

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-Rényo; 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

phases d'augment et de retrait. Pendant les derniers jours on remarquait encore des groupes de syphilides papulo-squameuses sur les cuisses et le bas-ventre, l'œdème du tronc et des membres inférieurs était devenu énorme, il existait un enrrouement très prononcé avec gêne de la respiration. Dans cette situation désespérée, le malade quitta l'hôpital et mourut probablement d'un œdème de la glotte au bout de trois mois de maladie.

Un malade d'Horteloup, atteint de néphrite au deuxième mois de sa syphilis, mourut au quarante-deuxième jour avec des phénomènes d'urémie gastro-intestinale et d'œdème généralisé; comme dans les cas précédents, l'anasarque augmenta vers la fin, de même que l'ascite. Le malade, somnolent depuis deux ou trois semaines, mourut dans le coma sans convulsions. Le fait de Rémy se rapproche des précédents. Dans plusieurs cas la mort fut occasionnée par un érysipèle (Perroud, Dieulafoy, Chantemesse).

En somme, toutes les observations sont concordantes : *apparition précoce, évolution rapide*, persistance de l'œdème pendant toute la durée, fréquence des épanchements séreux et des troubles gastro-intestinaux, rareté des phénomènes oculaires et de l'urémie cérébrale proprement dite. Cette marche est celle des néphrites subaiguës de l'adulte en particulier des néphrites dites *a frigore*, lorsque leur terminaison est fatale.

Le plus souvent l'évolution est toutefois différente, les symptômes graves disparaissent et la guérison survient. Cette amélioration peut se produire spontanément si l'atteinte portée sur le rein a été faible, mais dans les cas plus sévères elle ne survient qu'après l'administration du traitement spécifique. La guérison définitive s'établit à des périodes variables, cinq semaines (Horteloup); un mois (Wagner); cinq semaines (Négel); deux mois (Descoust, Chauffard); quatre mois (Cohadon, Bourcy); cinq mois (Lecorché et Talamon).

Dans d'autres circonstances, le traitement est mal toléré. L'état général paraît assez bon, les malades ne semblent pas menacés d'accidents immédiats, l'albuminurie n'en persiste pas moins pendant une période indéfinie. Mauriac cite le fait d'un homme de trente-trois ans atteint au huitième mois d'une syphilis d'albuminurie avec anasarque; à la suite d'une série d'améliorations et de rechutes, l'anasarque finit par disparaître, mais l'albumine persista. Au seizième mois de sa syphilis, c'est-à-dire au neuvième de la détermination rénale, le malade présentait encore une anasarque partielle et beaucoup d'albumine dans l'urine.

Dans un autre fait, la syphilis prit dès le début une allure grave; vers le trentième jour après l'apparition du chancre et dix-neuf jours avant la roséole, une périostose frontale se manifesta; vers le cinquième mois de cette syphilis, l'albuminurie et l'anasarque s'installèrent; à différentes reprises, la mort parut imminente par suite de l'abondance d'épanchements pleuraux et d'une ascite considérable. Ces accidents se reproduisirent jusqu'au neuvième mois, enfin l'anasarque disparut et la guérison sembla définitive; mais, au bout de quatre ans et demi, les urines contenaient encore de l'albumine. Des observations de ce genre sont assez nombreuses : les malades ont pu être suivis jusqu'au moment de leur convalescence pendant cinq mois (Négel); quatre mois (Perroud); deux mois (Burkman); six mois (Dieulafoy); neuf mois (Barthélemy).

Diagnostic. — Le diagnostic de néphrite syphilitique ne doit être porté que si les symptômes d'albuminurie surviennent chez un malade en pleine période

secondaire ne présentant aucune tare du côté du rein. Il y a ceci de remarquable dans toutes les observations publiées, c'est que l'albumine apparut dans l'urine au moment où surgit la roséole ou une éruption papulo-squameuse.

Autre fait non moins important dans les cas graves : les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis secondaire sont tenaces, elles persistent jusque dans les derniers temps; ce sont, à proprement parler, des syphilides rebelles, sur l'évolution desquelles le traitement n'a aucune prise. Cependant, on a cité des néphrites développées dans le cours de syphilis bénignes.

