

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 Rayet 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 Rayet, 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.

L'organe était dur à la coupe, les bandes de tissu conjonctif pénétraient profondément dans son intérieur, quelques-unes contenaient d'anciennes gommés et des vaisseaux amyloïdes. Dans les reins de volume et de poids presque normal (160 et 170 grammes), pâles, blanchâtres, assez résistants, tous les glomérules étaient amyloïdes. Le cœur volumineux pesait 405 grammes, les parois du ventricule gauche avaient plus de deux centimètres et demi d'épaisseur. Quelques vaisseaux de la paroi cardiaque étaient également amyloïdes.

Dans une seule de ces observations, les lésions du foie pouvaient être soupçonnées; dans les deux autres, elles n'ont été reconnues qu'à l'autopsie, mais dans toutes trois la lésion hépatique dominante n'était pas la dégénérescence amyloïde disséminée dans les espaces et sur les vaisseaux, mais la déformation caractéristique de l'organe avec cicatrices, fissures profondes et traces d'anciennes gommés. Ces trois observations confirment la loi établie par Rayer sur la valeur des lésions simultanées du foie et du rein. Elles sont surtout importantes parce que dans les trois cas envisagés elles indiquent l'action prolongée d'une syphilis grave, et permettent de rattacher à cette maladie la dégénérescence amyloïde du rein.

Par contre, nous ne sommes pas en mesure de dire dans quelle proportion la transformation cirreuse du rein et du foie peut se produire sans trace aucune d'inflammations syphilitiques anciennes; il en existe cependant des exemples très nets cités par Négel, Lecorché et Talamon.

On doit remarquer dans la troisième observation la terminaison peu commune de la dégénérescence amyloïde par urémie en même temps que par hypertrophie du cœur sans que toutefois les reins fussent nettement atrophies.

La diminution de volume des reins observée par Wagner, Bamberger, Lancereaux, Mauriac, Négel, Brault peut s'expliquer de deux façons, ou par l'atrophie antérieure du rein, compliquée de dégénérescence amyloïde (c'est une pareille interprétation que l'on peut donner à la première observation de Rayer), ou par le développement simultané d'une néphrite diffuse et d'une dégénérescence amyloïde, ainsi qu'on voit évoluer l'hépatite diffuse de même origine.

Dans la première hypothèse, on invoquera la coexistence de plusieurs maladies dont l'action combinée ou successive peut expliquer la physiologie particulière des lésions : ainsi saturnisme et syphilis, alcoolisme et syphilis, goutte et syphilis, etc.; dans la seconde, il suffira de se rappeler que les inflammations chroniques d'origine syphilitique peuvent être la cause de l'hypertrophie ou de l'atrophie du foie avec ou sans cicatrices, avec ou sans gommés, avec ou sans dégénérescence amyloïde. Cette explication nous paraît la plus vraisemblable.

On rencontre parfois des lésions dont la pathogénie est encore plus obscure; nous avons cité autrefois la possibilité d'une atrophie très prononcée des reins dont le poids était de 50 et 55 grammes avec dégénérescence amyloïde des glomérules, des vaisseaux et transformation microkystique des tubes qui subsistaient. Ces lésions s'étaient développées chez une femme atteinte de syphilis invétérée.

Dans les observations précédentes, la mort survint malgré l'administration du traitement ioduré à haute dose. Mais, ainsi que le fait remarquer Mauriac, toutes les néphropathies tardives, bien que fort graves, n'entraînent pas fata-

lement la mort. Un malade de Cadiat, qui, vingt ans auparavant, avait eu la syphilis, contracta une néphrite qui fut attribuée à un refroidissement. L'anasarque fut complète pendant plusieurs semaines et l'état général très grave. Après quelque temps d'un traitement ioduré, l'albuminurie diminua sensiblement et, quinze mois après le début de cette affection, la guérison était complète. L'iodure peut ainsi triompher de plusieurs récidives d'albuminurie (Dérignac, Lancereaux, Dieulafoy).

Dans les cas même où il a tout d'abord réussi, le traitement ioduré peut définitivement échouer, soit que la syphilis devienne incurable, ou que l'alcoolisme antérieur mette obstacle à l'efficacité de l'iodure (Mauriac, Lacombe). Dans les formes cachectiques compliquées de syphiloses hépatique, splénique, intestinale, on doit instituer un traitement énergique. Mauriac dit avoir vu des syphiloses abdominales guérir sous l'influence de l'iodure chez des malades que l'on croyait atteints de cancer.

