d'origine nasale ou laryngée, (végétation, croup, etc.) et toutes celles mentionnées plus haut comme pouvant déterminer l'asthme symptomatique, particulièrement la tuberculose bronchique.

L'exploration du cœur et des poumons, et le peu d'intensité de la fièvre dans beaucoup de cas d'asthme, permettront d'exclure l'endo-péricardite et les affections inflammatoires du poumon et de la plèvre, mais on pourra quelquefois prendre une crise d'asthme pour le début d'une *bronchite capillaire* surtout chez les petits enfants; la brusque amélioration des symptômes, et plus tard la répétition des accès éclaireront le diagnostic.

L'expectoration de cylindres membraneux empêchera de prendre pour l'asthme la *bronchite fibrineuse* à forme dyspnéique.

PRONOSTIC. — L'apparition d'une crise d'asthme, surtout chez un héréditaire, est toujours d'un pronostic sérieux, car il est à craindre que l'enfant ne reste toute sa vie sujet à la maladie. Brissaud (2) insiste cependant sur la bénignité relative de l'asthme infantile, qui persisterait rarement au delà de la puberté, ne laissant après lui qu'un état emphysémateux du poumon sans crises aiguës de dyspnée. Comby estime que quand l'asthme a débuté de bonne heure, il peut s'atténuer plus tard et parfois même disparaître complètement, mais cette heureuse terminaison ne peut plus être espérée si la maladie ne s'est déclarée que dans la seconde enfance ou l'adolescence.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'asthme infantile ne présente pas d'indications spéciales. L'iodure de potassium (0,10 à 0,30 par jour), la teinture de lobelia (1,0 à 2,0 de la seconde enfance), les préparations arsénicales, sont les médicaments les plus usités. Si on soupçonne que la maladie a une origine palustre, on prescrira la quinine. Les alcalins seront indiqués contre l'arthritisme. On recourra également aux cures thermales (la Bourboule, le Mont-Dore, les Eaux-Bonnes). On recommandera d'éviter toutes les causes de refroidissement et on aguerrira l'enfant contre ceux-ci par l'usage de l'hydrothérapie.

Les crises de dyspnée seront combattues par l'administration d'un vomitif, par les révulsifs, par l'inhalation de quelques gouttes de pyridine, par l'injection sous-cutanée d'une faible dose de morphine, etc.

(2) Brissaud, *L'hygiène des asthmatiques*, Paris, 1896.

SIXIÈME PARTIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES REINS.

Les maladies des reins jouent un rôle important dans la pathologie infantile; néanmoins, comme la plupart d'entre elles présentent les mêmes caractères que chez l'adulte, nous ne les décrirons pas en détail et nous nous bornerons à mettre en relief ce qui chez elles se rapporte plus particulièrement à l'enfance.

Nous donnons ici, d'après Lorey (1), le tableau des poids de la rate et des reins de l'enfant, aux différents âges :

	Rate.	Reins.
0 à 2 mois	14,6	25,6
2 à 4 mois	12,1	39,9
4 à 6 mois	13,0	38,5
6 à 9 mois	14,0	51,8
9 à 12 mois	22	59
1 an à 1 1/2 an	25	62
1 1/2 an à 2 ans	30,4	71
2 1/2 ans à 3 ans	36,6	91
3 à 4 ans	44	99
à 6 ans	60	109

ALBUMINURIE CYCLIQUE

Entrevue par Vogel (2) et par W. Gull (3), décrite par Moxon (4) sous le nom d'albuminurie des adolescents, l'albuminurie cyclique a été reconnue comme une maladie distincte des néphrites par Pavy (5) en 1885. Sa fréquence chez les enfants ressort de nombreuses publications, en particulier de celle d'Heubner (6), qui en cite 30 observations, dont 13 personnelles. Keller (7) à lui seul en a publié 18 cas. L'un de nous, M. D'Espine, a pu en suivre la marche pendant plusieurs années jusqu'à la guérison complète chez deux sœurs nées d'un père arthritique et d'une mère nerveuse.

