

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.

Assez souvent, heureusement, le traitement a raison de cette néphrite suraiguë, mais parfois, l'imbibition œdémateuse devient envahissante en dépit de toute médication, l'infiltration ne porte pas seulement sur le tissu cellulaire périphérique, elle gagne les organes, le poumon, le larynx, le cerveau; elle s'accumule sous forme d'épanchement dans les plèvres, dans le péritoine, dans le péricarde. Cette néphrite syphilitique précoce, trop souvent mortelle, n'est pas seulement redoutable par les grands œdèmes ou par les accidents urémiques, le danger vient encore d'infections secondaires. L'autopsie démontre la prédominance d'une néphrite épithéliale généralisée, les épithéliums étant annihilés ou détruits.

Tout autres sont les accidents syphilitiques dont j'ai à vous parler aujourd'hui. Il ne s'agit plus ici de néphrite précoce à marche rapide, survenant dès les premiers mois de l'infection, mais il s'agit de syphilis rénale tardive, néphrite chronique parfois associée à des lésions gommeuses, sclérogommeuses, amyloïdes, lésions éminemment tertiaires apparaissant plusieurs années, dix ans, vingt ans après le chancre. C'est un vrai mal de Bright syphilitique. Je sais bien qu'en pareille circonstance il est souvent difficile de faire la part de la syphilis comme facteur étiologique. Si un ancien syphilitique est atteint de maladie de Bright, et si on trouve en même temps dans son bagage étiologique une ou plusieurs autres causes de néphrite (scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, saturnisme, lithiase rénale, goutte), il est peu commode de démêler ce qui revient à la syphilis, on se contente d'hypothèses, sans avoir aucune certitude. Mais si l'individu atteint de néphrite chronique n'a dans son passé aucune autre maladie que la syphilis et, à plus forte raison, si sa néphrite est contemporaine d'autres lésions syphilitiques tertiaires, il est logique de mettre son mal de Bright sur le compte de la syphilis. Prenons des exemples. Si un ancien syphilitique ayant eu récemment des lésions tertiaires de la peau (gomme et ulcérations), est pris de mal de Bright, il est tout naturel d'attribuer sa lésion rénale à la syphilis. Si un ancien syphilitique, ayant une gomme de la langue, une syphilis nasale (observation Jaccoud), une perforation de la voûte palatine,

est pris de mal de Bright, on aura le droit de mettre sa lésion rénale sur le compte de la syphilis. Si un syphilitique, ayant eu récemment une endartérite oblitérante de la sylienne avec hémiplegie, est pris en même temps, ou peu après, de maladie de Bright, on pourra, avec raison, attribuer à la syphilis sa lésion rénale. Si un syphilitique, ayant eu récemment une myélite, est pris en même temps, ou peu après, des symptômes de mal de Bright, la lésion rénale pourra être mise, elle aussi, sur le compte de la syphilis. Voilà autant d'indications pathogéniques.

L'anatomie pathologique a spécifié les formes diverses que peut revêtir la syphilose tertiaire des reins. Ce sont des lésions de néphrite chronique vulgaire avec ou sans lésions gommeuses, scléreuses, amyloïdes, isolées ou combinées; il en résulte des lésions rénales d'aspect différent. Parlons d'abord des gommeuses: « Les gommeuses syphilitiques du rein, dit M. Cornil¹, sont assez rares. J'ai observé, en 1864, un rein qui en présentait une vingtaine, situées dans la substance corticale, et les préparations que je vous montrerai proviennent de cette autopsie. Il s'agissait d'une femme âgée, morte à Lariboisière, dans le service de M. Moissenet, avec albuminurie et anasarque². Le foie était criblé de néoplasmes gommeux caractéristiques. Les reins étaient atteints de dégénérescence amyloïde, de néphrite parenchymateuse, et les gommeuses ne différaient pas de ce qu'elles sont partout avec leurs trois zones: 1° une première zone périphérique inflammatoire, dans laquelle le tissu conjonctif, infiltré de petites cellules, séparait les tubes, les glomérules et les vaisseaux du rein; 2° une zone moyenne, dans laquelle le tissu conjonctif prédominait, mais où l'on voyait encore les glomérules et quelques tubes écartés les uns des autres et étouffés par le néoplasme; 3° enfin, au centre, du tissu fibreux, contenant de petites cellules atrophiées et granuleuses. Là encore, on reconnaissait, de distance en distance, des glomérules atrophiés et fibreux. A l'œil nu, le

