

néphrites syphilitiques précoces à petits œdèmes, à faible albuminurie, accessibles au traitement et, somme toute, peu graves, il en est d'autres, à grands œdèmes, à grands épanchements, à forte albuminurie, à troubles urémiques, qui sont peu accessibles au traitement et qui présentent le plus grand danger. Cela ne veut pas dire que la néphrite syphilitique, même grave, ne puisse pas guérir; elle est curable, même si l'anasarque est violente; même si l'albuminurie est très intense; je vous en ai cité plusieurs exemples, et l'un des plus concluants est celui du malade que je vous ai présenté. L'amélioration est annoncée par la diminution des œdèmes et de l'albumine; au contraire, la persistance de l'albumine et l'augmentation des œdèmes, en dépit du traitement, doivent vous rendre très réservé sur l'évolution ultérieure de la maladie. La gravité ne vient pas seulement des accidents urémiques, qui sont moins fréquents ici que dans d'autres néphrites; les malades succombent à l'imbibition de leurs tissus et de leurs organes: anasarque généralisée, épanchements des plèvres et du péritoine, œdèmes du poumon et du larynx. Souvent une infection secondaire se déclare qui vient hâter la mort; notre second malade a succombé à un érysipèle avec œdème pulmonaire et caillot cardiaque. Le jeune homme que j'ai soigné avec M. Siredey a succombé infiltré de partout, avec œdème pulmonaire, épanchements pleuraux que la thoracentèse n'arrivait pas à tarir, et état comateux probablement dû à de l'œdème cérébral. Le malade de M. Chantemesse n'est pas mort urémique, il a succombé à un érysipèle. Le malade de M. Perroud est également mort d'érysipèle. Un des malades de M. Mauriac est mort d'anasarque avec œdème de la glotte.

En face d'une néphrite syphilitique précoce à forme grave, quel traitement allez-vous instituer? Prescrivez d'abord le régime lacté absolu, comme dans toute néphrite aiguë; cette médication est loin d'être suffisante, mais elle est indispensable. Je me demande même si, au point de vue prophylactique, le régime lacté ne devrait pas être ordonné pendant quelques mois à tout individu qui vient d'avoir un

chancre syphilitique. Quand on voit avec quelle intensité, avec quelle rapidité, les épithéliums du rein sont frappés par la toxine syphilitique, on peut se demander si les reins ne bénéficieraient pas d'un régime préventif qui les placerait dans les meilleures conditions pour résister au poison. A plus forte raison, le régime lacté s'impose-t-il, si la syphilis éclate chez un individu dont les reins étaient déjà adultérés. Bien des gens, dans le courant de leur vie, ont eu les reins touchés par une cause ou par une autre, scarlatine, grippe, puerpéralité, paludisme, saturnisme, goutte, lithiase rénale, etc., toute trace de l'ancienne néphrite a disparu, du moins en apparence, mais n'oubliez pas que lorsque les reins ont été adultérés, ils en conservent longtemps le souvenir. La syphilis survenant dans ces conditions, les reins offrent un *locus minoris resistentiæ*; ils sont plus vulnérables, c'est une raison de plus pour les prémunir. Règle générale, conseillez donc le lait et les laitages à toute personne atteinte de chancre syphilitique; ce régime, plus ou moins mitigé, doit durer au moins quatre mois, puisque c'est aux deuxième et troisième mois de l'infection, vous ne l'avez pas oublié, que survient de préférence la néphrite syphilitique.

