voit éclater des accidents semblables à ceux de la néphrite scarlatineuse, le médecin ne songe guère à rechercher la syphilis. C'est pourtant là, dans la pratique, une impérieuse obligation.

J'espère que les faits dont je viens de vous entretenir, vous préserveront efficacement de cette double erreur.

Le lait, le mercure et l'iodure de potassium constituent le traitement de la néphrite syphilitique dans toutes ses formes. Si l'individu est cachectique, vous ne le soumettrez pas au régime lacté absolu; vous associerez le lait, à la dose moyenne de deux litres par jour, avec une alimentation substantielle, et des toniques. Si la syphilis est à la période tertiaire, vous pourrez tenter la médication par l'iodure de potassium seul; mais, même dans ces conditions, le traitement mixte peut devenir nécessaire. Il est seul efficace, lorsque les accidents néphritiques apparaissent dans le cours de la syphilis secondaire. Il y a plus de vingt ans que j'ai indiqué cette règle thérapeutique, à propos de mes deux malades de l'hôpital de Lourcine, dont je vous ai parlé précédemment : quand j'ai reconnu, chez elles, l'existence de l'albuminurie, je leur ai donné pendant trois semaines l'iodure de potassium seul, à la dose de 4 grammes par jour; au bout de ce temps, je n'avais pas obtenu la moindre amélioration; j'ai ajouté alors le sublimé à l'iodure, et j'ai bientôt constaté un changement, qui a conduit à la guérison par une progression non interrompue. — Les frictions mercurielles, vous le savez sans doute, peuvent être substituées à l'administration interne du médicament.

---

# DIX-NEUVIÈME LEÇON

## SUR LA SYPHILIS RÉNALE

(SUITE)

(20 FÉVRIER 1886)

---

Suite de l'histoire de la malade. — Refus de traitement. — Diminution de la diurèse. — Ses causes. — Insuffisance urinaire. — Mort par urémie.

Résultats de l'autopsie. — État des reins. — Lésions anciennes. — Lésions récentes de néphrite diffuse aiguë. — Étude histologique de ces lésions. — Conclusion.

MESSIEURS,

Je dois compléter aujourd'hui l'histoire de la malade dont je vous ai parlé le 2 février dernier; elle a succombé à l'urémie dix jours plus tard, et la rapidité de l'événement est certainement imputable, au moins pour une part, à son indocilité absolue.

Vous vous rappelez qu'il s'agit d'une femme de soixante-dix ans, affectée de syphilis ancienne et de néphrite; vous vous rappelez aussi sans doute l'intérêt particulier du diagnostic de cette néphrite. Au premier abord, il semblait tout simple d'admettre une néphrite

chronique mixte à la fois parenchymateuse et interstitielle; mais un examen plus minutieux des caractères de l'urine, la connaissance de faits analogues contenus dans le mémoire de Wagner, nous imposaient bientôt une autre conclusion, et nous avons admis une néphrite diffuse aiguë à prédominance hémorrhagique, rattachant notre cas au groupe des huit observations mentionnées par Wagner sous le chef de mal de Bright aigu dans la syphilis tertiaire.

Le jour même de cette leçon, le 2 février, j'ai institué le traitement que voici : la malade n'étant pas cachectique, la polyurie qu'elle accusait dans ses antécédents étant nulle, l'abondance du sang et des éléments figurés dans l'urine indiquant à coup sûr la possibilité d'une obstruction rénale, j'ai prescrit le régime lacté absolu, et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Ce traitement n'a été suivi au complet que pendant deux jours; dès le troisième, la malade s'est refusée à prendre plus d'un litre de lait; deux jours plus tard, à raison de quelques phénomènes d'iodisme, elle refuse également l'iodure de potassium, et dès le lendemain, 7 février, son état présente une modification grave, que nous avions du reste pu prévoir d'après la diminution croissante de la quantité d'urine. Voici en effet ce que nous avions observé.

Du 1er au 2 février, la quantité d'urine avait été comme la veille de 1200 grammes. Du 2 au 3, premier jour du traitement, la diurèse atteint 1300 grammes; du 3 au 4, après deux jours de traitement complet, elle s'élève à 1750 grammes.