1. Cornil. *Leçons sur la syphilis*, 1879.

2. Cornil. Thèse de doctorat, *Sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie*, p. 50, 1864.

centre des gommages était jaunâtre, tandis que la périphérie était grise, plus ou moins congestionnée au contact du parenchyme rénal. »

M. Cüffer a présenté, à la Société anatomique, un cas de syphilis du rein caractérisé par une gomme volumineuse grise et homogène. Wagner a publié un cas de néphrite syphilitique avec gomme du rein droit qui était petit, foncé et lisse, tandis que le rein gauche était gros et pâle. Plusieurs auteurs, Püngel, Lancereaux, Lailler, Axel Key, ont vu des gommages du rein associées à d'autres lésions syphilitiques.

La néphrite syphilitique chronique à lésions interstitielles, scléreuses, peut aboutir à l'atrophie de l'organe; Wagner, sur soixante-trois cas de néphrite syphilitique, a constaté huit fois le petit rein granuleux, atrophique. Parfois, au contraire, les reins sont volumineux avec prédominance de lésions parenchymateuses. Dans quelques cas les lésions des deux reins sont dissemblables, l'un des reins est atteint de néphrite atrophique, tandis que l'autre rein est gros et amyloïde. M. Lancereaux a vu la syphilis rénale caractérisée par des gommages, par de la néphrite interstitielle, par de la dégénérescence amyloïde et par des cicatrices profondes. Dans deux cas de syphilose du rein, A. Key a constaté que la sclérose atrophique n'occupait que la partie inférieure du rein. Weigert a publié six cas d'atrophie *unilatérale* du rein chez les syphilitiques. Ces différentes citations, que j'emprunte au savant mémoire de M. Mauriac¹, prouvent qu'à l'encontre de la néphrite syphilitique précoce, qui est générale et uniforme, la syphilis tertiaire peut n'être pas la même sur les deux reins, se cantonner à un seul rein ou à une partie du rein. La dégénérescence amyloïde est une des lésions les plus communes de la syphilis rénale; habituellement combinée à d'autres lésions, elle coïncide assez souvent avec la dégénérescence amyloïde du foie et de la rate.

Tels sont les différents aspects de la syphilis rénale tertiaire, lésions gommeuses, scléro-gommeuses, amyloïde,

1. *Syphilose du rein*, 1887, p. 66.

associées en proportions inégales à des lésions de néphrite chronique. Souvent même, on ne constate que des lésions interstitielles, vasculaires et parenchymateuses sans trace de lésions gommeuses ou amyloïdes. C'est vous dire que le rein syphilitique tertiaire peut revêtir les formes et les aspects les plus divers; il peut être volumineux ou atrophie, bosselé, déformé, raviné. « N'est-ce pas là une preuve qu'entre toutes ces modalités anatomiques de l'affection rénale, il n'existe aucune ligne de démarcation absolue, puisqu'elles ne sont que l'expression multiple et changeante ou les degrés d'une même détermination. Loin d'être incompatibles, elles sont unies entre elles par la plus étroite solidarité. Peut-être les conditions pathogéniques changent-elles un peu avec l'âge de la syphilis, mais au fond, c'est toujours la même néphropathie qui est susceptible d'attaquer successivement ou d'emblée tous les éléments de la glande. » (Mauriac).

Après avoir décrit les lésions de la syphilis rénale tertiaire, voyons comment elle se comporte cliniquement; les exemples suivants vous en donneront une idée. Le 9 avril 1891, entrant dans mon service de l'hôpital Necker, un homme de quarante-deux ans, atteint de néphrite chronique classique. La maladie avait débuté, un an avant, par les petits accidents du brightisme qu'on retrouvait presque au complet. Pollakiurie, cryesthésie, crampes dans les jambes, démangeaisons, sensation du doigt mort, tous ces signes de brightisme avaient marqué la première étape de la maladie; puis étaient apparus d'autres symptômes, céphalée violente, vertiges, douleurs lombaires. Plus tard, les œdèmes étaient survenus, œdèmes des paupières et des jambes. A cette époque, le malade avait été examiné par M. Charrier, qui, ayant constaté un mal de Bright, prescrivit le régime lacté. Malgré ce régime, les symptômes persistèrent, les maux de tête surtout devinrent plus violents, l'œdème des jambes augmenta et M. Charrier me demanda d'examiner cet homme et de le recevoir à l'hôpital. Je constate, en effet, l'existence d'une néphrite chronique dont le début remonte à un an environ et dont l'évolution ne diffère en rien du mal de Bright vulgaire.

