

isolés trouvés dans la substance corticale proviennent d'embolies bacillaires remontant sans doute à une époque lointaine. La lésion rénale est souvent primée par une tuberculose pulmonaire, quelquefois compliquée de désordres du côté du larynx, de l'intestin ou d'autres organes.

Rien n'est irrégulier comme la distribution des fins tubercules en un point quelconque du rein ou des voies urinaires, aussi est-il avéré que des nodules primitifs peuvent se développer dans la vessie, la prostate ou le testicule. Cette remarque ne contredit nullement ce qui vient d'être énoncé à propos de la marche descendante de la tuberculose dans les voies urinaires, elle permet seulement d'expliquer les localisations variées de tuberculose primitive.

Les reins malades peuvent adhérer aux parties voisines par l'intermédiaire d'une infiltration périrénale, cette inflammation, développée autour du rein, est purulente ou simplement fibreuse. L'intestin, la veine cave, le foie, le diaphragme, la fosse iliaque, peuvent être ainsi en contact avec l'organe altéré. Autour des reins transformés en poche purulente, hydronéphrosés, pyonéphrosés ou simplement rétrécis comme dans la plupart des cas où la glande subit un amoindrissement considérable, on constate une hypertrophie notable de l'atmosphère graisseuse. Il y a souvent en plus périnéphrite soit fibroïde, soit suppurée et caséuse avec infiltrations purulentes dans différentes directions⁽¹⁾.

Les tubercules du rein ne se développent pas toujours d'une façon continue et indéfinie, les parois des anfractuosités tuberculeuses sont quelquefois incrustées de sels calcaires; des tubercules isolés peuvent aussi subir cette transformation (Cruveilhier, Lebert, Lancereaux). C'est là un acheminement vers la guérison des tubercules qui peut être obtenue d'ailleurs par la simple transformation fibreuse. Ce travail de cicatrisation est rarement général, mais localisé à un certain nombre de productions.

B. — NÉPHRITES TUBERCULEUSES

A côté des lésions tuberculeuses proprement dites, dont la caséification reconnaît comme origine l'imprégnation bacillaire, on a décrit une néphrite tuberculeuse caractérisée par la surcharge graisseuse de l'épithélium des *tubuli contorti* et la nécrose de coagulation des mêmes éléments. Il y aurait en même temps hypertrophie du tissu conjonctif. Pour Coffin⁽²⁾, ce serait une véritable néphrite infectieuse sous la dépendance du bacille lui-même. L'existence de cette néphrite avec nécrose des épithéliums ne nous paraît pas très nettement établie. La surcharge graisseuse des cellules et la désintégration épithéliale ne sont dans aucun organe l'effet immédiat de l'action du bacille dont nous connaissons par contre le rôle indiscutable dans le processus de transformation vitreuse ou caséuse. Ce qui nous oblige à faire une réserve sur ce point, c'est que, parmi les *poisons tuberculeux* isolés jusqu'à ce jour, il en est de très actifs dont l'action diffère, mais semble pouvoir occasionner de véritables néphrites, telles que la tuberculine et la tuberculose atténuée de Gran-

⁽¹⁾ VIGNERON. *Intervention chirurgicale dans les tubercules du rein*. Thèse de Paris, 1892.

⁽²⁾ COFFIN. *Étude sur le rein des tuberculeux et en particulier sur la néphrite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1890.

cher; il en a déjà été question (chap. XIII) à propos de l'étiologie des néphrites subaiguës.

Tout en signalant les recherches particulièrement suggestives de Grancher et H. Martin, de S. Arloing, P. Rodet et J. Courmont, nous n'avons pas cru pouvoir les appliquer à la pathologie humaine, parce que la tuberculose expérimentale atténuée, et la tuberculine obtenue par les cultures artificielles ne nous semblent pas comparables aux poisons tuberculeux de l'homme. Dans les expériences de laboratoire on sait avec quelles substances on agit, ainsi que les doses employées. Mais connaissons-nous la moindre chose de la façon dont les *poisons tuberculeux* abordent le rein chez l'homme?