Ici commence la révolte de la malade; pour la journée du 4 au 5, il n'y a plus que 1500 grammes d'urine, et seulement 1300 pour la journée du 5 au 6. Cette décroissance, qui nous ramenait au point de départ, pouvait faire présager les plus graves accidents, car elle devait infailliblement s'accentuer encore, en raison de l'insuffisance du traitement. L'urine, en effet, était toujours chargée de sang, d'épithélium et de cylindres, toutes les conditions d'une obstruction rénale étaient présentes.

Pour ce qui est des caractères chimiques, ils ne différaient pas notablement de ceux qui avaient été constatés les premiers jours; l'augmentation de la quantité quotidienne de l'urée était le fait le plus saillant. Voici, du reste le tableau du 2 au 6 février.

| DATES. | QUANTITÉ. | DENSITÉ. | RÉACTION. | URÉE. | CHLORURES. | ALBUMINE. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Février 2 au 3. | 1300 | 1012 | Légèrement acide. | 9,99 | 10,34 | 5,46 |
| — 3 au 4.. | 1750 | 1011 | Neutre. | 11,20 | 11,55 | 6,12 |
| — 4 au 5.. | 1500 | 1010 | Neutre. | 10,56 | 9,60 | 5,55 |
| — 5 au 6.. | 1300 | 1012 | Neutre. | 10,82 | 7,02 | 6,48 |

L'aggravation prévue a été beaucoup plus rapide que je ne le présumais. Du 6 au 7 février, sans autre cause appréciable qu'une nouvelle diminution dans la quantité du lait ingéré, la malade a rendu seulement 500 grammes d'urine, d'une densité, de 1014, d'une réaction acide,

contenant 4gr,48 d'urée, — 3gr,14 de chlorures, — 4gr,92 d'albumine.

La coloration, de rouge qu'elle était dans les urines précédentes, est devenue d'un brun foncé; le dépôt très abondant est coloré en brun, il est compact, et se rassemble rapidement au fond du vase. Le microscope montre un nombre considérable de cylindres hyalins, de cylindres épithéliaux, de débris de cylindres; certains cylindres hyalins présentent une longueur et une largeur tout à fait insolites. Le dépôt contenait en outre une proportion considérable de globules rouges et de globules blancs, des débris épithéliaux des reins et des bassinets, des cellules épithéliales de la vessie.

D'après cet ensemble de modifications, il est évident qu'une nouvelle hémorrhagie s'est faite dans les reins, qu'une partie du sang a obstrué les tubuli, et que cette obstruction est la cause de la diminution énorme de l'urine, qui est tombée, en vingt-quatre heures, de 1300 à 500 grammes.

Ce jour même, 7 février, l'état de la malade présente un changement parallèle; sa langue se sèche, sa respiration devient fréquente et difficile. Je donne un drastique que je répète le lendemain, je fais faire des inhalations d'oxygène, mais tout cela est inutile. Le 8 février, on constate un peu de trouble dans les idées, la dyspnée augmente, la malade urine sous elle. Le 9, le délire se prononce, il est tranquille, mais continu; la miction est toujours involontaire.

Le 10 au matin, on retire de la vessie 150 grammes d'une urine trouble, colorée en brun foncé, et déposant abondamment; après filtration, le liquide devenait jaune



foncé. L'examen microscopique donnait les mêmes résultats que pour l'urine du 7 février, mais les globules rouges étaient moins nombreux.

La réaction de cette urine était très acide, la densité était de 1015, et pour cette quantité de 150 grammes, on trouvait 1gr,72 d'urée, — 0gr,96 de chlorures, — et 0gr,33 d'albumine. Si l'on rapporte ces chiffres à 1000 grammes d'urine on obtient 11gr,52 d'urée, — 6gr,46 de chlorures, — 2gr,24 d'albumine.

Le lendemain, 11 février, le délire a fait place au coma, et la malade a succombé le 12 à trois heures du matin.

L'urine recueillie le 11 par la sonde, était semblable à celle du 10, sauf que les globules rouges y étaient encore moins nombreux; les globules blancs étaient prédominants; les cylindres étaient très abondants.

Vous remarquerez de vous-mêmes, que les symptômes nouveaux, qui se sont montrés chez la malade à partir du 7 février, et qui l'ont si rapidement tuée, sont rigoureusement en rapport avec les modifications de la diurèse; ce sont des accidents d'insuffisance urinaire, des accidents d'urémie.

Pour plus de clarté, je reproduis ici en série non interrompue les analyses de l'urine.