L'observation de *syphilis héréditaire* rapportée plus haut et due à Bartels démontre amplement l'efficacité d'un traitement poursuivi.

Sans doute, au point de vue du diagnostic, l'augmentation de volume du foie et de la rate compliquée d'albuminurie n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic de dégénérescence amyloïde, mais, si les antécédents syphilitiques sont certains, aucune hésitation n'est possible. Lorsque le diagnostic est douteux, le traitement doit être également institué. En effet, si l'albuminurie de la période secondaire de la syphilis peut, ainsi que l'admet Mauriac, disparaître sans traitement, il n'y a pas d'exemple que les déterminations rénales de la syphilis invétérée puissent rétrocéder sans intervention thérapeutique. Le pronostic est donc toujours grave.

C. — GOMMES

Nous ne citons ici les gommés du rein que pour mémoire, car leur importance au point de vue clinique est à peu près nulle. Jamais on ne les trouve isolées dans cet organe, elles coïncident presque toujours avec des lésions de néphrite et de dégénérescence amyloïde. Des productions gommeuses s'observent en même temps dans le foie.

Elles occupent, soit la substance corticale (Cornil), soit les pyramides, rarement ces deux parties simultanément. Elles sont généralement très peu nombreuses, de la grosseur d'un gros pois ou d'une noisette. Exceptionnellement, on les a trouvées, comme les tubercules, de toutes dimensions depuis la grosseur d'une tête d'épingle. Elles sont nettement limitées, entourées d'une zone blanc grisâtre quelquefois très vasculaire. Le centre de ces gommés est d'une grande sécheresse et formé d'un tissu fibreux résistant. Cornil⁽¹⁾ en a signalé jusqu'à vingt dans le même organe; Axel Key, cité par Négel, en aurait compté jusqu'à soixante; Virchow, Beer, Borde, Wagner, Cornil, ont également observé des gommés suppurées.

Traitement. — Le traitement diffère suivant la variété de néphrite en observation. Les néphrites de la période secondaire, néphrites précoces, doivent être traitées au moyen des préparations hydrargyriques.

(1) V. CORNIL. *Leçons sur la syphilis*, 1879.

On doit procéder, dans l'administration des mercuriaux, avec une certaine prudence. Il convient, en effet, de tâter la susceptibilité de chaque malade et de mesurer aussi exactement que possible la perméabilité rénale. Par un traitement d'assaut institué sans mesure, on risquerait de déterminer une stomatite mercurielle sérieuse et interminable. Dans la thèse de Descoust, dans le travail de Négel, on trouve des observations très démonstratives où la guérison n'a été obtenue que par l'emploi des préparations mercurielles. Mauriac, Labadie-Lagrave, Horteloup, Wickham, Barthélemy, Fournier, Martinet, Cohadon, Chauffard, Dieulafoy, ont signalé des faits du même ordre. Les craintes de Senator et de Hardy ne paraissent donc nullement justifiées.

On peut être obligé de suspendre l'usage du mercure (observations de Perroud, Descoust); la suspension est toujours nécessaire, soit par une intolérance gastrique, soit par une stomatite mercurielle assez violente. Lorsque cette complication a pris fin, il arrive fréquemment que de nouvelles doses sont administrées sans inconvénient.

Il y a quelques années, Lecorché et Talamon⁽¹⁾ ont publié l'observation d'un malade atteint au huitième mois de la syphilis d'une néphrite avec anasarque et albuminurie abondante atteignant jusqu'à 19 grammes par litre. La médication antiphlogistique et le régime lacté échouèrent, l'albumine augmenta. Le malade fut alors soumis au traitement mercuriel (4 grammes d'onguent napolitain par jour en frictions), l'alimentation ordinaire fut autorisée. Pendant quatre mois, la même dose de mercure fut maintenue. A partir de ce moment, l'œdème diminua et le taux de l'albumine baissa progressivement. Au commencement du quatrième mois, on essaya d'interrompre les frictions, l'albumine remonta de 1 gr. 70 à 6 et 9 grammes par litre. Le traitement mercuriel fut de nouveau repris, et, vers la fin du cinquième mois, la guérison était complète; elle ne s'est pas démentie pendant les trois ans que le malade a été tenu en observation.