Actuellement, l'œdème est limité aux membres inférieurs, la dyspnée et la céphalée sont les symptômes dominants, la tension artérielle est élevée, l'artère temporale est sinueuse et fort distendue (signe de la temporale) et l'auscultation du cœur fait percevoir un bruit de galop (bruit de galop de M. Potain).

La quantité des urines est à peu près normale; elles contiennent 85 centigrammes d'albumine par litre. En recherchant les causes de cette néphrite, le malade finit par nous avouer, après pas mal de réticences, qu'il avait eu la syphilis, il y a seize ans. En 1876, il eut un chancre suivi d'accidents secondaires qui furent traités, à plusieurs reprises, à l'hôpital du Midi. Comme cet homme, jeune encore, n'avait eu aucune autre maladie infectieuse capable d'expliquer sa néphrite, je crus devoir l'attribuer à la syphilis et j'instituai le traitement en conséquence: frictions mercurielles journalières et iodure de potassium à la dose de 3 grammes, bientôt élevé à la dose de 6 grammes par jour. Bien que le régime lacté n'eût produit antérieurement aucune amélioration, il fit partie du traitement. En quinze jours, la situation était totalement modifiée, et en un mois, le 9 mai, au moment où cet homme demanda à quitter l'hôpital, tous les symptômes avaient disparu: plus de céphalée, plus de dyspnée, plus d'œdème; l'albuminurie avait suivi une marche progressivement descendante et, dès le dix-huitième jour du traitement, il n'y avait plus trace d'albumine dans les urines, ainsi que vous pouvez le constater sur le tableau ci-joint:

9 avril (jour de l'entrée du malade),	85	centigrammes	d'albumine.
16 avril — — —	46	—	—
20 avril — — —	21	—	—
27 avril — — —	0	—	—

Le fait intéressant dans ce cas-là, n'est pas seulement la disparition rapide des symptômes brightiques et de l'albumine; ce qui est remarquable, c'est que ces symptômes, qui avaient résisté au régime lacté sans autre médication, ont cédé sans tarder au traitement mercuriel et ioduré, preuve qu'il s'agissait bien d'une néphrite syphilitique.

Autre observation. Un homme de quarante-six ans, ingénieur civil, m'est envoyé à l'Hôtel-Dieu le 11 mars 1897, par le D^r Sauvinau qui a constaté une rétinite. En arrivant salle Saint-Christophe, cet homme, atteint d'une dyspnée intense provoquée par l'effort qu'il vient de faire en montant l'escalier, s'assied sur une chaise et peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse tant il est essoufflé. On le fait coucher, l'oppression diminue peu à peu et il est alors plus facile de l'interroger et de l'examiner. Il nous apprend que, depuis longtemps, sa respiration est courte et pénible; un effort un peu considérable, des mouvements un peu rapides, l'acte de monter un escalier, provoquent des accès d'étouffement analogues à celui qu'il vient d'avoir en entrant dans la salle. L'auscultation donne aussitôt la cause de la dyspnée; on trouve aux deux poumons, dans toute la moitié inférieure, des râles d'œdème pulmonaire rappelant l'œdème pulmonaire des néphrites. La figure du malade est bouffie, surtout aux paupières et à la région inter-sourcilière. Les jambes sont également œdématiées. Ces renseignements, complétés par la présence d'une forte proportion d'albumine dans les urines, permettent de porter le diagnostic de maladie de Bright.

A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de galop (le bruit de galop des néphrites), et l'analyse des urines, faite le jour suivant, donne une proportion de 8 grammes d'albumine par litre. Cet homme est atteint, non pas d'une néphrite aiguë, mais d'une néphrite chronique, car en recherchant les petits accidents du brightisme, pollakiurie, bourdonnements d'oreilles, secousses électriques, etc., on acquiert la conviction que le début de cette maladie de Bright remonte à un an et demi environ.

Restaient les troubles visuels qui inquiétaient le malade plus encore que ses troubles dyspnéiques. La vue n'est pas totalement perdue, mais peu s'en faut. Cet homme peut encore se guider dans la rue, il perçoit les objets sans les détailler, il voit les gens et leur figure sans en distinguer les traits. Il est incapable de lire ou d'écrire; il ne peut de son lit distinguer les aiguilles de l'horloge qui est

dans la salle; en un mot, il craint de devenir aveugle. Ces troubles visuels n'ont pas été brusques dans leur apparition; ils se sont graduellement accentués et M. Sauvineau, après examen ophtalmoscopique, les a attribués à une rétinite brightique.

