

SURRÉNALITÉ SYPHILITIQUE DE L'ADULTE.
PRÉSENCE DU TRÉPONÈME PALE,

par MM. Lucien JACQUET et SÉZARY.

Nous vous apportons la première constatation du tréponème de Schaudinn et Hoffmann dans les viscères de l'adulte.

Notre malade est un homme de soixante-six ans, qui a succombé en pleine période secondaire.

Entré dans le service quatre mois auparavant pour un chancre avec syphilide papuleuse des bourses, il présenta bientôt une éruption généralisée.

En même temps survenaient une asthénie grave qui le cloua au lit, de violentes douleurs des lombes et des membres inférieurs, de l'anorexie et des pigmentations cutanées.

Le traitement spécifique en eut raison et il sortit amélioré; peu après il rentra avec une récurrence de syphilides scrotales et de douleurs aux membres inférieurs; quelques jours plus tard il mourait d'apoplexie, due à une hémorragie cérébrale.

Nous avons examiné *très longuement*, avec une grande minutie, la plupart de ses organes et appareils: seuls, le poumon et les glandes surrénales nous ont paru lésés, celles-ci de façon très intéressante.

Elles sont énormes, dures, sans trace apparente d'altération cadavérique.

La sclérose y est manifeste et rayonne de la coque fibreuse, vers la substance médullaire. L'infiltration de lymphocytes, çà et là de type nodulaire, y est abondante (1); le pigment très augmenté.

Mais c'est surtout l'examen microbiologique, par la méthode de Levaditi, qui nous a apporté une constatation précieuse: les tréponèmes pâles abondent dans ces glandes, *et dans ces glandes seulement*.

Nombreux surtout dans la zone fasciculée, ils siègent à l'intérieur des cellules ou hors d'elles et forment des amas dans les mailles conjonctives; on en voit peu dans les vaisseaux. Ils ne sont pas tous franchement spirales; un assez grand nombre d'entre eux sont comme *étirés* et granuleux; certains sont étirés et granuleux dans une partie de leur longueur, nettement spirales dans l'autre. Schaudinn a signalé déjà ces deux aspects, qui semblent correspondre à une phase de moindre vitalité du microorganisme.

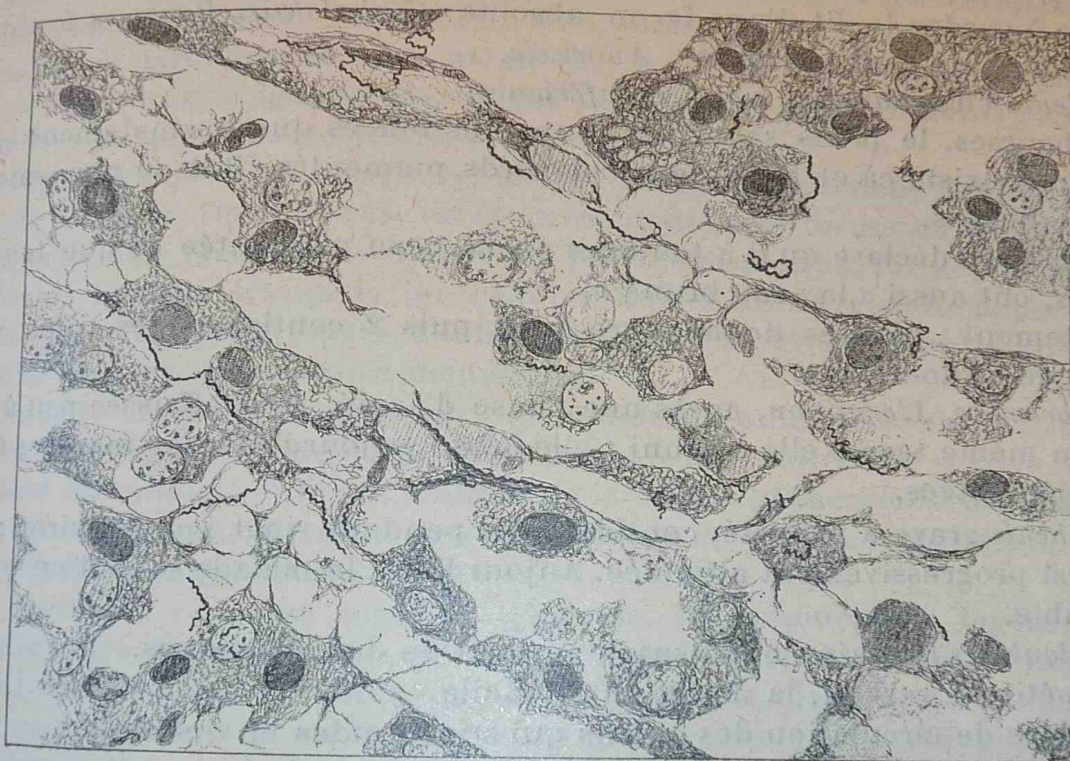
La substance médullaire n'en renferme pas.
Pas plus que dans les autres organes, nous n'en avons trouvé trace