On pourrait invoquer sans doute, pour expliquer l'apparition de l'albuminurie, l'influence de facteurs étrangers à la syphilis, de maladies infectieuses ou diathésiques; mais il est impossible, d'autre part, de ne pas tenir compte de cette coïncidence d'une syphilis en pleine évolution et de néphrites survenues au moment des manifestations les plus bruyantes de la maladie.

De sorte que pour la néphrite syphilitique dont les lésions, nous allons le dire, ne présentent rien qui rappelle les productions spécifiques de cette infection, on peut tenir le même raisonnement que pour la *myélite transverse*, développée à peu près dans les mêmes circonstances. S'il est vrai que les lésions médullaires puissent s'observer en dehors de la syphilis, on ne peut méconnaître, néanmoins, la fréquence remarquable de la syphilis dans les antécédents des malades atteints de cette grave affection du névraxe. Pour la néphrite, on doit dire de même que, si elle ne porte pas le cachet des lésions de la période secondaire et de la période tertiaire, elle résulte, à n'en pas douter, d'une association de causes dont la syphilis représente le facteur le plus important.

Ce qui prouve mieux que tout autre raisonnement cette prédominance de la maladie spécifique dans le développement de l'affection, c'est que dans mainte observation le traitement mercuriel, loin d'aggraver la néphrite, la fait rétrograder et souvent aussi disparaître.

Pronostic. — Le pronostic ne serait pas grave en général (Mauriac), opinion peut-être un peu trop optimiste, car, sur le nombre des observations connues, il existe une assez forte proportion de faits terminés par la mort, et d'autres où l'albuminurie, bien qu'atténuée, resta permanente. Ces derniers cas ne doivent pas être mis au compte d'une guérison, puisqu'ils peuvent, dans l'avenir, donner lieu à des accidents que l'on croyait à tout jamais éloignés. En cela, les néphrites syphilitiques prolongées se comportent comme celles qui relèvent d'une autre origine. Quoi qu'il en soit, la prolongation d'une albuminurie doit faire craindre de voir succéder à une néphrite partiellement guérie une dégénérescence amyloïde incurable.

Anatomie pathologique. — Sur le nombre des observations terminées par la mort, il en est peu que l'on puisse utiliser pour établir la forme anatomique de cette néphrite développée au cours de la période secondaire de la syphilis.

Dans l'observation de Mauriac, l'autopsie n'a pu être faite; dans celles de Rémy et Horteloup, l'examen histologique manque; celle de Drysdale ne contient aucun détail circonstancié. Horteloup, Perroud, Rémy signalent de gros reins blancs ou blanc rosé. Perroud est le seul qui dit avoir constaté au microscope des lésions épithéliales manifestes. Il faut joindre les observations plus récentes de Darier et Hudelo⁽¹⁾ et de Dieulafoy⁽²⁾.

(1) DARIER et HUDELO. *Semaine méd.*, 1895.

(2) DIEULAFOY, *Path. int.*, 1901, p. 145.

Les deux observations que nous avons recueillies ont été complétées par l'examen histologique. Dans la première, le rein gauche pesait 290 grammes, le rein droit 225, les deux reins avaient une *teinte gris blanchâtre*; sur cette coloration se détachaient des étoiles veineuses et des pinceaux vasculaires, la capsule n'était pas adhérente. Les pyramides avaient une teinte rouge foncé contrastant avec le reste du parenchyme beaucoup plus pâle. La substance corticale, augmentée de volume, paraissait plus résistante que normalement.

Les lésions microscopiques les plus importantes portaient sur les glomérules et les artérioles. Les anses des vaisseaux glomérulaires présentaient un épaississement notable; il y avait également une abondante prolifération des cellules du revêtement externe des anses. Les cellules de la capsule de Bowman étaient disposées sans ordre, mais tellement nombreuses et pressées les unes contre les autres, que leur forme était difficile à apprécier. Sur les préparations fixées par l'acide osmique, on constatait qu'un grand nombre de ces éléments renfermaient des granulations graisseuses.

