. A l'autopsie, on trouve les reins volumineux; on constate, comme altérations histologiques, des lésions conjonctives péritubulaires et périglomérulaires et des lésions épithéliales consistant en une altération granuleuse des cellules.

Un garçon de vingt-neuf ans, ayant eu un chancre syphilitique il y a quatre mois, entre dans le service de M. Mauriac pour des accidents secondaires. En quelques jours, il est pris d'anasarque bientôt suivie d'épanchement pleural et d'ascite considérable. Les urines sont rares, sanguinolentes et tellement albumineuses qu'elles se coagulent comme du blanc d'œuf. Grande anxiété respiratoire, vomissements, diarrhée. Sous l'influence du traitement, mercure, iodure, diète lactée, cette néphrite syphilitique semble s'amender, mais deux mois plus tard, les œdèmes reparaisent, la dyspnée devient excessive et le malade succombe¹.

Un homme de trente et un ans, ayant eu un chancre

1. Cette observation et la suivante ont été publiées par M. Mauriac: Syphilose du rein, *Archives générales de médecine*, 1887.

syphilitique il y a deux mois et demi, est pris, en pleine roséole, d'une anasarque rapide, avec urines rares, sanguinolentes et très albumineuses. Le traitement est aussitôt institué, mercure, iodure, régime lacté, et le malade, rapidement amélioré, quitte l'hôpital, convaincu qu'il est guéri.

Un malade de trente-quatre ans, atteint de roséole au cinquième mois de sa syphilis, est pris d'anasarque, de céphalée, de troubles digestifs, de dyspnée intense; l'urine est fortement albumineuse; un épanchement se fait dans les deux plèvres et le malade succombe à des accidents intercurrents. A l'autopsie, on trouve deux gros reins avec lésions de néphrite diffuse subaiguë, l'évolution de la lésion rénale s'étant faite chez ce malade dans une période de onze mois¹.

Un homme âgé de vingt-deux ans, ayant eu un chancre syphilitique, entre à l'hôpital, deux mois plus tard, pour des accidents secondaires et pour une anasarque rapidement généralisée. Les urines contiennent une énorme quantité d'albumine. Cette néphrite syphilitique aiguë est traitée par le mercure et l'iodure de potassium. Un épanchement se déclare dans la plèvre droite, bientôt suivi de congestion pulmonaire avec dyspnée intense et crachats sanguinolents. Puis survient un érysipèle et le malade succombe six semaines après le début de sa néphrite. A l'autopsie, on trouve deux gros reins blancs avec leurs lésions habituelles².

Muni de ces observations qui, vous le voyez, paraissent calquées les unes sur les autres, tant elles se ressemblent, il nous sera facile d'envisager dans son ensemble l'histoire de la néphrite syphilitique précoce à forme grave, je dis à forme grave, n'ayant pas à m'occuper ici des néphrites syphilitiques précoces légères, dont je vous ai parlé au début de cette séance.

Un premier point à bien mettre en relief, c'est la *précocité* vraiment étonnante de la néphrite syphilitique. En fait de syphilis, il est d'usage de considérer les accidents dits secon-

1. Darcier et Hudelo. *Semaine médicale*, 20 juillet 1893.

2. Perroud. *Journal de médecine de Lyon*, 1867, p. 118.

daires (ou précoces) comme beaucoup moins redoutables que les accidents tertiaires (ou tardifs); cela est vrai dans la majorité des cas; les accidents graves de la syphilis, syphilis cérébrale, syphilis aortique, syphilis laryngée, syphilis pulmonaire, ne surviennent habituellement qu'au bout de quelques années, c'est-à-dire à une époque déjà éloignée de l'infection syphilitique. Mais que d'exceptions à cette règle! A plusieurs reprises, je vous ai entretenu des artérites cérébrales syphilitiques précoces survenant peu de mois après le chancre, se traduisant habituellement par des céphalées terribles et aboutissant souvent à l'oblitération de l'artère (endartérite oblitérante) ou à des lésions ectasiantes (anévrisme de l'artère). Tels sont les anévrismes syphilitiques précoces de l'artère sylvienne, de la carotide interne à son entrée dans le crâne, du tronc basillaire, de toutes les artères de l'hexagone de Willis, anévrismes dont la rupture provoque une hémorragie méningée soudaine, l'apoplexie et la mort. Plusieurs fois aussi, j'ai eu l'occasion de vous parler des myélites syphilitiques précoces survenant dès la première année de l'infection et aboutissant souvent à la mort malgré le traitement mis en usage. C'est vous dire que la syphilis est une maladie parfois terrible, non seulement aux époques tertiaires, mais encore à ses débuts, dès la première année, dès les premiers mois de l'infection.