Quelle était la cause de cette maladie de Bright? On trouve dans le passé de cet homme deux maladies capables d'adultérer le rein, le paludisme et la syphilis. Il a eu ces deux maladies, il y a une vingtaine d'années; mais le paludisme ne doit pas être incriminé, car l'infection palustre ne frappe pas le rein à dix-huit ans de distance, tandis que c'est bien dans les allures de la syphilis (syphilose tertiaire du rein). On pouvait donc supposer, je dirai même espérer, que ce malade était atteint de syphilis rénale tertiaire; les autres organes, notamment le foie, étant indemnes, c'était de bon augure pour le pronostic, car les lésions syphilitiques du foie, compagnes fréquentes des lésions syphilitiques du rein, sont un facteur important de gravité.

Je m'empressai de prescrire le traitement; iodure de potassium à la dose journalière et croissante de 4, 6 et 8 grammes, et injections de 1 gramme de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre représentant 4 milligrammes de substance active. Le régime lacté fut adjoint au traitement. Ceux qui ne sont pas familiarisés avec les agréables surprises que nous réserve parfois le traitement de la syphilis auraient eu lieu, certainement, d'être étonnés de l'amélioration rapide qui se produisit. Dès le troisième jour de la médication, la situation commençait déjà à se modifier; le malade respirait mieux, il se levait, marchait, se recouchait sans anhélation, ce qui ne lui était pas arrivé depuis un an. Vous avez été témoin de sa joie quand, au sixième jour du traitement, il a pu distinguer les traits des personnes qui l'entouraient, reconnaître un objet et avoir conscience que la vue lui serait peut-être rendue. A dater de ce moment, l'amélioration a été si rapide qu'au bout de vingt-cinq jours, pendant lesquels le malade avait eu vingt-cinq injections mercurielles et avait absorbé 150 grammes d'iode de potassium, il était absolument transformé, il écri-

vait, lisait son journal et n'éprouvait plus d'oppression. Pendant cette même période, l'albumine était tombée de 8 grammes, à 75 centigrammes, l'œdème pulmonaire avait disparu, et le malade se trouvait en si bon état, qu'il n'eut pas la patience de prolonger son séjour à l'hôpital, il eut le tort de quitter le service avant d'être complètement guéri de son albuminurie. Quoi qu'il en soit, l'action aussi rapide qu'efficace de la médication ne peut laisser de doutes sur la nature syphilitique de cette néphrite.

Dans les deux observations précédentes, la syphilis du rein, bien que grave, n'avait pas encore abouti aux accidents urémiques convulsifs ou comateux et l'interrogatoire des malades rendait possible le diagnostic; mais il faut compter avec les cas, où le sujet en pleine urémie est incapable de vous renseigner sur la nature de son mal. Vous en avez eu un exemple, l'an dernier, dans notre service. Le 1^{er} mai 1897, on apporte, salle Saint-Christophe, un homme de trente-trois ans plongé dans le coma. La perte de connaissance est absolue, on ne constate ni déviation du visage ni trace d'hémiplégie. En examinant cet homme, mon chef de clinique, M. Charrier, aperçoit à la face et aux membres inférieurs un fort œdème. Cet œdème éveille l'idée de mal de Bright et d'urémie à forme comateuse; aussi, fait-on appliquer sur les reins et dans le dos vingt ventouses fortement scarifiées qui donnent environ 200 grammes de sang. Peu de temps après cette émission sanguine, le malade un peu plus conscient nous remet une lettre dans laquelle le médecin qui l'avait soigné me donnait quelques détails sur son état et me disait avoir trouvé jusqu'à 28 grammes d'albumine par litre.