Chauffard, acceptant les conséquences des résultats obtenus dans le laboratoire, décrit des *néphrites par tuberculine* dont il pense avoir observé un exemple absolument démonstratif. C'est celui d'un malade de 29 ans qui reçut en 6 semaines 44 milligrammes de tuberculine en injection. Mais cet homme ne mourut que 18 mois après, avec de grosses lésions tuberculeuses au poumon, un cœur de 240 grammes, et une dégénérescence amyloïde à peu près complète des glomérules et des artérioles glomérulaires. L'observation dans son ensemble est celle d'une dégénérescence amyloïde, le malade n'eût pas été traité par la tuberculine que la maladie aurait pu évoluer de la même manière.

Faut-il rapprocher cette observation des faits signalés par Grancher et Martin où nous voyons indiquées des lésions de néphrite allant jusqu'à l'atrophie, avec hypertrophie du cœur, mais sans dégénérescence amyloïde? Non, sans doute, à moins que l'on accepte la double série de lésions comme expression anatomique des néphrites par tuberculine. Avant de se prononcer définitivement, il nous semble nécessaire d'apporter de nouvelles preuves.

D'autres acceptent l'idée de néphrite tuberculeuse s'appuyant sur les travaux antérieurs publiés sur le sujet (Coffin) ainsi que sur l'expérimentation déterminant avec les diverses toxines tuberculeuses et la tuberculine des lésions nécrotiques, dégénératives, dans divers organes et en particulier dans le rein⁽¹⁾.

Plus récemment Landouzy et Bernard⁽²⁾ ont défendu l'autonomie de la *néphrite parenchymateuse chronique des tuberculeux*. Nous avons eu l'occasion en discutant les conclusions de leur travail⁽³⁾ de montrer que leurs observations ne se distinguaient pas cliniquement de la dégénérescence amyloïde si communément constatée dans toutes les variétés de tuberculose.

Donc, sans nier la possibilité de lésions chroniques des épithéliums chez les tuberculeux, en dehors de la dégénérescence amyloïde, nous disons ne l'avoir jamais observée et nous concluons avec Dieulafoy que, si elle existe, elle doit être fort rare.

C. — DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE

C'est l'altération la plus fréquente dans les formes anciennes de tuberculose, quel que soit l'organe primitivement envahi (voir chap. XVII).

⁽¹⁾ LEREDDE. Nécroses viscérales dans la tuberculose humaine. *Arch. de méd. exp.*, 1895. — CARRIÈRE. Étude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein produites par les toxines tuberculeuses. *Arch. de méd. exp.*, 1897. — RAMOND et HULOT. Action de la tuberculine vraie sur le rein. *Soc. de biol.*, 1900.

⁽²⁾ L. LANDOUZY et L. BERNARD. La néphrite parenchymateuse chronique des tuberculeux. *Presse méd.*, mars 1901.

⁽³⁾ A. BRAULT. L'action de la tuberculose sur le rein. *Presse méd.*, avril 1901.

Symptômes. — La tuberculose rénale est une affection qui passe assez souvent inaperçue. Cette proposition est surtout applicable à l'histoire de la *tuberculose miliaire* du rein, qu'elle accompagne une explosion de granulie chez l'enfant, ou se développe au cours d'une phtisie chronique chez l'adulte.

Dans certaines observations de tuberculoses isolées on a signalé l'apparition d'hématuries qui se produisaient pendant plusieurs mois consécutifs.

L'hématurie est un symptôme assez fréquent de la tuberculose rénale, mais presque toujours passager et sans importance.