Parmi ces localisations précoces de la syphilis, la néphrite doit être mise au premier rang; alors même que les reins étaient indemnes avant la syphilis, alors même qu'ils n'avaient été préalablement adultérés par aucune autre maladie, la toxine syphilitique, dès les premiers mois, frappe de mort l'épithélium de l'organe ou annihile ses fonctions; alors apparaissent l'insuffisance rénale et les grands accidents. Pour bien mettre en relief la *précocité* de cette néphrite syphilitique, et, pour préciser la question, dressons le bilan des époques où est apparue la néphrite. Sur dix-sept observations, je trouve la répartition suivante :

La néphrite est apparue deux fois au huitième mois de l'infection syphilitique (observation Mauriac et observation personnelle) — deux fois au sixième mois (observation Hor-

teloup, observation Siredey et Dieulafoy) — deux fois au quatrième mois (observation Darier et Hudelo, observation Fournier et Gastou) — cinq fois au troisième mois (observation Horteloup, observation Chantemesse, deux observations de Mauriac, et observation personnelle concernant notre premier malade) — cinq fois au deuxième mois (observation Horteloup, observation Perroud, deux observations de Mauriac, observation de Wagner citée par Mauriac).

D'après cette statistique, la néphrite syphilitique intense apparaît surtout *au deuxième et au troisième mois après le chancre*; elle est souvent contemporaine de la roséole et des premières plaques muqueuses. Par contre, cette néphrite syphilitique aiguë est moins à craindre à mesure qu'on s'éloigne du début de l'infection; elle est déjà plus rare au huitième, au dixième, au douzième mois de la syphilis, et la première année passée, on dirait que le malade est presque à l'abri de cette terrible éventualité; je ne dis pas, remarquez-le bien, que la néphrite aiguë ne puisse pas éclater à des époques plus éloignées, mais c'est une exception; la néphrite aiguë intense est surtout l'apanage des premiers mois de l'infection syphilitique.

Un autre point à bien mettre en relief, c'est la *Brusquerie* avec laquelle éclatent ces néphrites syphilitiques précoces et leur tendance à provoquer des infiltrations de tous côtés : anasarque, œdème pulmonaire, épanchements des séreuses, de la plèvre, et du péritoine.

Notre premier malade, celui que je vous ai présenté au début de la séance, a été pris brusquement de bouffissure du visage et d'œdème des membres inférieurs; il était tellement œdématisé que j'estime à une dizaine de litres (10 kilos) la quantité de liquide infiltré dans ses tissus.

Chez notre second malade, celui qui a succombé, les œdèmes avaient apparu brusquement; en peu de jours, les membres inférieurs, le scrotum, la verge, les parois abdominales et lombaires avaient pris de telles proportions que, d'après le poids du malade, on pouvait évaluer à douze ou quinze litres la quantité de liquide qui infiltrait son tissu cellulaire.

Le jeune homme que je voyais avec M. Siredey avait une telle anasarque qu'il ressemblait à ces bonshommes de baudruche qui n'ont plus forme humaine, il avait en outre de l'œdème pulmonaire, un double épanchement pleural prompt à se reformer après la thoracentèse et un épanchement péritonéal.

Chez le malade de M. Gastou, l'anasarque s'était généralisée du jour au lendemain et avait été bientôt suivie d'un épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine.