(1) Lorey, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1878, XII, p. 260.
(2) Vogel, *Virchow's Handb. der Spec. Path. u. Th.*, 1865, t. VI, p. 52.
(3) W. Gull, *Lancet*, 1873, t. I, p. 808.
(4) Moxon, *Guy's Hosp. Rep.*, 1878, vol. XXIII, p. 233.
(5) Pavy, *Lancet*, 1885, t. II, p. 706.
(6) Heubner, *Festschr. an Henoch.*, 1890, p. 170.
(7) Keller, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1898, t. XLVII, p. 466.

ÉTIOLOGIE. — **Age.** — La maladie de Pavy a été observée aussi souvent chez les enfants de dix à quinze ans que chez les adolescents de quinze à vingt-cinq ans. Parmi les cas que cite Pavy, l'enfant le plus jeune était âgé de neuf ans.

Sexe. — La prédisposition spéciale du sexe masculin signalée pour les adolescents n'existe pas pour les enfants (Dubreuilh) (1). Heubner (2), sur treize cas d'albuminurie cyclique infantile, en a observé dix chez des filles.

Hérédité. — L'influence héréditaire nous paraît jouer un rôle important dans la maladie de Pavy. Moxon fait ressortir l'influence familiale dans trois cas. J. Teissier (3) dit avoir constaté cinq ou six fois l'albuminurie intermittente chez tous les enfants d'une même famille. Heubner cite trois sœurs atteintes d'albuminurie cyclique (4), Lécorché et Talamon (5) rapportent l'histoire de deux sœurs atteintes de la même maladie, dont le père et la grand'mère paternelle avaient succombé au mal de Bright, et dont la grand'mère maternelle était albuminurique.

L'hérédité arthritico-nerveuse ressort de notre observation ; l'arthritisme a été relevé chez les parents de tous les malades de Teissier.

Maladies antérieures. — Parmi les antécédents personnels des malades, on trouve souvent comme cause déterminante ou occasionnelle une maladie infectieuse, une scarlatine, une grippe, une angine, etc. D'autres fois, ce sont des antécédents nerveux d'hystérie ou de neurasthénie. Parfois enfin, la cause reste obscure.

SYMPTOMES. — L'albuminurie intermittente ou cyclique peut exister chez des enfants bien portants en apparence. Néanmoins, dans la majorité des cas, on a constaté de la pâleur des téguments; les enfants ont un état de langueur spécial, signalé déjà par Gull et depuis lors par la plupart des observateurs; cet état est caractérisé par la lassitude corporelle et la paresse pour les travaux intellectuels. Les petits malades sont parfois sujets à des douleurs dans la tête, dans le rachis ou dans les membres et aux vertiges.

L'albumine est peu abondante dans l'urine ; elle ne dépasse jamais et atteint rarement un gramme par litre ; elle varie habituellement de 0,25 à 0,50 pour 1000. L'urine est habituellement très dense et s'accompagne souvent d'une excrétion exagérée d'urates et d'urée.

L'albuminurie *disparaît la nuit pendant que le malade est couché*; elle commence à se montrer peu après le lever et atteint son maximum

(1) Dubreuilh, *Rev. de méd.*, 1887, p. 693.
(2) Heubner, *Ueber chronische Nephritis und Albuminurie in Kindesalter.* Berlin, 1897, p. 70.
(3) J. Teissier, *Assoc. franç. pour l'avanc. des Sc., Congrès de Grenoble*, 1885. — *Régime des albuminuriques.* Paris, 1895.
(4) Voir : Schön, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, XLI, p. 307.
(5) Lécorché et Talamon, *Notes cliniques sur l'albuminurie.* Paris, 1891, p. 190.

en général dans l'après-midi. Heubner rapporte le fait d'un enfant atteint d'une albuminurie cyclique qui disparut complètement pendant neuf mois pendant lesquels le malade fut maintenu au lit et reparut le jour même où il se leva pour la première fois.