On profite de l'amélioration passagère due à la saignée et on apprend, non sans peine, que cet homme éprouve depuis une dizaine de jours une céphalée frontale persistante avec exacerbations nocturnes. Ce mal de tête a été le prélude de l'état quasi-comateux qui a précédé l'arrivée à l'hôpital. Ces renseignements étaient suffisants pour confirmer le diagnostic d'urémie à tendance comateuse. Je prescrivis le lait, qu'on fait prendre tant bien que mal par gorgées. Le lendemain, la

situation est sensiblement la même ; on arrive à recueillir quelques centaines de grammes d'urine qui contiennent une proportion de 18 grammes d'albumine par litre. Les jours suivants, l'état de somnolence et de torpeur ne se modifie guère et le malade répond incomplètement aux questions qu'on lui adresse. Outre la céphalée qui est toujours violente, il accuse des douleurs à la nuque et dans le dos ; aux mêmes régions existe de l'hyperesthésie. A force de questions, on finit par apprendre que cet homme a eu, en 1885, un chancre syphilitique suivi d'éruption, pour lequel un médecin a prescrit des pilules mercurielles. Nous pensons que la néphrite, la céphalée violente, l'état de torpeur et de prostration sont sous la dépendance de la syphilis. Je prescrivis, en conséquence, le mercure et l'iodure de potassium ; le mercure sous forme de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre en injection et l'iodure à la dose de 4 grammes par jour.

C'est le 7 mai que le traitement fut commencé ; le 14 mai, c'est-à-dire quatre jours plus tard, l'amélioration était déjà manifeste ; la torpeur cérébrale, quoique existant encore, avait notablement diminué ; la céphalée et les douleurs de la nuque s'étaient amendées ; les urines avaient doublé de quantité, et l'albumine, qui était montée les jours précédents jusqu'à 28 grammes par litre, n'était plus actuellement qu'à 8 grammes ; le malade pouvait répondre à nos questions et nous renseigner sur les symptômes de sa néphrite syphilitique. Les jours suivants, même amélioration progressive ; l'assoupissement et les douleurs de tête disparaissent ainsi que les œdèmes ; le malade parle et cause sans difficulté ; les urines atteignent trois et quatre litres par vingt-quatre heures ; elles ne contiennent plus que 1 gr. 25 d'albumine par litre. Telle était la situation du malade le 25 mai ; c'était une véritable métamorphose ; cet homme qui, dix-huit jours avant, était plongé dans une torpeur presque comateuse et dont l'état était des plus graves, pouvait actuellement se lever et converser comme un homme en santé. Ce résultat était dû à dix-huit injections mercurielles et à 72 grammes d'iodure de potassium associés au

régime lacté. Le traitement spécifique fut momentanément suspendu, et repris quinze jours plus tard dans les mêmes conditions, à l'exception toutefois du régime lacté que le malade ne voulait plus accepter dans son intégrité. A ce moment, cet homme se considérant comme guéri, ce qui était prématuré puisqu'il avait encore 0 gr. 75 d'albumine, demanda sa sortie et quitta l'hôpital. Nous l'avons revu six mois plus tard, en novembre, en fort bon état, l'albumine était l'unique témoin de sa néphrite. Il fut de nouveau soumis au traitement mercuriel et ioduré, et il nous quitta sans avoir la patience d'attendre sa guérison définitive.

Ces observations vous prouvent, Messieurs, que la syphilis tertiaire du rein évolue avec tous les signes, avec tous les symptômes du vulgaire mal de Bright. Comme le mal de Bright, dont elle n'est, du reste, qu'une modalité, la syphilis rénale tardive n'a pas habituellement le début brusque des néphrites aiguës ; elle aussi, elle commence, souvent, par une phase plus ou moins insidieuse qu'il faut savoir dépister. Un individu jusque-là bien portant, ou du moins qui se considérait comme tel, vient nous demander conseil pour des troubles qui datent de quelques semaines. Il a été pris de céphalée, de vomissements ou d'oppression violente ; des œdèmes ont apparu, la face est bouffie, les jambes sont œdématiées, les urines contiennent de l'albumine, l'examen histologique décèle des cylindres. Il semble au premier abord que ce soit là une néphrite aiguë, de date récente ; mais si l'on poursuit l'enquête dans ses plus minutieux détails, si l'on recherche les *symptômes qui ont précédé cet épisode aigu*, on apprend que depuis six mois, et plus encore, le malade avait des céphalées qu'il qualifiait de migraine ; depuis longtemps déjà, et à plusieurs reprises, il avait eu de la pollakiurie, la sensation du doigt mort, des battements de cœur, des crampes dans les mollets, de la bouffissure des paupières ; il mouchait du sang le matin au réveil ; à diverses reprises, il avait eu des bourdonnements d'oreilles, de l'affaiblissement de l'ouïe, des démangeaisons, de la cryesthésie, des secousses élec-