Cependant, par la répétition même de l'hématurie, on peut être amené à intervenir. Dans ces conditions, le rein saigne abondamment. L'hématurie tuberculeuse se distingue des autres par sa spontanéité, c'est-à-dire parce qu'elle survient sans provocation, la marche, la fatigue, les écarts de régime n'ayant aucune influence sur elle. C'est donc avant tout une hémorragie fluxionnaire, congestive, avec effraction de fins vaisseaux, une hématurie précoce (Dieulafoy). La fluxion est toujours occasionnée par des tubercules récents de petit volume ou de dimensions moyennes, ainsi que cela résulte des observations de Routier⁽¹⁾, de Pousson⁽²⁾, de Tuffier⁽³⁾. Ces observations, ainsi que les travaux de Meyer⁽⁴⁾, de Laroche⁽⁵⁾, de Casper⁽⁶⁾, établissent définitivement l'existence de la tuberculose rénale primitive.

L'hématurie se continue sans arrêt ou s'interrompt de temps à autre, mais ce qui la caractérise avant tout c'est qu'elle n'est généralement accompagnée d'aucun autre trouble. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver dans les périodes qui séparent deux hématuries de l'albumine ou du pus, comme on l'observe dans les pyélonéphrites tuberculeuses.

L'hématurie tuberculeuse peut quelquefois simuler la colique néphrétique avec irradiations dans l'aîne lors du cheminement des caillots dans l'uretère.

La *polyurie* est un symptôme fréquemment relevé par les observateurs dès le début de la maladie; elle se manifeste d'une façon intermittente et dans les premières périodes reste toujours limpide.

Enfin, l'*albumine* apparaît quelquefois dans l'urine, mais, ainsi que le faisait remarquer Rayet, l'*albuminurie* peut dépendre de bien des causes différentes. Le rein peut être antérieurement malade, atteint de néphrite chronique ou même de dégénérescence amyloïde.

Néanmoins il n'est pas douteux qu'au moment de l'expansion des foyers tuberculeux dans le rein l'*albuminurie* peut coïncider avec la destruction de systèmes glomérulo-tubulaires.

Les reins infiltrés de granulations miliaires, ou contenant plusieurs gros tubercules, ne sont pas augmentés de volume au point d'être appréciables à la palpation; pour qu'ils deviennent apparents, il faut qu'il y ait en même temps obstacle au cours de l'urine déterminé par un rétrécissement de l'uretère (Rayet). Aussi la recherche du rein dans les faits où l'on soupçonne une infiltration tuberculeuse de l'organe reste habituellement sans effet.

(1) ROUTIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895.

(2) POUSSON. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1895.

(3) TUFFIER. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.

(4) MEYER. Ueber Ausscheidungs tuberculose der Nieren. *Virchow's Arch.*, 1895.

(5) LAROCHE. *De la tuberculose primitive du rein (étude expérimentale et clinique)*. Thèse de Bordeaux, 1896.

(6) CASPER. *Berl. klin. Woch.*, 1896. — DIEULAFOY. *Path. int.*, 1901.

Il en est tout différemment lorsque la *pyélonéphrite* est constituée, l'organe est facilement accessible et forme sous la paroi de l'abdomen une saillie arrondie ou multilobée dont on peut constater les dimensions et percevoir la mobilité par la palpation bimanuelle. La tumeur est rénitente ou fluctuante, ordinairement douloureuse à la pression, tout à fait semblable à une *pyonéphrose simple*. L'uretère peut être suivi dans la moitié inférieure de son trajet au niveau de la fosse iliaque sous la forme d'un cordon, dur, bosselé, volumineux (Le-Dentu).

Les malades ressentent parfois une *douleur* lancinante ou gravative dans la région lombaire exaspérée par une percussion profonde, mais qui n'indique pas toujours, d'après Rayet, la présence d'un dépôt tuberculeux dans les reins. Cette douleur est, au contraire, assez communément observée dans la pyélonéphrite tuberculeuse; elle *augmente pendant les périodes de rétention* et disparaît quand survient une débâcle qui entraîne avec elle le pus et les débris caséux. Au moment des périodes de rétention les malades éprouvent des malaises, des troubles digestifs et de la fièvre; tous ces symptômes disparaissent aussitôt que la perméabilité de l'uretère est rétablie.

