

on le comprend, ne se décèlera que si le rein est déjà d'un certain volume. Sa mobilité aidera à la dépister plus tôt. Tous ceux qui ont quelque expérience de ces lésions rénales, savent jusqu'à quelles dimensions peut atteindre un rein tuberculeux, jusqu'à la crête iliaque et vers la ligne médiane. Le volume de même que la tension de cette masse varient suivant que le rein est ou non en rétention.

*Tuberculose secondaire urinaire.* L'ureter, et c'est de toute évidence, est le premier à s'infecter. Le processus inflammatoire, en même temps qu'il augmente le volume de ce conduit, rétrécit sa lumière : et c'est ainsi que le pus, le mucus, le sang et les débris de tis-

res, soit de pyurie, soit d'hématurie, soit de pollakyurie. Parfois il vous dira que non seulement il doit se lever souvent la nuit pour uriner, mais qu'il ne peut retenir ses urines et les laisse inconsciemment passer durant son sommeil. Souvent même il ajoutera qu'un testicule est graduellement devenu gros ; qu'il a toujours été et persiste encore indolore, et de fait vous trouverez un épidydime généralement envahi. Portant la main à son côté, il indiquera qu'il est sujet à une douleur sourde et persistante, qui s'exaspère par moment. Peut-être vous dira-t-il que même une crise aiguë a marqué le début de tous ses ennuis. Vous examinerez la loge lombaire et vous trouverez une masse généralement dure et fixe parfois sensible, dont le volume peut arriver jusqu'à celui de plusieurs oranges.

Si c'est une femme, le toucher vaginal vous instruira davantage. Car si l'affection a déjà évolué depuis quelque temps, l'ureter sera envahi et vous le sentirez par le vagin comme un tuyau dur et sensible, allant d'arrière en avant et de dehors en dedans, pour se perdre vers le bas-fond vésical. Il nous a semblé, d'après notre expérience personnelle, qu'il n'y avait à peu près que la tuberculose rénale pour donner naissance à une telle urétérite hypertrophiante et sensible. La pyélonéphrite calculeuse ne paraît pas la déterminer à tel point et l'observation clinique nous a conduit à la conclusion de la regarder comme quasi pathognomonique de la tuberculose rénale descendante.

Mais la masse lombaire peut manquer, la crise douloureuse faire défaut, l'urétérite ne pas exister, et alors comment dire si oui ou non le rein est en cause à l'exclusion de la vessie, et lequel des deux reins ?

La première question doit être posée par le *cystoscope*. Il nous dira—et lui seul le peut—si la vessie est ou non en cause, si son bas-fond est malade et ulcéré. Bien plus il dira aussi et dans la majorité des cas de quel rein vient le pus : car il permet la comparaison visuelle des éjaculations urétérales. Le cystoscope à vision directe nous a donné les résultats les plus satisfaisants. Davantage encore : le cystoscope nous dira si l'ureter est sain ou non, dans le dernier cas son orifice vésical apparaissant béant, au lieu de rectiligne, et en dépression au milieu d'une petite élévation.

Mais l'aspect des orifices urétéraux peut manquer de nous renseigner suffisamment : plus d'une fois les indications que nous donnait le cystoscope étaient négatives à ce sujet. Il faut alors recourir à d'autres procédés, dont les principaux sont le cathétérisme des ureters et la séparation endovésicale des urines.

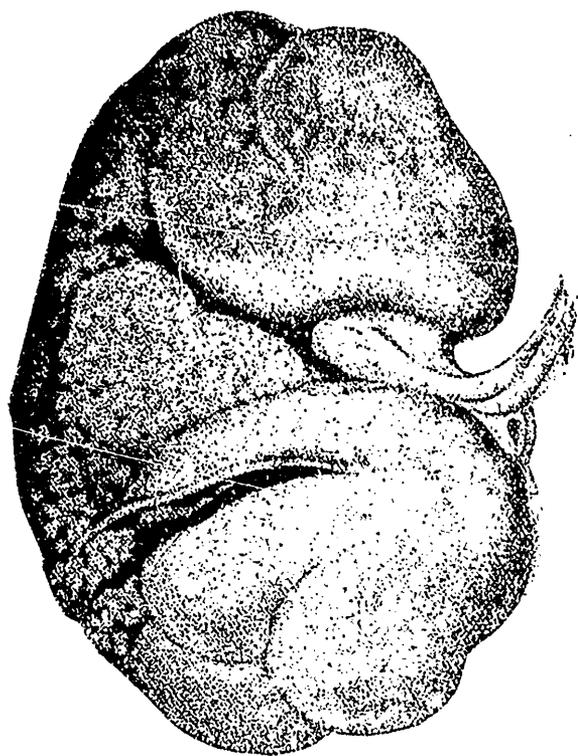


Fig. V.—Foyers tuberculeux apparaissant à travers la capsule

sus peuvent l'obstruer facilement. La vessie de même ne tarde pas à développer des foyers secondaires qui ajoutent aux inconvénients et aux souffrances du malade.

Sur quels signes donc nous appuyerons nous pour porter le diagnostic de tuberculose rénale ?

Le sujet sera généralement mal portant, faible et sans appétit depuis quelque temps. Son teint pâle, son amaigrissement, ses transpirations nocturnes probables, des foyers de tuberculose pulmonaire déjà existant nous indiqueront un infecté profond. Il se plaindra généralement de quelques troubles urina-