

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 hydrosopies 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.

Désormais cette question paraît résolue, on peut affirmer que le mercure pris à doses thérapeutiques ne peut causer de désordre sérieux du côté des reins et qu'il y aurait grand préjudice pour les malades à les priver de l'action résolutive de ce médicament. Frerichs, comme Rayer, considère que les lésions rénales de la syphilis sont d'ordre cachectique.

Il y a quarante ans à peine que l'attention des médecins fut attirée sur les manifestations précoces de la syphilis sur le rein. Perroud, de Lyon, fit connaître, en 1867, deux observations d'albuminurie syphilitique; Descoust⁽¹⁾, dans sa thèse, signale l'apparition d'une albuminurie abondante chez un malade atteint de syphilis au cinquante-troisième jour de la maladie. Drysdale, de Londres, un an plus tard, publie des observations du même genre; Négel⁽²⁾ rassemble les faits connus et en ajoute de nouveaux. Il cite entre autres les travaux de Bamberger (1879), de Wagner (1880), de Weigert, les observations de Coupland (1876), le mémoire de Barthélemy (1881) et la thèse de Cohadon (1882). L'année suivante⁽³⁾ nous publions une observation de néphrite syphilitique avec examen histologique détaillé des lésions glomérulaires. Mauriac⁽⁴⁾ rapporte de plus dans son travail que vers 1869 il eut occasion de donner des soins à un syphilitique atteint d'albuminurie pendant la période secondaire à une époque très voisine de l'accident primitif. Le malade mourut quelques mois après du fait de ses lésions rénales. Bientôt de nouvelles observations vinrent confirmer cette idée d'une néphrite précoce en rapport avec la syphilis⁽⁵⁾.

En tenant compte de tous les documents publiés sur la matière on peut admettre que la syphilis se manifeste sur le rein :

- 1° Par une néphrite affectant une allure rapide et survenant au moment de la période secondaire ;
- 2° Par une néphrite tardive en rapport avec la cachexie syphilitique ; c'est, nous le savons, une des formes de la dégénérescence amyloïde ;
- 3° Par les gommés.

A ces trois catégories de lésions rénales Négel en ajoute deux autres :

- 4° La syphilis rénale du nouveau-né et de l'enfant ;
- 5° La syphilis héréditaire tardive.

Nous n'avons encore que des documents bien incomplets sur ces dernières variétés de lésions. Klebs pense que la syphilis rénale intra-utérine n'est pas aussi rare que bien des auteurs le supposent. Les reins sont pâles et fermes ; à

⁽¹⁾ DESCOUT. De l'albuminurie survenue dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Thèse de Paris, 1878.

⁽²⁾ NÉGEL. De la syphilis rénale. Thèse de Paris, 1882.

⁽³⁾ CORNIL et BRAULT. De l'inflammation des glomérules dans les néphrites albumineuses. In *Journal Robin*, 1885, obs. IV.

⁽⁴⁾ MAURIAC. Syphilose des reins. *Arch. gén. de méd.*, 1886. — *Syphilis tertiaire et héréditaire*, 1890, p. 285 et suiv.

⁽⁵⁾ DIEULAFOY. Néphrite syphilitique. Syphilis tertiaire du rein. *Clin. méd. Hôtel-Dieu*, 1898. — E. THEILLE. La néphrite syphilitique secondaire. Thèse de Paris, 1898. — G. DELAMARE. La syphilis rénale. *Revue gén. Gaz. des hôp.*, 1900. — M. RUTTEN. Néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire. Thèse de Paris, 1900.

la surface, ainsi que sur les coupes, on aperçoit des nodules blanchâtres qui occupent la substance corticale et une partie de la substance médullaire. Le foie peut être gros et creusé de larges fissures.

Beer, Virchow, D. Mollière, Négel, Potain, décrivent des lésions analogues. Lancereaux rattache à la syphilis une dégénérescence granulo-graisseuse des tubuli accompagnée d'une prolifération du tissu conjonctif.

Klebs et Parrot indiquent la présence de *noyaux blancs* dans le rein des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire; ce sont de véritables gommés rénales dont nous avons pu étudier un spécimen chez un enfant qui succomba peu de jours après sa naissance. Il existait dans le rein un gros bloc blanchâtre un peu élargi à sa base, ressemblant à un infarctus et que l'examen microscopique montra, formé par une inflammation très serrée semblable à celle de la pneumonie interstitielle syphilitique, la *pneumonie blanche* de Virchow. Dans la plupart des cas ces altérations rénales sont latentes et ne présentent aucun signe pathognomonique. Négel admet cependant que les enfants peuvent mourir d'intoxication urémique ou tout au moins de lésions rénales dont la plus importante est la dégénérescence amyloïde.