Dans quelques circonstances, à la suite du ramollissement des tubercules en communication avec le bassinet, des parties solides se détachent et s'engagent dans l'uretère en provoquant des douleurs semblables à celles de la colique néphrétique (Tuffier, Dreyfus-Brisac, Nourric). Les mêmes accidents peuvent se produire, nous l'avons dit, au moment de l'évacuation de petits caillots de sang. La douleur persiste après les accès, s'irradie vers les cuisses en suivant le trajet de l'uretère; les malades ressentent aussi une sorte de lumbago permanent ou intermittent, d'où leur attitude pendant la marche.

La coïncidence de l'*inflammation de la vessie* et notamment de la cystite tuberculeuse avec la dégénérescence tuberculeuse des reins et de leurs conduits excréteurs explique, dit Rayet, pourquoi on a observé quelquefois chez les malades une sensibilité morbide dans l'hypogastre, des douleurs plus ou moins vives avant, pendant et après l'évacuation d'urine, dont les émissions *sont peu abondantes et très répétées*, et plusieurs autres symptômes communs à toutes les espèces de cystites, en particulier la douleur. Pour Guyon, Tapret⁽¹⁾, Tuffier, la fréquence des mictions est ainsi que pour Rayet, et contrairement aux auteurs anglais, l'indice non d'une tuberculose rénale, mais d'une cystite tuberculeuse au début.

Dieulafoy et Tuffier acceptent cependant la possibilité des douleurs réflexes portant sur l'autre rein ou la vessie, sans que ces organes présentent de lésions (réflexe réno-rénal et réno-vésical).

Les *urines* subissent aux différentes périodes de la tuberculose du rein des modifications très notables. Nous avons déjà dit qu'accidentellement et dans les phases initiales de l'affection des *hématuries* pouvaient se produire. Ce sont des hémorragies d'ordre fluxionnaire et congestif comme on en observe à la première période de la tuberculose pulmonaire. A mesure que la maladie progresse, ces hématuries s'espacent et finissent par disparaître, bien qu'elles se manifestent encore à la période d'état.

Dans l'intervalle, les urines sont généralement assez abondantes et limpides,

(1) TAPRET. Étude clinique sur la tuberculose urinaire. *Arch. gén. de méd.*, 1878.

mais peu à peu on les voit changer d'aspect. Elles sont troubles et décolorées, et restent telles après l'émission; ces caractères appartiennent à toutes les variétés de pyélonéphrites. Par le repos, elles abandonnent une couche plus ou moins épaisse de pus; la *pyurie* est spontanée, constante et durable (Guyon), mais la quantité éliminée varie d'un jour à l'autre. Quand l'élimination du pus est complètement entravée, c'est presque toujours à la suite d'une obstruction urétérale; les urines sont alors claires parce que seul le rein normal fonctionne.

Le dépôt est souvent parsemé de stries sanguinolentes, et contient non seulement du pus comme dans les pyélonéphrites suppurées, mais des grumeaux assez nombreux. Chopart, Lebert, Vogel, attachaient une grande importance à ces grumeaux dans le diagnostic de l'ulcère tuberculeux des reins. Le mélange de la matière tuberculeuse avec l'urine est très variable d'aspect; on observe de notables différences dans la proportion de cette matière, non seulement dans les diverses émissions d'urine observées pendant plusieurs jours consécutifs, mais encore dans les émissions d'une même journée (Rayer).

Les urines sont généralement acides et très rarement albumineuses (Lacombe, Tapret). Lorsqu'elles sont franchement purulentes ou sanguinolentes l'albumine existe en faible proportion, on ne saurait s'en étonner. Mais dans toute autre circonstance l'albuminurie indiquera presque à coup sûr la coexistence d'une néphrite chronique, d'une dégénérescence amyloïde ou d'un tubercule en voie d'accroissement.