Le malade de MM. Horteloup et Wickham eut une anasarque considérable, de l'épanchement dans les deux plèvres et une ascite qui nécessita plusieurs ponctions abdominales.

Le malade de MM. Fournier et Hudelo fut pris, lui aussi, d'anasarque rapide et d'épanchement si abondant dans les deux plèvres qu'on dut pratiquer plusieurs thoracentèses.

Le malade de Wagner eut, à la sixième semaine de son infection syphilitique, une anasarque soudaine suivie d'ascite et d'épanchement pleural.

La brusquerie de l'anasarque et de l'œdème pulmonaire est signalée chez un des malades dont l'observation est con- signée dans les cliniques de M. Jaccoud¹.

Vous voyez d'après ces nombreux exemples que les œdèmes rapides et généralisés avec épanchements des séreuses, plèvres et péritoine, constituent un des principaux caractères de la néphrite syphilitique précoce; suivant la juste remarque de M. Jaccoud, je ne vois que la néphrite scarlatineuse qui puisse lui être comparée. Rappelez-vous, à ce sujet, la description de Trousseau: « L'anasarque scarlatineuse se produit ordinairement d'une manière soudaine, elle envahit la face, tout le reste du corps et dans quelques cas elle est si considérable, qu'un enfant, par exemple, que la veille vous avez laissé maigre, chétif, vous apparaît le lendemain comme obèse en raison de l'énorme bouffissure dont il est pris. Cette bouffissure atteint quelquefois son maximum en vingt-quatre heures² ». Pareille description

1. Jaccoud. Syphilis rénale, *Clinique de la Pitié*, 1887.

2. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 116.

serait applicable à bon nombre de néphrites syphilitiques précoces.

Vous avez dû être surpris de la quantité d'albumine trouvée dans les urines de notre malade; elle montait à 23 grammes par jour. L'abondance de l'albumine est encore une des particularités de la néphrite syphilitique précoce. Notre second malade avait 16 grammes d'albumine. Le jeune homme que je soignais avec M. Siredey avait 32 grammes par litre. Chez le malade de MM. Horteloup et Wickham, on avait trouvé 20 grammes par litre. Le malade de MM. Fournier et Hudelo avait 11 grammes par litre. Le malade de M. Chantemesse en avait 52 grammes.

Cette abondance excessive de l'albuminurie au cours de la néphrite syphilitique précoce concorde avec l'étendue des lésions épithéliales qui peuvent exister à l'exclusion de toute autre lésion rénale interstitielle ou vasculaire. Dans les préparations que je vous ai montrées, les lésions étaient strictement cantonnées aux épithéliums des tubes contournés et des tubes droits. Ce cas était tout à fait comparable à celui qui a été publié par MM. Darier et Hudelo. Dans un autre cas de MM. Darier et Hudelo, des lésions de glomérulite s'associaient aux altérations parenchymateuses. Dans un cas de MM. Horteloup et Wickham, l'examen histologique fait par M. Durand-Fardel démontra les mêmes lésions épithéliales avec lésions interstitielles formées par des travées conjonctives et amas considérables de noyaux. Dans deux cas publiés par M. Brault, les lésions glomérulaires et artérielles occupaient une place importante: « Les anses des vaisseaux glomérulaires présentaient un épaississement notable; il y avait également une abondante prolifération des cellules du revêtement des anses. Autour, des capsules de Bowmann, des tractus de tissu conjonctif se répandaient dans la substance corticale en séparant les tubes atrophiés et rejoignaient des faisceaux de fibres en contact avec des artérioles¹. » Ces dernières lésions diffèrent notablement des lésions trouvées dans les reins de notre malade et dans les reins du premier malade de MM. Darier et

1. *Traité de médecine*, t. V, p. 580.

Hadelo. Ici, en effet, ce sont les altérations épithéliales qui étaient dominantes et même exclusives, tandis qu'ailleurs, les altérations étaient surtout vasculo-conjonctives. Il se peut que les lésions présentent quelque différence suivant que la néphrite a traîné plus ou moins en longueur; dans les deux faits rapportés par M. Brault, il s'agissait de néphrites ayant duré l'une cinq à six semaines et l'autre quatre mois.