L'urine examinée au microscope après avoir été centrifugée ne contient jamais de globules sanguins et presque jamais de cylindres ; ce résultat négatif permet après un certain nombre d'examens d'exclure une néphrite chronique.

L'hypertrophie du cœur, les troubles rétiniens, l'anasarque n'ont pas été observés dans le cours de la maladie de Pavy.

MARCHE. — PRONOSTIC. — La durée de l'albuminurie cyclique peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années. Elle ne se transforme pas à la longue en maladie de Bright, quoique plusieurs médecins, tels que Johnson et Engel, aient considéré leurs malades comme des candidats à la néphrite interstitielle. Les deux enfants que nous avons observées sont entièrement guéries depuis plus de deux ans.

TRAITEMENT. — Le régime lacté exclusif augmente l'albuminurie en affaiblissant les enfants (Lécorché et Talamon). Le repos au lit n'amène qu'une suspension momentanée du symptôme morbide. Aussi tous les auteurs s'accordent à ordonner une vie normale, permettant la continuation des études, un exercice musculaire modéré au grand air. Le froid humide paraît être dangereux, aussi avons-nous, comme Teissier, Moxon et Rendall, souvent recommandé le séjour au bord de la Méditerranée en hiver.

L'alimentation doit être variée, tonique et réparatrice. L'usage des œufs sera conseillé, car, d'après les observations de Teissier (1), avec cette alimentation la quantité d'albumine rendue diminue plus tôt. Le beurre frais est recommandé également.

Il sera prudent de faire porter à l'enfant de la flanelle, en particulier sur le ventre et autour des reins.

MALADIE DE BRIGHT.

La maladie de Bright se distingue des albuminuries fébriles, mécaniques ou cycliques, par la production de lésions inflammatoires diffuses, qui sont à la fois interstitielles et épithéliales. Dans la forme aiguë, la néphrite est toujours mixte; dans la forme chronique, elle l'est souvent aussi; néanmoins la prédominance des lésions du tissu conjonctif ou de l'appareil glandulaire permet de distinguer cliniquement, dans un certain nombre de cas, une néphrite interstitielle et une néphrite parenchymateuse.

(1) Voir : Merley, *Thèse de Lyon*, 1887.

ÉTIOLOGIE. — **Age.** — La maladie de Bright est commune dans l'enfance. D'après Steiner et Neuretter, qui ont recueilli à l'hôpital des Enfants de Prague 265 cas de maladie de Bright constatée à l'autopsie, cette affection est fréquente chez l'enfant surtout entre deux et huit ans. Elle peut se rencontrer déjà dès les premiers jours de la vie ; Parrot attribue à l'urémie quelques-uns des accidents nerveux observés chez les nouveau-nés atteints d'athrepsie ; il a trouvé à l'autopsie de ceux d'entre eux qui avaient succombé à ces accidents une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli, une thrombose des veines rénales et des infarctus uriques. Cahen (1) a constaté des lésions de la néphrite parenchymateuse à l'autopsie de plusieurs nouveau-nés qui avaient présenté pendant la vie de l'albuminurie et des accidents cérébraux.

Nous avons décrit plus haut l'*albuminurie du nouveau-né* (p. 16) et nous avons admis que, tout en étant transitoire, elle pouvait créer une prédisposition à la néphrite.

Hérédité. — La prédisposition héréditaire joue un rôle non seulement dans les premiers jours de la vie, mais peut s'étendre à toute l'enfance et explique pourquoi les complications rénales sont plus fréquentes dans certaines familles que dans d'autres. Dickinson a observé 18 cas de mal de Bright, répartis sur trois générations de la même famille. Eichhorst et J. Kidd ont cité des cas analogues.

Maladies infectieuses. — La *scarlatine* est de toutes les maladies infectieuses celle qui se complique le plus souvent d'une néphrite diffuse, qui peut être aiguë ou subaiguë et se transforme pourtant rarement en mal de Bright chronique (Voir p. 73).

On a observé également, mais plus rarement, des néphrites diffuses, après la *rougeole*, la *variole*, la *varicelle* (Voir p. 136).