C'est à des lésions chroniques du rein que doit être attribuée l'albuminurie persistante signalée par Le Gendre (1), Revilliod, Cadet de Gassicourt, ainsi que l'œdème noté par Lancereaux.

Il n'est pas douteux que la tuberculose du rein puisse guérir; mais elle guérit d'ordinaire à l'insu du médecin ou du chirurgien (Le Dentu). On sait effectivement que les autopsies révèlent la cicatrisation et la calcification des tubercules, quand ils sont peu nombreux et isolés (Dieulafoy). Le Dentu et Tuffier pensent que cette amélioration peut survenir après une opération.

Dans les formes les mieux caractérisées de la tuberculose rénale, la mort est la règle. Elle survient plus ou moins vite suivant que les altérations évoluent ou non en même temps que la tuberculose des autres organes, poumon, intestin, dont les lésions prennent souvent un développement très rapide.

Pour Roberts, la tuberculose du rein marche plus vite que celle de la vessie, la maladie pouvant évoluer en un an et demi ou deux ans et même dans l'espace de six mois. Dans une observation de Tapret, la maladie dura deux ans, la douleur lombaire fut persistante, il y eut de fréquentes hématuries.

Lorsque la maladie affecte la forme de la pyélonéphrite suppurée, avec rétro-dilatation, on voit survenir un amaigrissement rapide avec troubles digestifs prononcés, anorexie, diarrhée, fièvre rémittente, puis fièvre hectique. Si les deux reins sont infiltrés et creusés de cavernes avec destruction presque totale de leur substance, la mort peut survenir à la suite de phénomènes urémiques. Cette terminaison est rare, parce que la tuberculose est presque toujours unilatérale et que le rein du côté sain est souvent hypertrophié.

La participation des différentes régions de l'appareil génital, prostate, vésicules séminales, testicule, à la tuberculose est fréquente, mais les organes situés

(1) Voir BRISSAUD. Du rein tuberculeux médical. *Gaz. hebdomadaire*, 1886.

au voisinage du rein peuvent être envahis à leur tour. Lendberg aurait vu un malade survivre dix-huit mois à l'ouverture d'un foyer tuberculeux dans le péritoine. Le Dentu et Tuffier parlent d'abcès périnéphriques produisant la mort par septicémie, ou à la suite de leur ouverture dans l'intestin. En tout cas, si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, il est rare qu'il ne persiste pas de trajet fistuleux au niveau de la région lombaire.

Rayer signale, de son côté, le développement successif d'une carie des vertèbres lombaires ou dorsales inférieures, et d'une tuberculose rénale, ce qui s'explique par les rapports qu'affectent les abcès par congestion fusant de la colonne vertébrale vers la fosse iliaque.

Diagnostic. — D'après l'exposé précédent, on voit que rien n'est plus variable que la symptomatologie de la tuberculose urinaire. Les granulations fines sont presque toujours des trouvailles d'autopsie. Lorsqu'elles se développent chez un tuberculeux déjà miné par une longue maladie, leur évolution reste silencieuse, elles ne sont même pas soupçonnées; si elles sont disséminées, elles passent inaperçues dans le tableau d'ensemble de la tuberculose miliaire, à moins qu'une hématurie apparaisse.

Lorsque des tubercules persistent dans le rein et acquièrent une certaine dimension, c'est, presque toujours, sans qu'il soit possible d'en démontrer l'existence. La fréquence des mictions appartient surtout à la cystite, et il est établi que, dans presque tous les faits de tuberculose rénale, les lésions s'étendent à la vessie. Il en résulte que chez un malade atteint de tuberculose vésicale, prostatique et épидидymaire, l'affirmation de la présence des tubercules dans le rein ne peut être énoncée que si les autres signes dont il a été question plus haut, *douleur rénale, tuméfaction du rein, hématurie*, se trouvent réunis, ou s'ils ont existé dans une phase antérieure de l'affection.