(1) M. Bigart a bien voulu examiner avec nous ces organes et nous donner le concours de sa compétence spéciale: nous sommes heureux de l'en remercier.

dans les nombreuses coupes, une vingtaine environ, faites aux dépens de trois des syphilomes du scrotum, et de deux glandes inguinales.

La surrénalité syphilitique, dont on a cité déjà depuis longtemps quelques observations cliniques, a donc désormais une base étiologique précise, et il est possible qu'elle joue un rôle dans la pathogénie des localisations spécifiques.

L'infection des surrénales par le micro-organisme de la syphilis, avait d'ailleurs peut-être été préparée et facilitée par une légère atteinte antérieure, d'origine tuberculeuse, car notre malade, dont le poumon



H. Gillet

Couche fasciculée de la capsule surrénale, avec de nombreux tréponèmes pâles.

droit était lésé, présentait d'ancienne date, comme on le verra plus loin, quelques pigmentations anormales.

Voici l'observation clinique anatomique et microbiologique détaillée.

OBSERVATION. — D..., âgé de soixante-six ans, ébéniste, entre le 20 septembre 1905, salle Aran, pour syphilides papulo-érosives du scrotum.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires.

En 1871, ayant failli être fusillé, il eut une jaunisse qui dura deux ou trois mois et s'accompagna de grandes douleurs abdominales.

Marié, il a eu douze enfants, dont cinq seulement vivent actuellement : quatre sont morts à l'âge de trois à quatre mois, trois autres ont péri à la suite d'accidents.

En février 1905, il est traité chez M. Le Noir pour tuberculose du poumon droit.

Les syphilides qu'il présente actuellement ont débuté il y a deux mois. On constate un phimosis, qui serait congénital, et un écoulement séro-purulent qui suinte entre le gland et le prépuce. On perçoit à la palpation deux nodules indurés, très probablement développés sur le gland. Adénopathie inguinale double caractéristique.

Réflexes rotuliens normaux : pas d'Argyll, pas de Romberg.

Craquements humides au sommet droit.

Les pointes de feu qu'on a appliquées chez M. Le Noir ont laissé des cicatrices très pigmentées.

Le 22 septembre on constate une éruption de syphilides papuleuses généralisées. Asthénie sérieuse qui rapidement progresse et en quelques jours oblige le malade à garder le lit d'une façon absolue. Céphalalgie. Douleurs lombaires. Pas d'albumine dans les urines. Anorexie.

Douleurs vives dans les membres inférieurs.

Les bourses, le pénis sont beaucoup plus foncés que normalement et sur la peau, il existe çà et là de petits placards pigmentés. Pas de pigmentation des muqueuses.

Le malade déclare qu'il a toujours eu la peau pigmentée et que tous ses enfants, ont aussi « la peau brune ».

Traitement : piqûres de biiodure de 1, puis 2 centigrammes, puis vingt pilules de proto-iodure.

15 novembre. L'éruption, après une phase d'acmé, s'est affaïssée peu à peu, mais en même temps elle a bruni : elle laisse aujourd'hui des macules fortement pigmentées.

L'asthénie grave a persisté, considérable, pendant vingt jours environ; puis elle s'est progressivement atténuée. Aujourd'hui, le malade se sent encore un peu faible.

Les douleurs lombaires ont disparu au bout de deux semaines.

L'appétit est revenu, la digestion est facile.

Troubles de circulation des mains qui sont froides et violettes.

Les syphilomes du scrotum sont complètement guéris.

A la fin de novembre, D... sort en bon état.

Le 14 janvier 1906, il rentre dans le service pour sa bronchite dont les signes stéthoscopiques ont peu varié.