La recherche de la peptone a été faite deux fois à quelques jours d'intervalle, le résultat a été positif dans les deux cas. — On n'a pas constaté la présence de la globuline.

| DATES. | QUANTITÉ. | DENSITÉ. | RÉACTION. | URÉE. | CHLORURES. | ALBUMINE. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Janv. 28 au 29. | 2200 | 1011 | Neutre. | 11,27 | 18,40 | 5,28 |
| — 29 au 30. | 1800 | 1010 | Neutre. | 8,08 | 15,84 | 5,04 |
| — 30 au 31. | 1750 | 1009 | Légèrement alcaline. | 7,84 | 13,72 | 4,37 |
| — 31 au 1er. | 1200 | 1012 | Légèrement alcaline. | 9,22 | 9,12 | 5,34 |
| Fév. 2 au 3. | 1300 | 1012 | Légèrement acide. | 9,99 | 10,34 | 5,46 |
| — 3 au 4.. | 1750 | 1011 | Neutre. | 11,20 | 11,55 | 6,12 |
| — 4 au 5.. | 1500 | 1010 | Neutre. | 10,56 | 9,60 | 5,55 |
| — 5 au 6.. | 1300 | 1012 | Neutre. | 10,82 | 7,02 | 6,48 |
| — 6 au 7.. | 500 | 1014 | Acide. | 4,48 | 3,14 | 4,92 |
| — 7 au 9.. (1) | .... | .... | ..... | .... | .... | ... |
| — 10. (2) | 150 | 1015 | Très acide. | 1,72 | 0,96 | 0,33 |

(1) L'urine n'a pas été recueillie.
(2) Urine retirée par la sonde.

L'autopsie, pratiquée le 13 février, a confirmé notre diagnostic, car à côté de lésions rénales anciennes dues à la sénilité, elle a montré les lésions diffuses et récentes d'une néphrite aiguë.

L'étude histologique des pièces a été faite avec le plus grand soin par notre chef des travaux anatomiques, M. Bourcy, et je consigne ici textuellement la note dans laquelle il a exposé les résultats de ses investigations.

« L'*encéphale* et ses enveloppes, le *foie*, la *rate*, le *tube digestif* sont indemnes de toute lésion.

» Les *poumons* sont très congestionnés, surtout en arrière et aux bases.

» Le *cœur* présente une légère hypertrophie intéressant



spécialement les parois ventriculaires gauches. L'endocarde et les valvules sont sains. — L'*aorte* offre de nombreuses plaques d'athérome à différents degrés d'évolution ; au niveau de la portion transversale de la crosse, et à l'origine des iliaques, les plaques calcaires sont particulièrement épaisses et étendues.

» Mais ce sont surtout les lésions rénales qui doivent nous arrêter.

» Les REINS sont de volume normal, parsemés à la surface de petits kystes atteignant à peine le volume d'un grain de millet, à l'exception de deux ou trois qui ont la grosseur d'un pois. Il y a, en outre, des dépressions irrégulières, étoilées, assez étendues, donnant à la surface convexe de l'organe un aspect légèrement mamelonné.

» La décortication est facile, car la capsule n'est adhérente qu'au niveau de ces dépressions.

» La coupe montre que les kystes sont tout à fait superficiels, et qu'il n'en existe aucun dans l'épaisseur du parenchyme.

» La substance corticale est blanc jaunâtre, d'apparence striée, semée de points rouges très fins, correspondant soit aux glomérules congestionnés, soit à de légères hémorrhagies.

» La substance médullaire est d'un rouge brun, et tranche vivement par sa coloration sur la précédente.

» Les altérations microscopiques sont des plus complexes ; *tous* les éléments sont plus ou moins atteints, d'où la nécessité d'une description méthodique.

» a. *Glomérules.* — Quelques glomérules, c'est l'exception, sont absolument sains; les autres sont diversement altérés.

» On trouve d'abord des lésions anciennes dues à un processus chronique; c'est le cas de glomérules ayant subi la dégénérescence fibreuse totale, transformés par conséquent en une petite sphère fibreuse, faisant corps avec la capsule également fibreuse, et envoyant dans divers sens des prolongements conjonctifs. Cette altération n'atteint pas toujours un degré aussi avancé; sur beaucoup de glomérules la dégénérescence fibreuse n'est que partielle; les anses vasculaires sont encore reconnaissables, et la capsule épaissie apparaît formée de couches concentriques, entre lesquelles se trouvent des éléments cellulaires conjonctifs.