Comment conduirez-vous le traitement spécifique; prescrivez-vous le mercure, l'iodure; à quel moment, sous quelle forme et à quelles doses? Les préparations mercurielles sont indiquées, mais donnez-les avec modération. Comme mode d'administration, vous n'avez que l'embarras du choix, proto-iodure d'hydrargyre en pilules, à la dose journalière de 3, 4 ou 5 centigrammes; ou biiodure d'hydrargyre en potion ou en injections. Je fais usage de la solution huileuse de biiodure d'hydrargyre; chaque gramme de cette solution contient 4 milligrammes de substance active. On injecte tous les jours un demi-gramme ou un gramme de la solution, c'est-à-dire une demi-seringue ou une seringue de Pravaz, l'injection doit être faite assez profondément, avec les précautions aseptiques voulues. On pratique ainsi une série de six à quinze injections, quitte à suspendre et à reprendre la médication quand on le juge convenable. Vous pouvez également

conseiller d'autres préparations mercurielles avec ou sans iodure de potassium, le sirop de Gibert, par exemple, à la dose de 5, 10, 15 grammes par jour; l'iodure de potassium à la dose journalière de 1, 2, 3 grammes. Mais le mercure et l'iodure, qui donnent de si merveilleux résultats dans un grand nombre de lésions syphilitiques, ont une action plus incertaine quand il s'agit de néphrite syphilitique aiguë. A côté de succès indéniables et rapides, il est des cas où la médication mercurielle et iodurée semble n'avoir qu'une faible efficacité. Quoi qu'il en soit, que vous donniez le mercure avec ou sans iodure, donnez-le avec mesure et prudence, car les reins sont devenus fragiles et le filtre est mauvais; si vous obtenez une amélioration rapide, comme chez notre premier malade, tout va bien; mais si, malgré le mercure et le régime lacté, la maladie s'immobilise ou s'aggrave, comme chez notre second malade, vous êtes fort embarrassé; vous craignez, ou d'avoir dépassé la dose médicamenteuse ou de ne l'avoir pas atteinte; vous suspendez la médication, vous la reprenez, mais quoi que vous fassiez le mal progresse; on dirait vraiment que les épithéliums du rein sont si profondément atteints par la toxine syphilitique que la lésion est irréparable.

Les œdèmes et les épanchements ont ici une telle importance qu'il est rationnel de leur donner issue; mais, à ce sujet, j'ai quelques explications à vous donner. Votre malade ayant un épanchement pleural, ou même un double épanchement pleural, il a certainement aussi de l'œdème pulmonaire qui entre pour une part dans les accidents dyspnéiques, vous pratiquez la thoracentèse et vous avez raison, mais gardez-vous de retirer d'un seul coup un litre ou un litre et demi de liquide, car l'œdème pulmonaire, qui jusque-là était limité, pourrait bien se transformer aussitôt après la thoracentèse en un œdème pulmonaire suraigu des plus graves. En pareil cas, contentez-vous de retirer de la plèvre 200 ou 300 grammes de liquide; si c'est nécessaire, vous renouvellez la thoracentèse tous les jours, ou plusieurs fois par semaine, ainsi que nous l'avons fait avec M. Siredey chez notre malade. Pratiquée avec l'aiguille n° 2 de l'aspi-

rateur, la thoracentèse ne mérite même pas le nom d'opération, elle n'a pas plus d'importance qu'une piqûre faite avec la seringue de Pravaz. Ces thoracentèses à petite dose vous mettent à l'abri de tout accident, elles soulagent le malade et lui donnent satisfaction, malheureusement le liquide pleural se reforme souvent avec rapidité.

Quand l'anasarque prend de fortes proportions, on est tenté de favoriser l'issue du liquide au moyen de piqûres et de mouchetures, aux jambes, aux cuisses, au scrotum. C'est, en effet, une bonne médication, et, en vingt-quatre heures, le malade perd plusieurs litres de liquide, il en éprouve un grand soulagement et le résultat peut en être excellent. Mais ces mouchetures de la peau, quelles que soient les précautions aseptiques, deviennent souvent le point de départ d'érythème ou de lymphangite, et vous avez vu, dans les observations que je vous ai citées, que l'érysipèle et la lymphangite (abstraction faite de toute moucheture à la peau) sont une cause de mort assez fréquente chez les gens anasarqués atteints de néphrite syphilitique précoce. Si donc survient une lymphangite ou un érysipèle mortel à la suite des mouchetures que vous aurez pratiquées, craignez qu'on ne vous impute la cause de la mort. J'ai quelquefois remplacé les mouchetures par l'application d'un cautère à la pâte de Vienne sur chaque jambe; dès que l'escarre est tombée, le liquide s'écoule par la plaie du cautère comme par un émonctoire; ce moyen m'a paru supprimer ou retarder l'apparition de la lymphangite.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Il existe une néphrite syphilitique précoce qui apparaît dès les premiers mois de l'infection syphilitique. Cette néphrite est légère ou intense.