Ce fait est très probant parce que des examens successifs permirent de constater l'absence d'albuminurie, l'élimination suffisante des matériaux extractifs, et le retrait progressif du cœur, qui, pendant les premières phases de la néphrite, avait paru notablement dilaté.

Lecorché et Talamon préfèrent les frictions aux préparations mercurielles prises à l'intérieur. Dans l'observation de Descoust où la néphrite eut dès les premiers jours un caractère grave, la guérison ne fut également obtenue que par l'usage des frictions.

Mauriac redoute cette forme d'administration du mercure et pense que, dans presque tous les cas, l'iodure de potassium est le médicament qui convient le mieux. Il faudrait l'administrer à haute dose, à moins que l'état des fonctions digestives n'y mette obstacle. Nous croyons que dans le traitement des néphrites précoces, l'iodure est sinon nuisible, tout au moins insuffisant et qu'il y faut ajouter le mercure.

Le traitement ioduré est au contraire celui qui convient aux néphrites tardives de la syphilis, compliquées en général de dégénérescence amyloïde. L'iodure de potassium, le sirop iodo-tannique, la teinture d'iode de dix à trente gouttes par jour sont beaucoup plus actifs que l'iodure de sodium contre

(1) LECORCHÉ ET TALAMON. Syphilis brightique précoce. *Médecine moderne*, septembre 1891.

les manifestations syphilitiques tertiaires, les gommés, les inflammations avec induration et atrophie des organes, les infiltrations amyloïdes. L'emploi de ces médicaments peut être poursuivi pendant des mois, sans aucun inconvénient pour les malades.

Des observations très précises de Cadiat, Mauriac, Bartels, Fournier, Négel, Barthélemy, démontrent les effets vraiment remarquables de l'iodure qui peut enrayer, améliorer, guérir même des malades considérés comme perdus. Pour les formes tardives des néphrites, ainsi que pour les hépatites chroniques, on peut être obligé d'instituer cette médication à haute dose. Sans que le diagnostic étiologique soit nettement établi, l'amélioration consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium permet seule quelquefois d'affirmer l'origine syphilitique de la néphropathie. On ne doit renoncer au bénéfice de l'iodure que si les troubles intestinaux s'y opposent. En cas d'urémie, l'usage doit en être suspendu; une fois l'attaque passée, on n'y aura recours qu'après s'être assuré que le rein fonctionne normalement.

Ultérieurement les malades pourront profiter d'un traitement reconstituant ferrugineux ou phosphaté et de la cure hydro-thermale, eaux chlorurées sodiques fortes et eaux sulfureuses dont l'indication s'adresse à toutes les cachexies rénales (voir chap. XV et XVII).

CHAPITRE XX

CANCER DU REIN

Les observations de cancer du rein antérieures à la publication de l'ouvrage de Rayer sont peu nombreuses et n'offrent la plupart qu'un médiocre intérêt. Rayer met en doute la valeur des faits rapportés par Sennert et les observations de Seger et Th. Bonet contenues dans le livre de Chopart.

La première relation indiscutable est due à Miriel (1810); elle concerne une femme de trente-cinq ans qui se présenta à l'hôpital de Brest pour y faire ses couches. Après une exploration méthodique, on reconnut qu'elle n'était pas enceinte; elle mourut d'ailleurs le lendemain. On trouva une volumineuse tumeur du rein droit du poids de six livres et demie. Sur une section, cette tumeur offrait une certaine analogie avec la substance cérébrale.

Carraud, dans sa dissertation sur *la néphrite* (1815), publie une observation démontrant que le cancer du rein droit peut être confondu avec une maladie du foie; Renaudin fait voir que le cancer du rein gauche peut simuler une tumeur de la rate.

Des publications dont les plus importantes sont dues à Chomel, Béclard, Bouillaud, Cruveilhier, Rostan, établirent que le cancer du rein n'est pas une affection exceptionnelle. Gintrac, le premier, signale l'envahissement de la veine cave inférieure et de la veine azygos par la matière encéphaloïde.

Les vingt observations rassemblées par Rayer, démontrent que la maladie s'observe surtout chez les personnes âgées. Cependant, Houssard parle d'une femme de vingt-huit ans, Bennett d'un enfant de quatre ans, et T. Rance d'une