21 pour 100 dans la quatrième; 18 pour 100 seulement avaient un âge plus avancé (Taylor). Sur les 45 cas rapportés par Duzan, un seul est relatif à un enfant de plus de dix ans.

La structure histologique de la tumeur est assez variable ; le plus souvent c'est un *sarcome*. Sur 122 cas dans lesquels la nature du néoplasme est indiquée, on compte 72 sarcomes, 15 carcinomes et 35 tumeurs dont la structure n'est pas nettement définie (dont 17 encéphaloïdes et 3 fongus hématodes). Dans quelques cas de sarcome, on a trouvé dans la tumeur un noyau constitué par des fibres musculaires striées (*rhabdomyome*). Baginsky a trouvé à l'autopsie d'une petite fille de sept mois un sarcome rénal de la grosseur d'une tête d'enfant, flanqué d'un kyste renfermant la valeur de trois tasses d'un liquide brunâtre qui fut extrait par la ponction la veille de la mort de la petite malade. D'autres observateurs ont constaté également la présence de kystes hémorragiques ou plus rarement séreux dans ces tumeurs.

La maladie peut atteindre les deux reins à la fois, mais, dans ce cas, l'un de ces organes est toujours plus altéré que l'autre. Le néoplasme présente parfois un volume énorme ; Audain (d'Haïti) (1) a rencontré à l'autopsie d'un petit nègre de dix mois un sarcome fasciculé du rein qui pesait près de 5 kilos; la plus grosse de ces tumeurs mentionnée par Jacobi pesait 18 kilos.

Le cancer du rein évolue quelquefois silencieusement. Comme nous l'avons déjà signalé à propos des autres tumeurs malignes dans le jeune âge, la cachexie cancéreuse ne se manifeste souvent que tardivement; l'état général du petit malade se maintient bon jusqu'à une période avancée de la maladie, surtout dans les cas de sarcome. Parfois on observe un peu d'œdème et d'intumescence du ventre ; l'enfant éprouve des douleurs de reins. Dans quelques cas, on arrive à délimiter par la palpation une tumeur occupant l'un des flancs et s'enfonçant profondément dans la région lombaire ; cette tumeur, qui atteint quelquefois un développement considérable, s'étend longitudinalement; elle est mate à la percussion et limitée en dedans par la sonorité du côlon. Elle cause parfois des déplacements notables des autres organes que renferme la cavité abdominale.

Ces signes permettront de distinguer le cancer du rein du *carreau*, avec lequel on est souvent tenté de le confondre au premier abord. Le diagnostic est facilité quand la tumeur s'accompagne de troubles dans la sécrétion urinaire, tels que des envies fréquentes d'uriner, et surtout de l'*hématurie*, qui est très fréquente dans le cancer du rein de l'enfance ; ce symptôme existait dans la moitié des cas de Taylor. On ne pourra alors confondre la maladie ni avec les tumeurs du foie, ni avec les kystes congénitaux du péritoine, ni avec

(1) Audain, *Union méd.*, 1875, nº 75.

les kystes dermoïdes de l'ovaire, qui ont été observés quelquefois chez les petites filles. La consistance inégale de la tumeur est également un signe important pour le diagnostic, qui sera confirmé au besoin par une ponction exploratrice ou un harponnage (Jacobi).

Le cancer du rein, lorsqu'il a acquis un certain développement, évolue rapidement et amène fatalement la mort de l'enfant au bout de quelques mois (1). Il peut s'accompagner du développement de cancers secondaires dans d'autres organes, comme Marc Sée (2) en a observé un exemple relatif à une petite fille de six ans chez laquelle un sarcome du rein droit fut suivi du développement de tumeurs analogues dans le foie et les poumons.

Le seul traitement indiqué est l'ablation de la tumeur, mais l'opération, lorsqu'elle a été tentée, a échoué le plus souvent ; cependant, d'après Taylor, sur 25 cas où la néphrectomie a été pratiquée, on aurait obtenu 10 guérisons qui, dans 6 cas, furent suivies d'une récidive mortelle dans les dix-huit mois consécutifs à l'opération. Brodeur (3) mentionne l'ablation d'un carcinome du rein chez un enfant de deux ans et demi qui mourut d'une récidive, et l'ablation de douze sarcomes, également chez de jeunes sujets, avec un succès au moins momentané dans la moitié des cas. Dans 25 cas opérés chez les enfants mentionnés par Fischer (4), la mort survint dans 20 cas au moins dans l'espace de quelques mois. On ne doit donc recourir au traitement chirurgical que lorsqu'un seul rein paraît atteint, que les autres organes n'ont pas été envahis par le cancer et que la cachexie est peu avancée.

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES REINS.

La dégénérescence kystique du rein est une maladie congénitale, en général incompatible avec la vie ; souvent elle amène une distension énorme du ventre du fœtus et devient un obstacle à l'accouchement. On trouve à l'autopsie la substance du rein, et le plus souvent des deux reins, transformée en une multitude de kystes. D'après Virchow, cette affection résulterait de l'oblitération des canaux urinifères ; Koster l'explique par une absence congénitale des calices et des bassinets. Elle a été constatée chez plusieurs enfants d'une même famille. Elle est du reste fort rare ; on ne connaissait en 1893 que 36 cas de dégénérescence rénale kystique congénitale (Brault) (5).