Autour des capsules de Bowman épaissies, 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 les artérioles. Un grand nombre d'entre elles présentaient des lésions d'endartérite. Les tubes contournés étaient à peine dilatés, les exsudations peu abondantes, les cellules avaient conservé leurs dimensions; presque toutes contenaient, dans leur partie basale, une notable quantité de graisse. Toutes ces lésions sont caractéristiques des néphrites subaiguës et surtout des glomérulo-néphrites.

Dans la seconde observation, les reins étaient volumineux, d'aspect *gris rouge sombre*. Le rein gauche pesait 270 grammes, le droit 250. A la coupe, tous deux étaient durs et résistants. La substance corticale était augmentée de volume, cette augmentation surtout sensible pour le rein gauche, dont les colonnes de Bertin paraissaient considérablement élargies.

Au microscope, les glomérules parurent volumineux, avec des lésions plus marquées sur l'appareil glomérulaire que sur la capsule de Bowman. Dans la substance corticale, autour des artères et de place en place, entre les tubes, on voyait des trainées de cellules lymphatiques rejoignant des amas leucocytiques situés au-dessous de la capsule d'enveloppe; le tissu conjonctif de la pyramide était également infiltré de cellules et épaissi. Les tubes contournés, presque tous dilatés, contenaient des exsudats abondants; les cellules de revêtement, d'apparence à peu près normale dans certaines régions, se montraient ailleurs infiltrées de graisse, volumineuses, hydropiques et mortifiées en partie.

Les tubes contournés et les tubes collecteurs contenaient de larges cylindres cireux.

Il s'agissait donc encore d'une néphrite subaiguë un peu différente de la première, mais très caractéristique.

D'après ces deux faits, dont l'un évolua en *cinq à six semaines* et l'autre en *quatre mois*, il est permis de conclure que la néphrite développée au moment de la période secondaire de la syphilis offre les plus grandes analogies avec les néphrites *a frigore*, scarlatineuses et paludéennes décrites plus haut. Sans doute, il n'y a pas identité dans les lésions, ces néphrites ne sont comparables l'une à l'autre que par la généralisation des altérations dans les différentes parties du rein; plus spécialement encore, elles sont à rapprocher à cause de l'intensité des désordres au niveau du glomérule. Les lésions anatomiques tra-

duisent exactement la violence du processus morbide dans ces néphrites d'étiologie si variable.

Pour Darier et Hudelo ainsi que pour Dieulafoy, il y aurait prédominance des lésions épithéliales.

Quant à la *pathogénie* des lésions de la néphrite syphilitique secondaire, elle ne peut faire l'objet d'un exposé bien long. Sur ce point, les inconnues sont trop nombreuses, puisque le bacille syphilitique n'est pas isolé, et que les toxines se déroberont à nos procédés d'investigation. Il est indéniable que si la plupart des localisations anatomiques de la syphilis, accident primitif, plaques muqueuses, gommès, se présentent à notre examen avec des caractères objectifs et microscopiques que l'on peut dire spécifiques, d'autre part, la glomérulo-néphrite ne se distingue guère des altérations les plus communes rencontrées dans le rein sous l'influence de causes banales.

Cependant, les inflammations non spécifiques dues à la syphilis ne sont pas exceptionnelles; on peut rappeler, entre autres, l'*hépatite diffuse* qui accompagne les gommès du foie, les *artérites chroniques*, les *ostéites chroniques avec périostoses et exostoses*, certaines *myélites et méningo-myélites*, le *tabes dorsal*, etc., dont les caractères spécifiques ne sont appréciables ni à l'œil nu, ni au microscope. On ne peut méconnaître, cependant, le lien qui les unit à l'infection première. Ainsi doit-on penser, jusqu'à démonstration contraire, à propos des formes subaiguës de la syphilis rénale, que leurs relations avec la maladie d'origine sont suffisamment établies par l'exposé qui précède.

Négel va plus loin, et, dans la description des lésions de la syphilis invétérée, comprend : des *néphrites lointaines* rappelant par leur aspect le gros rein blanc sans dégénérescence amyloïde, des *reins atrophiés* et enfin la *dégénérescence amyloïde*. La démonstration de toutes ces formes semble faite aujourd'hui, ce qui s'explique d'ailleurs, la syphilis étant une maladie de longue durée procédant par attaques successives et pouvant réaliser les différentes formes anatomiques des néphrites chroniques.