On ne cite guère que l'observation de Bradley où la guérison fut obtenue. Il s'agissait d'un *enfant de quatre mois* ayant présenté de l'œdème, de l'anasarque avec albuminurie, en même temps que des manifestations syphilitiques très nettes de la peau. Cet enfant fut soumis au traitement spécifique; au bout de trois semaines les urines étaient redevenues normales, l'anasarque avait disparu et l'éruption cutanée ne laissait plus de traces.

Quant à l'influence de la *syphilis héréditaire tardive*⁽¹⁾, elle était encore douteuse il y a quelques années, car elle reposait sur deux observations très discutables de Coupland où sont relevées les lésions des néphrites avec gros reins, et les affirmations de Mahomed, Ewart et Moore qui disaient avoir observé l'association de l'atrophie du rein rouge granuleux et contracté et de la dégénérescence amyloïde. Les observations de Lecorché et Talamon⁽²⁾, celle de Hutchinson, citée par Chauffard, démontrent bien la réalité de l'atrophie rénale.

Cependant Bartels rapporte l'observation d'une jeune fille dont le père mourut syphilitique. La jeune malade atteinte d'anasarque et d'ascite depuis plusieurs mois avait des jambes beaucoup trop longues proportionnellement aux cuisses : *les deux tibias présentaient une forte courbure à convexité antérieure*, de sorte que leur bord antérieur faisait une très grande saillie sous la peau. Sous l'influence de l'iodure de potassium l'hydropisie et l'ascite disparurent, l'albumine persista. Trois ans plus tard, et malgré le traitement, les os du nez furent éliminés en partie, la surdité devint complète, puis les symptômes s'amendèrent et cinq ans après seulement, on ne trouva plus d'albumine dans l'urine, toutes les lésions se dissipèrent; la rate, volumineuse et débordant les fausses côtes au début du traitement, était de volume ordinaire et avait repris sa situation.

Nous avons observé un cas fort net d'hérédosyphilis auquel nous avons déjà fait allusion (voir chap. XVII) chez une jeune fille qui avait un effondrement de

⁽¹⁾ A. FOURNIER. La syphilis héréditaire tardive, 1886, et *Congrès de dermat. et syphil.*, 1889.

⁽²⁾ LECORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'alb. et du mal de Bright*, 1888.

la cloison nasale et une forte albuminurie depuis plusieurs années. Elle dut faire plusieurs séjours à l'hôpital, en particulier aux Enfants-Malades, lors de sa première poussée d'albuminurie. Elle mourut au bout de plusieurs mois dans un état de cachexie extrême avec albuminurie persistante et œdème généralisé. Les reins étaient amyloïdes.

Bartels ajoute que la forme de la syphilis héréditaire que l'on connaît à Kiel sous le nom de *mal de Dithmarsch* produit souvent des ulcérations qui amènent des destructions étendues de la peau et des os et donnent assez souvent naissance à la dégénérescence amyloïde. L'observation qu'il cite où l'on retrouve la déformation si caractéristique des tibias en lame de sabre est considérée par lui comme un exemple de *dégénérescence amyloïde* de la rate et des reins terminée par guérison.

Chez l'adulte on doit passer en revue *les néphrites de la période secondaire*, la dégénérescence amyloïde et les gommés.

A. — NÉPHRITES DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

Parmi les médecins qui ont pu suivre une néphrite développée au cours de la période secondaire de la syphilis, quelques-uns parlent d'une simple coïncidence et attribuent au froid ou à l'alcoolisme l'albuminurie dont les malades sont atteints. Chauffard cite deux observations où il a été possible de diagnostiquer dans la première : néphrite syphilitique provoquée par le froid et dans la seconde : néphrite *a frigore* chez un syphilitique. Dieulafoy sans nier absolument la néphrite *a frigore* incline à penser qu'un certain nombre de néphrites dénommées ainsi sont des néphrites syphilitiques précoces. Ce qu'il y a de saillant toutefois dans l'histoire de la néphrite syphilitique précoce, c'est l'impossibilité où l'on est, par l'interrogatoire le plus minutieux, de trouver un facteur étiologique différent de l'infection syphilitique elle-même. L'absence presque constante de toute autre cause autorise à considérer la maladie comme une expression symptomatique de la syphilis secondaire et à la traiter comme telle.