Perl (2) a vu une néphrite aiguë survenir chez un enfant de vingt-trois mois le cinquième jour d'une *vaccination*.

L'albuminurie de la *diphtérie* est presque toujours d'origine toxique ; elle est passagère et ne se transforme qu'exceptionnellement en maladie de Bright (Voir p. 188).

Il en est de même pour l'albuminurie de la *fièvre typhoïde*, quoiqu'on ait cité quelques cas de maladie de Bright consécutifs à cette affection (Geier) (3).

La néphrite diffuse peut compliquer exceptionnellement chez l'enfant la *coqueluche* [Lokkenberg (4), Mettenheimer (5)] et plus rarement encore les *oreillons* (Voir p. 259).

Koplik (6) considère la néphrite comme plus fréquente qu'on ne

(1) Cahen, *Union méd.*, t. VII, 1853, p. 589 et 595.
(2) Perl, *Berl. klin. Woch.*, 10 juillet 1893.
(3) Geier, *Thèse d'Heidelberg*, 1888.
(4) Lokkenberg, *Vratch*, 1892, p. 1306.
(5) Mettenheimer, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1891, t. XXXI, p. 379.
(6) Koplik, *Med. Rec.*, 1899, t. I, p. 451.

croit au cours de la *gastro-entérite* infantile ; il l'a constatée dans un grand nombre de cas ; si elle ne se traduit souvent que par l'albuminurie, elle serait cause dans les cas graves de l'œdème des jambes et d'une plus grande persistance des vomissements qui ne céderaient plus au lavage de l'estomac et à la diète.

Nous avons mentionné plus haut (p. 608) la néphrite aiguë comme complication de l'*angine à streptocoques*.

Pour la néphrite chronique d'emblée, la *malaria* est un facteur étiologique important chez l'enfant (Rilliet et Barthez, Ferreira) (1).

Il en est de même des *suppurations chroniques* du poumon, de la plèvre, des os, qu'elles soient dues à la tuberculose ou à d'autres infections. On trouve généralement dans ces cas-là, à l'autopsie, une néphrite parenchymateuse pure ou compliquée de dégénérescence amyloïde.

La *syphilis héréditaire* est rarement une cause du mal de Bright. Bradley (2) a constaté une néphrite parenchymateuse chez un enfant de quatre mois, atteint d'un psoriasis syphilitique ; elle guérit sous l'influence du calomel. Hock (3) a observé le même fait chez un enfant de deux mois atteint d'érythème syphilitique ; l'albuminurie était au début accompagnée d'anasarque et persista quatre mois au moins après ; sa quantité augmentait dès qu'on cessait le traitement mercuriel. Coupland (4) cite un cas de néphrite parenchymateuse chronique qui détermina la mort chez une jeune fille de treize ans, atteinte de syphilis héréditaire tardive. Massolongo (5) a constaté, à l'autopsie d'une fillette syphilitique de six mois qui avait présenté tous les symptômes de la maladie de Bright, une *néphrite interstitielle* avec artérite spécifique qui avait rétréci la lumière des vaisseaux et déterminé par places de la thrombose.

Signalons encore, parmi les causes du mal de Bright, la *maladie de Werlhof* ; nous en donnons plus loin une observation personnelle et Moussous (6) et Henoch en ont rapporté chacun un exemple.

Maladies cutanées. — L'*eczéma généralisé* est une cause de néphrite chronique dans la première enfance. L'un de nous, M. D'Espine, a observé un cas de néphrite albumineuse avec cylindres hyalins, leucocytes, globules rouges dans les urines et anasarque revenant à plusieurs reprises, chez un garçon de deux ans atteint d'eczéma généralisé depuis l'âge de trois mois. Chaque poussée nouvelle du côté de la peau s'accompagnait d'une excerbation du côté des reins. La néphrite n'a disparu qu'après deux ans de soins continus. Le bord de la mer et la chaleur paraissent avoir été les agents théra-