(1) Dans 62 des cas de Taylor, la durée moyenne de la maladie a été de sept mois et demi ; les extrêmes ont été six jours et huit ans.
(2) M. Sée, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1875.
(3) Brodeur, *Thèse de Paris*, 1886.
(4) Fischer, *D. Zeitschr. für Chir.*, 1889, t. XXIX.
(5) Brault, *Traité de médecine*, t. V, Paris, 1893, p. 830.

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES.

Les abcès périnéphrétiques sont rares dans le jeune âge. D'après Hallé (1), ils ne commencent à être observés qu'à partir de dix ans. Cependant Lente (2) en a rencontré un exemple chez un petit garçon de cinp mois ; la maladie guérit complètement au bout de deux mois après l'incision de l'abcès. Rawdon (3) a trouvé un abcès autour du rein à l'autopsie d'un enfant de six ans, qui était atteint de calcul vésical et qui succomba à la suite de l'opération de la taille. Gibney (4) a rapporté 28 observations de phlegmon périnéphrétique relatives à des enfants âgés de un an et demi à quinze ans, dont 13 garçons et 15 filles ; la maladie siégeait 14 fois à gauche, 14 fois à droite ; 8 fois elle résultait d'un traumatisme ; elle se termina toujours favorablement, 12 fois par résolution et le plus souvent par issue du pus au dehors. L'ouverture peut se faire aussi dans l'intestin, la plèvre ou les bronches. Buscarlet (5) a observé chez un enfant de vingt mois un énorme abcès périnéphrétique qui s'étendait de l'angle de l'omoplate à la crête iliaque et qui s'était développé quelques semaines après une chute sur la région lombaire, suivie d'un épanchement sanguin périrénal ; l'enfant guérit après l'incision de la collection. Lannelongue a opéré un enfant de dix-huit mois pour un abcès périnéphrétique consécutif à la rougeole. La maladie aurait même été observée chez le fœtus (Weber). Ses symptômes et son traitement ne présentent rien de spécial à l'enfance. Nous avons parlé (p. 678) de son diagnostic avec le phlegmon appendiculaire quand celui-ci vient faire saillie à la région lombaire.

CHAPITRE II

CYSTITE

La **cystite vulgaire** à urines alcalines est rare chez l'enfant. Mayer a trouvé chez un garçon de huit ans, qu'il opéra avec succès pour un calcul vésical, des urines purulentes légèrement alcalines, contenant des staphylocoques.

La **cystite tuberculeuse**, surtout fréquente dans l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte, a été parfois observée chez

(1) Hallé, Des phlegmons périnéphrétiques. Paris, 1863.
(2) Lente, *med. Rec.*, 1876, t. XI, p. 275.
(3) Rawdon, *Brit. med. Journ.*, 1878, t. I, p. 152.
(4) Gibney, *Chicago med. Journ.*, 1880, n° 6.
(5) Buscarlet, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1894, p. 428.

l'enfant. En dehors des cas de tuberculisation descendante partant du rein et des uretères, il existe des cystites qui constituent pour ainsi dire la seule localisation secondaire du bacille de Koch parti d'un foyer primitif, tel qu'une coxalgie, une adénite cervicale, et transporté par le sang ou d'origine inconnue. Armandon (1), qui a recueilli un certain nombre de cas de cystite tuberculeuse chez l'enfant, insiste sur ce fait que les principaux symptômes de la maladie chez l'adulte, tels que la douleur, l'hématurie, manquent habituellement dans l'enfance où la cystite prend souvent l'allure d'une incontinence d'urine vulgaire. Néanmoins, si l'on examine l'urine, on trouvera généralement un dépôt purulent, qui, après avoir été centrifugé, permet de reconnaître la présence du bacille tuberculeux. Parfois, une inoculation de l'urine au cobaye s'imposera pour lever tous les doutes.

La *bénignité* est une particularité de la cystite tuberculeuse infantile. La prostate et les testicules restent en général indemnes, et si les autres manifestations de la tuberculose font défaut ou restent stationnaires, l'état général est peu atteint et la cystite peut se terminer par la guérison sous l'influence d'un traitement médical hygiénique et reconstituant.

La **cystite à colibacille** est au contraire fréquente chez l'enfant, comme l'ont démontré les recherches d'Escherich (2), de Trumpp (3), de Finkelstein (4), d'Hutinel (5), etc., et comme nous permettent de l'affirmer nos propres observations. C'est la seule que nous décrirons ici.

ÉTIOLOGIE. — La cystite colibacillaire est incontestablement plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Le premier cas que nous en avons observé, en 1894, était néanmoins celui d'un garçon nouveau-né, dont l'urine acide et purulente nous donna une culture pure de colibacille. Nous avons attribué la pénétration de ce bacille dans la vessie à l'existence d'un phimosis qui retenait l'urine sous le gland et permettait l'infection par les matières fécales. Cette infection de cause externe a été prouvée également chez les petites filles atteintes de leucorrhée ancienne et dont le pus vaginal fourmillait de coli (Hutinel).

Mais il est un certain nombre de cystites qui échappent à cette pathogénie si simple et dans lesquelles l'origine intestinale nettement démontrée (surtout à la suite de l'entérite folliculaire du gros intestin), doit faire admettre une pénétration du coli dans le sang par les ulcérations intestinales.

(1) Armandon, *Thèse de Lyon*, 1897.
(2) Escherich, *Mittheil. des Ver. der Aertzte in Steiermark.*, n° 5, 1894.
(3) Trumpp, *Münch. med. Woch.*, 1896, n° 42.
(4) Finkelstein, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1896, XLIII, p. 148.
(5) Hutinel, *Presse méd.*, 1896, p. 625.