de cause tuberculeuse, n'est pas une rareté pour l'œil des pathologistes. Lortat-Jacob et Sebareanu ne rapportaient-ils pas à la Soc. Anatomique de Paris (mars 1904) le cas d'un tuberculeux à réactions sclérosantes multiples avec altérations cardiaques des plus typiques. La valvule mitrale, d'un centimètre (sic) d'épaisseur présentait une dégénérescense fibro-calcaire massive, au milieu de laquelle on décela de nombreux bacilles.

Le rein de son côté présente donc parfois cette altération conjonctive intense, que l'observation clinique et l'expérimentation portent à classer, non comme réaction de guérison, mais dégénérescence pathologique.

IV

FORME TOTALE : DÉGÉNÉRESCENCE MASSIVE

Ici les altérations pathologiques sont à la fois massives et générales. L'organe est réduit à une poche représentée par la capsule, remplie d'une substance pâteuse, demi-fluide, véritable fonte des tissus, où l'on saisit de vagues débris des cloisons. Le bassinet en est rempli et de ce fait l'ureter obstrué.

V

FORME POLYKYSTIQUE

Enfin, une dernière variété se rencontre encore, le rein tuberculeux polykystique, sur lequel Curtis et Carlier ont attiré l' attention. L'organe présente ici une conformatien irrégulière et bosselée, et sur sa surface de section des logettes kystiques de toutes dimensions. Il s'agirait ici d'une lésion tuberculeuse à localisation primaire corticale, gagnant secondairement la zône médullaire et déterminant des transformations scléro-kystiques et épithéliales. Curtis et Carlier soutiennent que ces formations kystiques sont fonctions directes du processus tuberculeux.

Il est à se demander si le cas rapporté par Coenen à la Société Médicale de Berlin (juin 1907) ne contredirait pas cet avancé et ne montrerait pas plutôt l'infection tuberculeuse comme secondaire à la transformation kystique. Il s'agissait dans ce cas d'un enfant de trois ans présentant un énorme rein—10 pouces de long—qui fut enlevé. L'organe n'était plus qu'une masse de gros kystes, entre lesquels il ne restait plus trace de parenchyme rénal. Le contenu des kystes, de même que leurs parois, présentait de nombreux bacilles. Deux mois après l'opération, l'enfant était en parfaite santé. Comme on le voit, le dernier mot n,est pas encore dit sur cette variété, dont il est peu d'exemples connus.

ÉVOLUTION DE LA TUBERCULEUSE RÉNALE AT LÉSIONS SECONDAIRES

Nous avons vu comment se constitue et se développe le foyer initial. L'évolution du processus tuberculeux dans ses différentes modalités ne va pas sans déterminer certaines altérations et troubles secondaires. Parmi les plus importantes, nous signalons :

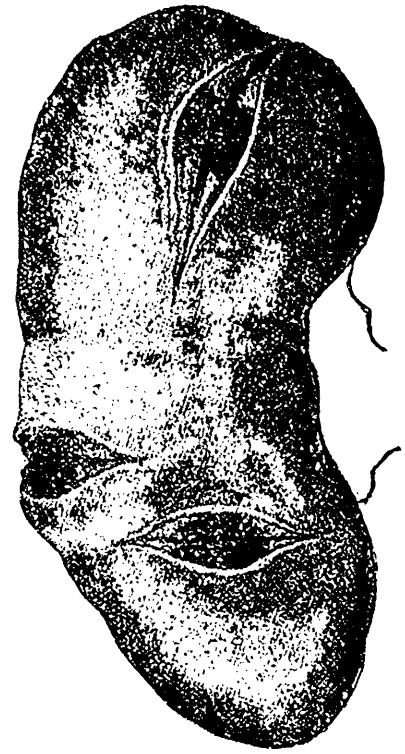

Fig. III.—Foyers tuberculeux à leur début (d'après Tilden-Brown).

La pyonéphrose. Elle se rencontre dans la majorité des cas et s'explique par l'extension de la fonte caséeuse jusqu'au calice, l'évacuation de la loge et la subsistance d'une pochette ouverte ou caverne, qui égoute son pus dans le bassinet.

L'hydronéphrose., qui se rencontrera lorsque l'ureter, obstrué par les débris de la substance rénale en désagrégation ou par l'extension du processus tuberculeux, s'opposera plus ou moins complètement à l'évacuation des produies de sécrétion rénale. La dilatation gagnera la bassinet et les calices, puis les canalicules et les cavernes tuberculeuses, pour en arriver finalement à transformer l'organe en une série de poches à contenu puru-