(1) Ferreira, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1893, p. 97.
(2) Bradley, *Brit. med. Journ.*, 1871, t. I, p. 116.
(3) Hock, *Wien. med. Presse*, 1895, n° 44.
(4) Coupland, *Lancet*, 1880, t. I, p. 131.
(5) Massolongo, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1894, p. 1148.
(6) Moussous, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 62.

peutiques les plus efficaces; l'enfant a pris également pendant plusieurs mois deux gouttes d'ichtyol par jour. Rilliet et Barthez (1) avaient déjà cité un cas de maladie de Bright, survenu chez un enfant de deux ans atteint d'eczéma depuis l'âge de six semaines. Nous mentionnerons encore les observations semblables d'Hirschprung (2), de Canali (3) et de Felici (4).

Si l'on peut admettre en pareil cas une irritation réflexe sur les vaisseaux du rein, il faut tenir compte aussi de l'infection microbienne qui peut se produire sur une peau dénudée. C'est la seule explication plausible de l'observation suivante due à M. D'Espine :

Un petit garçon de neuf mois présentait depuis un an deux mois, comme seul phénomène morbide, un eczéma intertrigo généralisé, qui avait été traité avec succès par les enveloppements humides à l'eau boriquée. Le traitement fut abandonné pendant un certain temps et, quand l'enfant fut revu, on constata une sécrétion purulente à la surface de la peau au siège de l'intertrigo. L'enfant était somnolent, ne présentait pas de fièvre ; il n'avait pas rendu une goutte d'urine. Il présentait sur le tronc un rash à macules rouges, qui fut considéré comme de nature urémique. Il fut pris d'une attaque de convulsions et succomba dans le coma, un ou deux jours après le début des accidents. A l'autopsie, la vessie était vide, ratatinée; les reins étaient congestionnés et augmentés de volume, ils présentaient à l'examen microscopique les lésions de la néphrite parenchymateuse aiguë diffuse avec petites hémorragies interstitielles. La rate était un peu augmentée de volume et présentait les caractères de la rate infectieuse.

Intoxications. — Nous ne faisons que rappeler ici l'action délétère qu'exerce sur les reins le *chlorate de potasse*, donné à trop hautes doses. (Voir p. 50.) Pour le *mercure*, l'enfant présente une certaine tolérance; néanmoins, il ne faut pas oublier que l'abus du calomel et surtout l'emploi de bains de sublimé à des doses trop fortes chez les nouveau-nés à peau dénudée peut entraîner une néphrite parenchymateuse aiguë.

Les *vésicatoires* trop étendus, les badigeonnages de *teinture d'iode* faits sur une large surface (Simon et Regnard) (5) ont parfois donné lieu à de l'albuminurie chez l'enfant. Henoch (6) a observé la néphrite chez deux enfants de six à sept ans à la suite de frictions généralisées avec le baume du Pérou employées pour le traitement de la gale. Les frictions au styrax et au naphtol ont été également incriminées.

(1) Rilliet et Barthez, 1853, t. II, p. 63.
(2) Hirschsprung, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1883, t. XIX, p. 417.
(3) Canali, *Arch. di Pediatria*, mars 1891.
(4) Felici, *Ibid.*, mars 1892.
(5) Simon et Regnard, *Soc. méd. des hôp.*, 28 avril 1896.
(6) Henoch, *Charité Annalen*, 1888, t. XIII, p. 642.

Refroidissement. — Le mal de Bright, quoique habituellement secondaire, est plus souvent primitif dans le jeune âge que chez l'adulte. Barthez et Sanné (1) ont pu établir dans presque tous les cas qu'ils ont observés l'origine *à frigore*. Il y en a néanmoins qui ne rentrent pas dans cette étiologie et dont l'origine reste obscure.

DESCRIPTION. — **Forme aiguë.** — Le mal de Bright aigu a été décrit à propos de la néphrite scarlatineuse (Voir p. 73). Nous n'y reviendrons pas.