La description de la néphrite syphilitique précoce ne nous retiendra pas longtemps; les nombreuses observations que je vous ai citées vous ont déjà mis au courant de la question; il me suffira donc d'y revenir en quelques mots. Un individu est au début de sa syphilis, son chancre ne date que de quelques mois, la roséole est à peine terminée, les plaques muqueuses ont fait leur apparition; parfois même, il n'a pas encore été question d'accidents secondaires. Soudain, surviennent des œdèmes, bouffissure des paupières et de la face, œdème des membres inférieurs, anasarque rapidement généralisée. Les urines contiennent de l'albumine en quantité, 10 grammes, 20 grammes en vingt-quatre heures; elles sont parfois hématuriques¹. L'infiltration tend à gagner les organes et les séreuses: œdème du poumon, épanchements des plèvres, épanchement du péritoine. Pendant cette première phase, les œdèmes et l'albuminurie sont souvent les seuls symptômes appréciables; il se peut même qu'après quelques semaines de traitement, l'amélioration survienne sans autre incident; c'était le cas chez notre premier malade. Dans d'autres circonstances, les œdèmes et l'albuminurie sont accompagnés de maux de tête, de troubles dyspnéiques (essoufflement, accès d'oppression); de troubles gastriques (nausées, vomissements); de troubles intestinaux (diarrhée profuse); les urines deviennent plus rares, et si le mal fait des progrès, le malade succombe en quelques semaines, en quelques mois; il succombe infiltré de partout, dyspnéique et comateux, parfois emporté par une infec-

1. Jaccoud, *Clinique médicale de la Pitié*, 1887, p. 303.

tion intercurrente (lymphangite, érysipèle), parfois aussi au milieu d'accidents urémiques de toute nature.

Assez souvent, la néphrite syphilitique paraît guérie, les œdèmes ont disparu, on ne trouve plus que des traces d'albumine et le malade, fatigué de son traitement et se croyant désormais invulnérable, reprend sa vie ordinaire sans s'occuper autrement de sa néphrite passée. C'est un tort. Sous des apparences de guérison, la néphrite laisse parfois des reliquats qui vont se transformer, à la première occasion, en poussées de néphrite aiguë; j'ai vu, l'an dernier, un jeune homme atteint de mal de Bright intense consécutif à une néphrite syphilitique aiguë considérée comme guérie et trop vite abandonnée à elle-même. Il ne suffit pas d'enrayer la néphrite syphilitique, il faut la surveiller de près, même après disparition des symptômes, car elle peut être, je vous le répète, l'origine d'une néphrite chronique. Elle ne diffère pas des autres néphrites aiguës qui peuvent passer à la chronicité.

Le diagnostic de la néphrite syphilitique précoce n'est pas difficile, il suffit d'y penser. Deux grands symptômes démasquent généralement cette néphrite: des œdèmes rapides et une albuminurie abondante. Ne prenez pas la néphrite syphilitique pour une néphrite *a frigore*. Je ne nie pas absolument la néphrite *a frigore*; elle est admise par les auteurs les plus recommandables, je crois en avoir vu des exemples indéniables; mais quand on y regarde de près, on est forcé de convenir que la néphrite, dite *a frigore*, reconnaît parfois une autre origine que le froid, et la syphilis en réclame une bonne part. Interrogez le malade, examinez-le, recherchez avec soin la cicatrice et l'induration qui sont les témoins d'un chancre récent, allez à la chasse des ganglions, mettez-vous en quête de l'adénopathie qui survit au chancre et vous verrez alors que le malade, qui se croyait, ou qu'on croyait atteint d'une néphrite par refroidissement, est en réalité atteint d'une néphrite syphilitique qui vient d'éclater dans les premiers mois de l'infection.

Muni de votre diagnostic, soyez réservé sur l'issue de la maladie, car l'expérience nous a appris que s'il est des