Toutes les fois que le diagnostic sera douteux, on tiendra le plus grand compte de l'état des autres organes, poumons, plèvres, intestin, péritoine, présentant des lésions qui souvent précèdent et occasionnent celles de l'appareil urinaire.

Il est à peine besoin de rappeler que le diagnostic de *pyélonéphrite tuberculeuse* n'offre pas en général de difficulté. Même en ne s'aidant pas des commémoratifs et des signes manifestes de tuberculose développée ailleurs, les caractères de l'urine, l'aspect particulier du dépôt, la présence de matières grumeleuses, des amas de cristaux phosphatiques et même de débris calcaires, ne laisseront aucune place au doute. On doit en tout cas pratiquer l'examen bactériologique de l'urine, l'inoculation expérimentale ou la culture du dépôt sur sang gélosé et glycérolé (Bezançon, Griffon); car, même dans les tuberculoses évidentes du rein, la recherche microscopique des bacilles peut être négative. D'après Albarran, la recherche des bacilles devrait toujours être pratiquée sur des urines acides et par conséquent récemment émises; autrement on peut s'exposer à faire des examens inutiles. Le diagnostic de tuberculose rénale, une fois établi, on ne peut savoir exactement à quel degré sont parvenues les lésions, sauf dans les cas de pyélonéphrite où l'on a toute raison de les croire considérables. Mais on ignore presque toujours l'état du rein opposé, question capitale au point de vue d'une indication opératoire. On a conseillé pour arriver à ce résultat le cathétérisme de l'uretère (Albarran) permettant de recueillir l'urine d'un seul côté et d'examiner le dépôt qui peut contenir du

sang, du pus, ou des bacilles. Mais le cathétérisme de l'uretère a de grands inconvénients. Il vaut mieux s'en tenir à la cystoscopie ou à la recherche du réflexe *uretéro-vésical* (Bazy). Le réflexe uretéro-vésical consiste en une douleur ou une envie plus ou moins pressante d'uriner que l'on provoque quand on appuie la pulpe du doigt sur l'orifice vésical de l'uretère. On le produit très facilement chez la femme par le toucher vaginal, avec un peu plus de difficulté chez l'homme par le toucher rectal. Lorsque la partie inférieure de l'uretère est envahie par le tubercule on la sent sous forme d'un cordon induré. La cystoscopie permet de voir dans ces circonstances que l'orifice vésical de l'uretère est rouge, boursoufflé quelquefois en ectropion⁽¹⁾.

On peut avoir à faire le diagnostic entre la *tuberculose* et la *lithiase rénale* lorsque la tuberculose se traduit par des hématuries avec colique néphrétique⁽²⁾. Un interrogatoire fait avec soin permet de retrouver dans le cas de lithiase les circonstances qui ont provoqué l'hématurie et quelquefois des crises antérieures très nettes.

Autrement, si le lithiasique en est à sa première attaque, on devra se reporter à l'examen microscopique ou aux recherches bactériologiques. La radioscopie aurait donné quelques résultats dans la lithiase (Albarran et Contremoulin).

Traitement. — Dans les observations, d'ailleurs assez rares, où l'on pourra établir d'une façon précise l'existence de la tuberculose rénale, soit par l'ensemble des signes constatés, soit par l'examen bactériologique des urines, on ne sera pas autorisé à pratiquer l'ablation du rein parce qu'on ignore le plus souvent l'étendue des lésions, l'état réel du rein supposé normal et que, d'ailleurs, les tubercules lorsqu'ils sont peu nombreux peuvent se cicatriser.

La plupart des chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur la ligne de conduite qu'il convient de tenir en présence du diagnostic nettement posé de tuberculose rénale.

L'indication la plus pressante a trait à la répétition et à l'abondance des hématuries. Il est certain que si les malades s'affaiblissent et semblent menacés comme dans les faits où l'hématurie se reproduit sans arrêt pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, ou d'une façon intermittente pendant plusieurs années, on doit intervenir (Routier, Pousson, Tuffier, Laroche).