Formes chroniques. — NÉPHRITE MIXTE. — Le mal de Bright chronique chez l'enfant présente en général au début la forme clinique de la néphrite parenchymateuse, mais à la longue il se complique presque toujours de néphrite interstitielle. Nous donnerons comme type de cette *forme mixte* l'observation suivante recueillie par M. D'Espine :

Un garçon de quinze ans, habituellement très anémique, est pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs dans les reins et d'une anasarque qui a commencé à la fois aux malléoles et aux paupières. L'urine est louche, un peu sanguinolente, elle présente une densité exagérée (1030) et est albumineuse. Après des rémissions nombreuses, pendant lesquelles l'enfant a pu continuer ses études, il a été revu à l'âge de dix-sept ans; il présentait alors de la polyurie (deux litres et demi d'urine par jour), les signes d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche et une albuminurie abondante (5,0 pour 1 000). L'année suivante, la polyurie avait persisté, mais l'albumine n'était plus que dans la proportion de 2 pour 1 000. Les signes d'hypertrophie du ventricule gauche étaient bien marqués : renforcement du premier bruit gauche, accentuation du second bruit aortique, choc à forte pression soulevant tout le cinquième espace intercostal jusqu'à la ligne mamillaire, pouls petit et régulier, mais tendu et difficile à déprimer. Le malade présentait un œdème léger de la face, souffrait de migraines et de crampes dans les mollets; il avait des épistaxis fréquentes. Il succomba à l'âge de dix-neuf ans à une attaque d'urémie qui dura deux mois environ et pendant laquelle l'excrétion d'urée en vingt-quatre heures a varié de 13,0 à 2,0 par jour. Le bruit de galop était habituel à ce moment, tandis qu'il n'avait été constaté que passagèrement dans les années précédentes. A la dyspnée était venue se joindre une encéphalopathie caractérisée par des attaques épileptiformes et du coma. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

A côté des formes mixtes que nous considérons comme les plus fréquentes, il peut y avoir des formes pures de néphrite parenchymateuse, de néphrite interstitielle ou de rein amyloïde.

NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE. — Heubner (2) a observé un cas de

(1) Barthez et Sanné, *Traité des maladies des enfants*, 1887, t. II, p. 708.
(2) Heubner, *loc. cit.*, p. 5.

gros rein blanc chez un garçon de quatorze ans, qui avait présenté de l'anasarque et une albuminurie très abondante avec granulations graisseuses et nombreux cylindres hyalins dans l'urine et qui fut emporté au bout de six mois par une pneumonie. Agnès Bluhm (1) a trouvé le gros rein blanc à l'autopsie d'un garçon de sept ans qui avait succombé au bout de trois ans à un mal de Bright contracté à la suite des oreillons. Chez une fillette de sept ans observée par Gull et Sutton (2), l'anasarque et l'albuminurie durèrent un an; à l'autopsie, on trouva également un gros rein blanc. D'après Heubner, qui a recueilli ces observations, cette forme est rare chez l'enfant.

E. Wagner (3) a décrit une *forme hémorragique* de la néphrite parenchymateuse chronique, qu'il a observée chez des sujets jeunes (de seize à trente ans), qui serait caractérisée par la présence fréquente du sang dans l'urine chargée d'albumine et remplie de cylindres, l'absence habituelle d'anasarque et la terminaison souvent favorable même après plusieurs années de durée (4 cas guéris sur 6). Heubner en a observé quatre cas chez des enfants de deux à quatorze ans, dont un terminé par une guérison complète et persistante. Nous avons eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années un jeune garçon atteint à l'âge de quatorze ans d'une maladie de Werlhof et qui a depuis présenté pendant plusieurs années les signes d'une néphrite chronique hémorragique. L'urine contenait, outre de nombreux globules sanguins, des épithéliums, des cylindres granuleux et des streptocoques révélés par la culture. La proportion d'albumine a été à plusieurs reprises très considérable, dépassant 1 pour 100. Aujourd'hui, la santé générale est bonne, l'urine ne contient plus de sang, mais elle est encore légèrement albumineuse.