En ce qui concerne les atrophies rénales, il est impossible de refuser à la syphilis la faculté de produire dans le rein des inflammations lentes avec diminution de volume de l'organe, alors que l'on observe des laryngo-trachéites chroniques avec sténose du larynx et de la trachée, sans compter les lésions artérielles, les anévrysmes et les altérations des centres nerveux.

D'après une statistique de Bamberger, sur 49 cas de *néphropathies syphilitiques tardives*, il y en avait 4 de néphrite aiguë, 29 de néphrite parenchymateuse avec gros rein blanc et 16 de néphrite chronique atrophique. Sur 65 cas de lésions syphilitiques avec examen microscopique, Wagner a trouvé 8 cas de mal de Bright aigu, 4 de mal de Bright chronique avec gros reins blancs, 8 de petit rein granuleux atrophique. Dans les autres cas, la néphrite atrophique était limitée à un seul rein, tandis que l'autre était hypertrophié et envahi par la dégénérescence amyloïde. Wagner cite également 55 observations de dégénérescence amyloïde des reins et 5 cas de gommès.

Dans 2 cas de syphilose des reins, A. Key a constaté que la sclérose atrophique n'occupait que la partie inférieure des reins et qu'elle coexistait avec des gommès du cœur compliquées d'hypertrophie et de dilatation des ventricules. Weigert a publié 2 faits d'atrophie unilatérale du rein chez les syphili-

tiques. Lancereaux, sur 20 cas de syphilis viscérale, relève 4 fois la néphrite interstitielle associée deux fois à la dégénérescence amyloïde, 1 fois des gommés multiples et plusieurs fois des cicatrices profondes sous-capsulaires.

Nous sommes insuffisamment renseignés sur toutes ses variétés et sur l'apparition de néphrites aiguës ou subaiguës simples à une époque reculée de la syphilis. Il est donc difficile de se prononcer sur les statistiques de Bamberger et de Wagner. Cependant l'action de la syphilis est, aux différentes périodes de son évolution, tellement variée qu'il est impossible de ne pas accepter, avec les auteurs précédents, la réalité de néphrites syphilitiques chroniques avec atrophie des reins et alliance possible de toutes ces formes, surtout des atrophies avec la dégénérescence amyloïde confirmées d'ailleurs par les observations de Lecorché et Talamon, Hutchinson, Dieulafoy et les nôtres.

B. — DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE

La dégénérescence amyloïde associée ou non à l'atrophie des reins est une des manifestations les plus communes de la syphilis sur le rein. Rosenstein, sur 120 cas de cette altération spéciale, rencontre 54 fois l'influence prédominante de la maladie vénérienne; Wagner, sur 265 cas, relève 56 fois les antécédents syphilitiques; ce chiffre est relativement faible, surtout si l'on défalque de ces 56 cas 8 cas où la tuberculose pulmonaire était associée. En faisant la statistique inverse, il est certain que la proportion serait beaucoup plus élevée, c'est-à-dire que, sur 100 cas de néphrites survenues dans les périodes les plus reculées de la syphilis, la dégénérescence amyloïde serait représentée par un chiffre considérable.

Les premières observations de Rayer appartiennent certainement à ce groupe. Il est une circonstance, dit cet auteur, sur laquelle je veux appeler l'attention : « c'est que, dans presque tous les cas, sinon dans tous les cas de néphrite albumineuse chronique que j'ai observés chez des malades atteints de syphilis constitutionnelle, le foie était altéré.... Lorsque l'altération du foie existe chez les syphilitiques sans complication rénale, l'urine est ordinairement rare, d'un rouge foncé; elle dépose un *sédiment briqueté* lors même qu'il y a ascite. Dans les cas de complication de ces affections du foie avec la néphrite albumineuse chronique, l'urine, tout au contraire, est *citrine*, plus ou moins chargée d'albumine et n'offre pas de sédiment rouge briqueté. Je connais peu de maladies qui offrent aussi peu de chances de guérison que ces cas complexes; ces complications de la syphilis invétérée avec les altérations du foie et des reins sont presque toujours incurables. Cependant, j'ai été assez heureux pour améliorer la constitution détériorée d'un malade de notre hôpital qui se trouvait dans une semblable condition, et chez lequel l'urine est devenue de moins en moins albumineuse, après deux mois d'un traitement qui a consisté dans l'usage de la tisane de Feltz, des pilules de Sédillot et de l'extrait gommeux d'opium. »