Le fait dominant, c'est l'apparition de la maladie au moment de l'éclosion et de la pleine efflorescence d'accidents secondaires. C'est généralement au bout de *deux mois et demi à trois mois et demi* que la néphrite apparaît. Cependant plusieurs faits démontrent que l'albuminurie peut survenir plus hâtivement, dès le deuxième mois, à peine la roséole est-elle effacée ou même en même temps qu'elle (néphrite syphilitique précoce).

Sur les vingt-trois observations dont parle Mauriac, huit fois le début s'est produit *deux mois* juste après l'accident primitif; dans une seule observation, *quatre semaines* seulement après le chancre. Parmi les albuminuries tardives, l'une s'est développée au bout de trois ans, deux au trentième mois.

Pour les vingt-trois cas l'intervalle moyen entre l'accident primitif et l'apparition de la néphrite a été de six mois et demi. C'est évidemment là un chiffre trop élevé, celui que nous avons donné plus haut représente la moyenne. Parmi les albuminuries tardives, la plupart dépendent de la syphilis avancée et sont presque toujours l'indice d'une néphrite amyloïde.

Les symptômes apparaissent quelquefois d'une façon insidieuse, *sans prodromes*. Lorsque ceux-ci existent, ils se traduisent par un peu de malaise, de fatigue, une lassitude générale avec légère élévation de la température et douleurs lombaires; presque toujours l'œdème apparaît en premier. D'abord léger, limité aux paupières ou à la face qu'il abandonne quelquefois, il envahit les jambes, le scrotum et bientôt tout le corps.

Dans une de nos observations, l'hydropisie fut à peu près générale d'emblée et survint sans cause appréciable, sans refroidissement. Dans une seconde, l'œdème occupa d'abord les membres inférieurs et monta progressivement pour envahir l'abdomen, les lombes et la partie supérieure du thorax. Jamais l'hydropisie ne disparut complètement, elle subit des oscillations assez nombreuses et, dans les derniers temps de la maladie, se compliqua d'épanchement dans le péritoine et dans les plèvres.

Les malades sont presque toujours bouffis, pâles, anémiques. Cette pâleur est la même que celle qui accompagne l'évolution des néphrites subaiguës, peut-être plus accentuée encore et dénote le mauvais état général de ces syphilitiques atteints d'accidents secondaires contre lesquels le traitement échoue lorsque la maladie présente une certaine gravité.

L'*albuminurie* est constante; elle se traduit par un chiffre d'*albumine* très élevé; dans presque toutes les observations, où le chiffre n'est pas indiqué, on relève que le coagulum par la chaleur était épais et abondant. Dans notre seconde observation, la quantité journalière fut souvent de 15 et même de 20 grammes par jour; cette quantité peut être dépassée, atteindre 56 grammes (Labadie-Lagrave). Dans les premiers temps les urines sont abondantes, puis peu à peu elles diminuent, deviennent rosées, sanguinolentes et troubles; elles peuvent en l'espace de dix à quinze jours tomber de 1500 grammes à 1000 grammes pour osciller pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois autour de 500 à 600 grammes par jour. L'urée diminue progressivement, mais surtout à partir de l'époque où les fonctions digestives sont troublées et lorsque les malades mangent à peine. A l'inappétence se joignent assez fréquemment des nausées et des vomissements alimentaires ou bilieux. Dans ces dernières conditions, l'amai-grissement fait de rapides progrès.

Les observations relevées par Dieulafoy diffèrent un peu de celles que nous avons suivies. Elles ont été remarquables par la *brusquerie* du début, la *rapidité* avec laquelle les œdèmes se sont établis, bientôt complétés par des hydropisies multiples dans les plèvres et le péritoine. Dans toutes ces observations comme dans celle de Chauffard, le chiffre de l'albumine est très élevé, toujours supérieur à 40 grammes, pouvant dépasser 50 grammes par jour.

La marche de la maladie présente de grandes variétés, elle est généralement *continue dans les cas graves*. Son évolution est d'ailleurs rapide (cinq semaines environ), comme dans l'observation de Rigal et Juhel-Rénoy; parfois, au contraire, beaucoup plus lente, quatre mois (Brault). Dans ces deux observations, nous relevons un œdème progressif avec vomissements répétés, la céphalée, l'oppression et des signes manifestes d'affaiblissement du cœur vers la fin de la maladie. Il n'y eut pas de symptômes cérébraux.

Il en fut de même dans l'observation de Mauriac: le malade, à partir du quatrième mois de sa syphilis, resta infiltré pendant presque toute la durée de la néphrite; l'anasarque et l'épanchement pleural du côté gauche subirent des