2° La néphrite légère est caractérisée par de l'albumine en faible proportion et par des œdèmes légers et fugaces; faute d'attention, elle passe presque inaperçue. Il faut la traiter et la surveiller de près, car sous des apparences de guérison elle peut laisser après elle des reliquats qui deviennent plus tard l'occasion de poussées intenses.

3° La néphrite syphilitique grave, celle dont il a été surtout question dans cette leçon, survient dès les premiers mois de l'infection syphilitique, surtout vers le deuxième et le troisième mois. Les symptômes principaux de cette néphrite, œdèmes et albuminurie, sont brusques dans leur apparition. En quelques jours, les œdèmes se généralisent et l'anasarque est constituée. L'infiltration gagne souvent les organes (œdème pulmonaire) et les cavités séreuses (épanchements des plèvres et du péritoine). L'albuminurie est d'emblée si intense que l'albumine se chiffre par 10, 15, 20 grammes et plus encore par vingt-quatre heures.

4° Aux œdèmes et à l'albuminurie s'ajoutent parfois, dès le début, ou peu de temps après, d'autres symptômes de néphrite aiguë : dyspnée, céphalée, vomissements, diarrhée, somnolence, torpeur.

5° Bien que fort grave, cette néphrite est parfaitement curable. Néanmoins, elle doit être surveillée de près, même après guérison apparente, car elle peut devenir l'origine d'une néphrite chronique dont les symptômes se révèlent tôt ou tard.

6° Quand la néphrite est mortelle, la mort survient en quelques semaines (forme aiguë) ou en quelques mois (forme subaiguë). Les accidents mortels tiennent à l'infiltration généralisée des tissus et des organes, à l'insuffisance rénale, à l'urémie et aux infections secondaires (lymphangite et érysipèle).

7° Les lésions dominantes de la néphrite syphilitique aiguë sont des lésions épithéliales.

8° La néphrite syphilitique aiguë doit être traitée par le régime lacté, par les préparations mercurielles et iodurées. Il faut être prudent et attentif dans l'administration de ces médicaments, vu l'adulération et la fragilité du filtre rénal.

QUATORZIÈME LEÇON

SYPHILIS TERTIAIRE DU REIN

MESSIEURS,

La dernière séance a été consacrée à l'étude de la néphrite syphilitique précoce. Des faits cliniques nombreux et des pièces anatomo-pathologiques nous ont permis de reconstituer dans son ensemble l'histoire de cette néphrite. Vous avez vu que dès les premiers mois de l'infection, le virus syphilitique peut adultérer les reins; dans bien des cas cette adulération rénale est légère, transitoire, facilement curable; elle ne se traduit que par des œdèmes peu étendus et par une albuminurie d'assez faible intensité. Mais dans d'autres circonstances, sans qu'il soit possible d'en donner la raison, la néphrite syphilitique précoce est intense, parfois même soudaine et terrible. Sans symptômes prémonitoires, sans fièvre, sans douleurs, des œdèmes envahissent la face, les jambes, les cuisses, le scrotum, les parois abdominales et lombaires. En deux jours, en trois jours, l'anasarque est constituée. Dès le début de la maladie, si vous examinez les urines, vous êtes surpris de l'intensité de l'albuminurie; c'est par 10 grammes, 15 grammes, 20 grammes et plus encore, que se chiffre l'albumine des vingt-quatre heures.