De nouvelles papules scrotales ont réapparu depuis un mois.

Les régions pigmentées persistent, de même que les reliquats pigmentés des syphilides.

Encore quelques douleurs dans les membres inférieurs.

Avant qu'on n'ait fait aucun traitement, le malade est pris, le 15 janvier au soir, d'hémiplégie droite avec aphasie, sans ictus. Il meurt quelques heures après.

L'AUTOPSIE a été faite vingt-six heures après le décès : Hémorragie cérébrale gauche, avec inondation ventriculaire. Tuberculose limitée au sommet du poumon droit, en voie de transformation calcaire et scléreuse. Capsules surrénales volumineuses, dures, paraissant bien conservées et sans nulle altération cadavérique.

Nous avons examiné au point de vue histologique et microbiologique la plupart des viscères.

En présence du syndrome addisonien fruste, mais net, qu'avait présenté le malade, tuberculeux et syphilitique secondaire, l'étude des capsules surrénales nous a paru du plus haut intérêt.

Macroscopiquement, les glandes sont volumineuses, l'une d'elles pesait 25 grammes avec sa capsule adipeuse; leur consistance est ferme et non friable.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE.

a) *Lésions interstitielles*. — La *coque fibreuse* qui entoure la glande est considérablement augmentée d'épaisseur et infiltrée de cellules jeunes. De sa face profonde se détachent des *travées fibreuses* qui étouffent les cellules de la couche glomérulaire et descendent au milieu des travées cellulaires de la fasciculée. Il part aussi de cette même face profonde de la coque fibreuse, des *trainées d'infiltration lymphocytaire*, qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans la substance corticale.

Des *foyers d'infiltration lymphocytaire* se trouvent également dans la profondeur de l'organe : par places, ils se présentent sous forme de trainées dans l'intervalle des faisceaux cellulaires, par places sous forme de nodules confluents au sein desquels les cellules nobles de la glande apparaissent comme étouffées. Ces foyers d'infiltration se retrouvent dans la substance corticale et dans la substance médullaire.

Dans cette dernière, ils sont surtout nombreux autour des veines; en particulier la tunique externe de la veine centrale est infiltrée de lymphocytes.

b) *État des cellules*. — 1° Les cellules de la *couche glomérulaire* ont disparu à peu près totalement, étouffées par les travées de sclérose partant de la face profonde de la coque fibreuse.

2° *Fasciculée*. — D'une manière générale, hypoépinéphrie légère : l'état spongiocytaire des cellules ne persiste que dans quelques zones (l'imprégnation à l'acide osmique a montré qu'elles contiennent de la graisse indélébile).

Les cellules des régions infiltrées de leucocytes sont en hypoépinéphrie manifeste : elles sont ratatinées, leur protoplasma est homogène.

3° Dans la *couche réticulée*, augmentation considérable du pigment qui occupe environ 8 à 10 assises de cellules, au lieu de 2 à 3.

4° Les cellules de la *substance médullaire* sont rétractées (signe d'hypoépinéphrie, pour Bernard et Bigart).

La coloration au Van Gieson, l'imprégnation à l'acide osmique ont confirmé les données précédentes.

La coloration au Violet de Paris a montré l'absence de dégénérescence amyloïde.

En résumé, il ne s'agit ni d'une glande tuberculeuse à cellules géantes, ni d'une capsule répondant au type décrit par Bernard et Bigard chez les tuberculeux, mais l'organe présente des lésions qui sont essentiellement *une sclérose rayonnant de la périphérie au centre de la coque fibreuse vers la substance médullaire et une infiltration lymphocytaire, à aspect nodulaire par places*. De telles lésions rappellent le processus syphilitique.

EXAMEN MICROBIOLOGIQUE. — A. Nous avons recherché le bacille de Koch sur les coupes : *résultat négatif*.

B. Suivant la méthode de Levaditi, nous avons cherché le tréponème pâle. Nous l'avons rencontré en abondance dans le parenchyme glandulaire.

Dans la très épaisse *coque fibreuse* il y a extrêmement peu de parasites; c'est à peine si nous en avons vu deux, au cours de nos très multiples examens, dans sa partie la plus profonde au voisinage des cellules glandulaires de la fasciculée (la glomérulaire ayant disparu, comme nous l'avons dit).