Mais il est entendu, d'autre part, que la néphrectomie sera différée si les hématuries cessent et si le malade ne présente aucun trouble important. Il serait téméraire, en effet, de pratiquer l'ablation d'un rein qui aurait saigné légèrement, alors que l'autre contient peut-être des tubercules plus nombreux n'ayant donné lieu à aucun trouble.

Il est rare que l'on soit obligé d'intervenir pour l'intensité des douleurs. Au point de vue du traitement médical il y a peu de choses à dire puisque c'est celui de la tuberculose en général. Les hématuries étant d'ordre congestif et provoquées par l'activité des bacilles ne peuvent être ni prévues, ni empêchées; l'on sait, d'autre part, que ces hémorragies sont entièrement indépendantes des habitudes hygiéniques et de l'alimentation.

En cas de sécrétion muco-purulente du bassinet, il est trois médicaments

⁽¹⁾ P. BAZY. Des réflexes uretéro-vésical et pyélo-vésical. *Presse méd.*, avril 1901.

⁽²⁾ BERTON. *Diagnostic différentiel entre la tuberculose et la lithiase rénale*. Thèse de Paris, 1900.

dont on peut espérer quelque utilité, ce sont : le *salol*, l'*iodoforme* et le *benzoate de soude*. Contre les hématuries les boissons diurétiques en assez grande abondance, contre les douleurs tous les moyens appropriés : révulsion locale, enveloppements chauds, calmants donnés en injection sous-cutanée ou par la voie rectale.

S'il existe au contraire une tumeur rénale avec pyélonéphrite et urines purulentes abondantes ou pyonéphrose avec phénomènes généraux, cette lésion constitue un danger permanent, et l'opération doit être tentée. On se décidera, pour la néphrectomie. Cette opération qui donnait autrefois une mortalité très élevée donne des résultats satisfaisants dans un assez grand nombre de cas⁽¹⁾. Néanmoins, on peut observer comme à la suite de la néphrotomie des fistules intarissables, la reproduction de clapiers purulents et même des accidents de généralisation tuberculeuse.

CHAPITRE XIX

SYPHILIS RÉNALE

Parmi les manifestations rénales de la syphilis, l'intérêt se concentre aujourd'hui sur la *néphrite subaiguë de la période secondaire*. Cette néphrite mérite une description qui l'individualise au même titre que la néphrite scarlatineuse et la néphrite paludéenne, en la détachant de l'ancien groupe des néphrites parenchymateuses. Sans omettre les autres variétés de la syphilis rénale, c'est donc à cette forme que ce chapitre sera plus particulièrement consacré.

Les rapports qui unissent les affections des reins avec la syphilis ont été méconnus pendant longtemps. Wells et Blackall, au commencement du siècle, avaient émis l'opinion que l'albuminurie observée chez les syphilitiques était la conséquence du traitement mercuriel qu'on leur imposait.

Rayer, le premier, formula d'une façon très catégorique une doctrine entièrement différente. « J'ai vu des cas, dit-il, où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne. » L'auteur compare l'action de la syphilis à celle des *scrofules* et de la *phtisie pulmonaire*, comparaison d'autant plus exacte que les observations citées par lui ont certainement trait à la dégénérescence amyloïde. Il réfute l'opinion de Wells, de Blackall, de Gregory, sur l'effet produit par les préparations mercurielles, et fait remarquer que, chez les *doreurs atteints de tremblement*, les hydrosies avec urines coagulables ne s'observent qu'avec une extrême rareté.

Cette idée d'une néphrite, due à l'élimination du mercure, a été reprise tout dernièrement par Güntz et repoussée par Mauriac qui cite plusieurs observations de syphilitiques atteints de néphrite sans avoir été soumis à aucun traitement.

⁽¹⁾ TUFFIER. Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. *Soc. de chir.*, 1896. — ALBARRAN. *Traité de chirurgie*. Le Dentu et Delbet.