» Bien autrement importantes et variées sont les altérations suivantes, de *date récente*, et dues à un *processus aigu;* ici, le glomérule est simplement congestionné, turgescent et remplissant exactement sa capsule; là, il y a une véritable *hémorrhagie* capsulaire, refoulant le glomérule contre une des parois de sa loge. — Sur un grand nombre de points, c'est une véritable *glomérulite*, caractérisée par la multiplication des noyaux glomérulaires, le gonflement et la multiplication de l'épithélium capsulaire, et un exsudat de substance protéique entre le peloton vasculaire et la capsule.

» Enfin, il y a aussi par places de la *périglomérulite:* une infiltration de cellules embryonnaires, tantôt très limitée, tantôt au contraire s'insinuant entre les tubuli et les dissociant, s'irradie autour des glomérules pris comme centres; cette infiltration ne revêt nulle part l'aspect



nodulaire, signalé dans les néphrites aiguës de certaines maladies infectieuses.

» b. *Tubes urinifères.* — Comme les glomérules, les tubuli présentent *deux ordres de lésions;* les unes *anciennes*, savoir l'épaississement de la paroi propre, et la production intertubulaire d'une gangue conjonctive; — les autres *récentes*, et diverses. C'est à ces dernières qu'il faut rattacher, au niveau des tubes contournés, le gonflement et la coalescence des cellules épithéliales, — la desquamation si active, qui tantôt montre la cavité du tube remplie par un détritus épithélial, tantôt, lorsque ce détritus a été entraîné, fait apparaître ce tube sous forme de vacuole, — la dégénérescence colloïde des cellules épithéliales, formant des globes protéiques qui, serrés ensuite dans la cavité des tubes, contribuent à la formation des cylindres hyalins, — la dégénérescence graisseuse de ces mêmes épithéliums, — enfin de très nombreuses hémorrhagies intra et extra-tubulaires.

» Telles sont les altérations des tubes contournés; en conséquence de ces altérations, les tubes excréteurs, qui paraissent peu malades pour leur propre compte, sont presque tous dilatés par suite de l'aplatissement de leur épithélium, refoulé par des produits venus de plus haut, c'est-à-dire par des cylindres de toutes les variétés, colloïdes ou hyalins, fibrineux, granuleux, épithéliaux, etc.

» c. *Vaisseaux.* — Les artères, quel qu'en soit le volume, sont toutes atteintes de lésions chroniques :

l'*endo-périartérite* est des plus manifestes sur les artères de petit calibre; la tunique interne est surtout atteinte, et la lumière du vaisseau est excessivement diminuée; — sur les grosses artères, c'est surtout la tunique adventice qui est épaissie. — De toutes ces artères comme centres, partent des travées conjonctives, qui, à peine marquées dans la substance corticale, acquièrent dans la substance médullaire un développement d'autant plus grand, que l'on se rapproche plus de la papille.

» Il n'y a nulle part trace de dégénérescence amyloïde.

» En résumé, de cet exposé complexe se dégagent les conclusions suivantes : il y a d'abord une ALTÉRATION ANCIENNE, une *sclérose rénale d'origine artérielle*, qui est caractérisée par l'endopériartérite, par la dégénérescence fibreuse des glomérules, et par l'épaississement général de la gangue conjonctive de l'organe. Cette altération est liée vraisemblablement à l'âge du sujet (*rein sénile*); cependant la syphilis, dont la prédilection pour les artères est si forte, n'a peut-être pas été étrangère à ce processus.

» Il y a de plus une ALTÉRATION RÉCENTE, une *néphrite diffuse* aiguë, dont la nature ne peut être précisée par l'anatomie seule, mais qui, en raison de l'intensité et de l'étendue des lésions, a dû rapidement, et presque complètement, supprimer la fonction rénale. »

Le diagnostic de la forme de néphrite était donc parfaitement exact; mon affirmation quant à l'obstruction rénale, comme point de départ des accidents graves, est nettement démontrée; le rapprochement que j'ai



établi, du vivant de la malade, entre ce fait et les cas de Wagner est parfaitement justifié, car dans notre cas comme dans ses cinq autopsies, nous avons constaté des lésions récentes totales, à la fois hémorrhagiques, catarrhales et interstitielles.

Vous reconnaîtrez sans doute avec moi que l'étude que nous venons de faire est féconde en enseignements utiles.

---