Immédiatement dedans de cette coque, dans la zone fasciculée apparaissent de très nombreux parasites. On en voit à l'intérieur des cellules, aussi bien de celles dont le protoplasma est homogène que de celles qui sont vacuolaires. D'autres parasites sont en bordure des cellules. Il en existe également dans les mailles du tissu conjonctif, qui tend à dissocier les travées cellulaires; par places, ils sont en amas et enchevêtrés. On n'en voit qu'exceptionnellement dans la lumière des capillaires. Des tréponèmes se distinguent dans les foyers d'infiltration lymphocytaire; mais ce n'est pas là qu'ils sont le plus nombreux. D'ailleurs, sur une même coupe, et dans des régions histologiquement identiques, leur répartition est très inégale: dans deux points que séparaient seulement quelques travées cellulaires, nous avons pu compter 35 tréponèmes dans le premier et 2 dans le second; dans certains champs nous n'en avons même pas vu.

C'est dans la zone fasciculée que les parasites nous ont paru le plus abondants. Dans la zone réticulée nous les avons retrouvés, un peu moins nombreux, à l'intérieur ou en bordure des cellules pigmentées, et dans le tissu conjonctif. Dans les capillaires dilatés, nous n'avons vu qu'un seul parasite.

Pas de tréponèmes dans le tissu lipomateux péricapsulaire.

Examen des autres régions (méthode de Levaditi).

Papules scrotales. — Trois syphilomes ont été examinés. Malgré le grand nombre de coupes étudiées, nous n'avons retrouvé le tréponème, ni dans les vaisseaux dilatés, ni dans l'infiltrat lymphocytaire, ni dans le tissu conjonctif, ni dans les glandes de la peau, ni dans les strates épidermiques. Les coupes faites à la périphérie des papules ne contenaient pas non plus de parasites.

Ganglions inguinaux. — Deux ganglions ont été examinés sans que nous ayons pu découvrir un seul spirillacée.

Rate. — Des coupes ont été faites dans des parcelles de rate prélevées en des régions différentes: le résultat des recherches a été négatif en ce qui concerne le tréponème.

Foie. — Pas de parasites.

Reins. — Pas de parasites.

Pancréas. — Pas de parasites.

Poumons. — Histologiquement, larges bandes de sclérose circonscrivant des blocs calcaires. Infiltration lymphocytaire et cellules géantes par places. Pas de parasites.

Corps thyroïde. — Pas de parasites.

Testicule. — Pas de parasites.

Cerveau. — Au milieu des fibrilles nerveuses imprégnées à l'argent, plus ou moins irrégulièrement spiralées et qu'on peut suivre sur des coupes un peu

épaisses pendant une longue partie de leur trajet; nous n'avons pas distingué de tréponèmes.

Moelle épinière. — Pas de tréponèmes.

M. EDG. HIRTZ. Je demanderai à M. Jacquet quel était l'état de l'aorte. Y avait-il des plaques athéromateuses?

On sait, en effet, combien les aortites chroniques sont fréquentes à la suite de la syphilis.

On pourrait saisir, de cette façon, le lien entre les aortites et la syphilis, lien qui paraît être une lésion des capsules surrénales. Le cas si intéressant de M. Jacquet réaliserait, dans cet ordre d'idées, une véritable expérience.

M. L. JACQUET. Notre observation, aux points de vue clinique et anatomo-pathologique, est malheureusement bien incomplète : nous ne prévoyions pas que ce cas dût présenter pour nous un tel intérêt.

Nous n'avons pas noté l'état de la crosse aortique et n'avons, à cet égard, nul souvenir. Par contre, il est certain que l'aorte thoracique était fort athéromateuse. Et notre malade ayant succombé à une hémorragie cérébrale, on peut tenir pour assuré que son appareil vasculaire était en fort mauvais état.

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

MM CHAUFFARD et RIVET. — Porencéphalie d'origine traumatique. Mort par état de mal épileptique.

MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Éruption médicamenteuse par l'eau de laurier-cerise et la belladone, métastase bronchique.

MM. EDG. HIRTZ et HENRI LEMAIRE. — Anévrisme de l'aorte et symptômes œsophagiens.

M. PAUL FERRIER, présenté par M. ÉMILE SERGENT. — Traitement de la tuberculose par la recalcification.

M. VARIOT. — Un nouveau cas de microsphygmie permanente sans lésion cardiaque, avec ichthyose congénitale et débilité mentale.

Le Gérant : O. PORÉE.