Toutes ces propositions sont d'une étonnante justesse et l'on peut chaque jour en vérifier l'exactitude; dans la première observation de Rayer, les reins étaient atrophiés, et peut-être y avait-il coïncidence d'une néphrite saturnine, car la malade était employée à la fabrication des caractères d'imprimerie, mais

la description des lésions de son foie comme celle de la rate et du foie des deux autres malades se rapporte assez bien à la description de la dégénérescence amyloïde. Mauriac accepte aussi, au point de vue du diagnostic, l'importance de lésions simultanées du foie et des reins.

Cette coïncidence est en effet des plus fréquentes. Tantôt la lésion du foie reste silencieuse et n'est vérifiée qu'à l'autopsie; dans ce cas on trouve un foie amyloïde, ou un foie ficelé, tantôt il existe pendant la vie des signes manifestes d'hépatite chronique.

Dans une de nos observations, on vit se développer, chez une femme de 48 ans, une albuminurie, avec œdème des extrémités, gagnant progressivement les hypocondres, en même temps que le foie devenait douloureux. A plusieurs reprises un fort épanchement ascitique nécessita la paracentèse abdominale, et pendant toute la durée de la maladie une teinte subictérique colora les téguments. A l'autopsie, le foie, diminué de volume, pesait 920 grammes et présentait de nombreuses fissures qui le décomposaient en plusieurs lobes. Dans l'épaisseur du tissu fibreux intra-hépatique existaient des gommés, les unes presque cicatrisées, les autres volumineuses, confluentes, en pleine évolution. L'altération dominante du foie était une hépatite diffuse ancienne avec infiltration amyloïde des vaisseaux de fort calibre. Les reins, de dimension normale, du poids de 165 et 170 grammes, avaient subi la dégénérescence cirreuse au niveau de presque tous les glomérules. Le diagnostic de syphilis avec hépatite syphilitique et dégénérescence amyloïde des reins fut posé malgré l'absence de tout renseignement, et les dénégations les plus formelles de cette femme.

Chez un autre malade, âgé de 58 ans, polyurique et albuminurique, chez lequel la quantité des urines variait de 1700 à plus de 5000 grammes et l'albumine de 10 à 50 grammes dans les vingt-quatre heures, la dégénérescence amyloïde du rein ne pouvait faire aucun doute, car les antécédents syphilitiques étaient au complet, bien que remontant à vingt ans en arrière. L'abondance et le caractère des urines étaient bien en rapport avec cette hypothèse. Le foie était fissuré, beaucoup de vaisseaux avaient subi l'infiltration amyloïde; les deux reins, légèrement diminués de volume, étaient très amyloïdes.

Une troisième observation concernait une femme de 54 ans, qui, 14 ans auparavant, avait eu des accidents syphilitiques avec élimination des os du nez et perforation du voile du palais. A différentes époques, le traitement ioduré avait été institué. Au moment de son entrée à l'hôpital, l'anasarque était complète, les urines abondantes, et pendant six semaines que dura la dernière phase de cette maladie elles n'atteignirent jamais 900 grammes dans les 24 heures. Souvent il n'y eut que 500 et même 200 grammes d'urine. Le chiffre de l'urée fut une seule fois de 10 gr. 07 et descendit à 5 gr. 55 et même à 2 grammes; certains jours les urines manquèrent. Vers la fin de cette affection rénale, malgré la persistance de la diarrhée, l'anasarque augmenta, l'œdème gagna le haut du tronc, la face et les paupières étaient tellement bouffies que les yeux ne pouvaient s'ouvrir. Le larynx fut envahi à son tour, mais, bientôt après, l'œdème diminua, tout danger d'asphyxie fut momentanément écarté; plus tard, la respiration prit le rythme de Cheyne-Stokes; la malade, toujours somnolente, tomba dans le coma et mourut sans convulsions.

Le foie était volumineux, couvert de cicatrices et de dépressions sur ses deux faces, le bord antérieur était complètement déformé par des incisures.