Néphrite interstitielle. — Le *petit rein granuleux* est moins exceptionnel chez l'enfant que le gros rein blanc, si l'on en juge par les cas publiés. Heubner en cite 30 cas vérifiés à l'autopsie, parmi lesquels 7 appartiennent à la forme primitive (4). Les lésions constatées sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi Ashby (5) a trouvé dans les trois autopsies de petit rein contracté qu'il a faites chez l'enfant, une hypertrophie considérable des parois du ventricule gauche sans dilatation. L'histoire clinique est également la même que chez l'adulte, sauf que la rétinite albuminurique est beaucoup plus rare chez l'enfant.

D'après Guthrie (6), la néphrite interstitielle observée chez les

(1) A. Bluhm, *Thèse de Zurich*, 1890.
(2) Gull et Sutton, *Med. chir. Transact.*, 1872, p. 324.
(3) E. Wagner, *Ziemssen's Handb.*, 3e édition, 1882, t. IX.
(4) Barlow, *Lancet*, 1874, t. II, p. 151. — Bull, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1883, t. XX, p. 449. — Filatoff, *Ibid.*, p. 209. — Morel-Lavallée, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1885, p. 166.
(5) H. Ashby, *Paediatrics*, 1896, t. I, p. 211.
(6) Guthrie, *Lancet*, 27 février et 1er mai 1897.

enfants déjà d'un certain âge, aurait souvent son point de départ dans une néphrite aiguë de la première enfance. Heubner cite à l'appui de cette opinion l'exemple d'un garçon de douze ans atteint de néphrite interstitielle, chez lequel le médecin de la famille avait constaté de l'albuminurie depuis l'âge d'un an et demi.

Rein amyloïde. — La dégénérescence amyloïde des reins n'est pas une complication fréquente des suppurations osseuses chroniques de l'enfance. Sur 56 cas de tout âge dus à cette cause, E. Wagner (1) n'en a trouvé que 12 chez des enfants de un à dix ans.

Le diagnostic se basera principalement sur la polyurie avec faible densité de l'urine, sur la quantité considérable d'albumine excrétée, sur la cachexie avec anasarque et sur la concomitance fréquente d'une tumeur de la rate due à la même dégénérescence.

TRAITEMENT. — Le *régime lacté* exclusif sera suivi aussi longtemps que possible pendant le cours de la maladie de Bright; quand l'enfant ne pourra plus supporter le lait, on le remplacera par les farineux, les viandes blanches bien cuites, les œufs également bien cuits, la croûte de pain et les légumes verts.

Le *repos au lit* est indiqué, tant qu'il y a de l'anasarque.

Au début de la néphrite et pendant les poussées d'anurie, on pourra, si l'enfant n'est pas trop faible, appliquer quelques *ventouses scarifiées* sur les lombes; on les remplacera par des ventouses sèches dans le cas contraire.

Tous les *diurétiques* irritants pour le rein doivent être sévèrement proscrits; tels sont la scille, la théobromine, le calomel à haute dose. Par contre, l'*acétate de potasse* et la *caféine* pourront être employés avantageusement dans les formes aiguës.

La *digitale* peut être utile également dans les formes aiguës quand le cœur faiblit, mais il faut être prudent et ne pas l'administrer plus d'un ou deux jours de suite, vu le danger de l'accumulation des doses.

Legendre (2) recommande les *lavements froids*, qui seraient d'excellents diurétiques dans l'anurie brightique; il en a administré jusqu'à dix ou douze dans les vingt-quatre heures.

Les *purgatifs drastiques* tels que le julep, la scammonée, le turbith végétal, pourront être employés avec avantage contre l'œdème de la peau ou l'hydropisie des séreuses.

On a recommandé également dans le même but les *bains* très chauds ou les *bains de vapeur*. Ils ne sont pas sans danger dans l'urémie chronique.

Le tannin, qui a été très vanté sous la forme d'*acide gallique* (0,15 à 0,40 par jour) dans la néphrite parenchymateuse chronique, réussira rarement à diminuer l'albuminurie.

(1) E. Wagner, *loc. cit.*, p. 315.
(2) Legendre, *Sem. méd.*, 1894, p. 566.