

Guyon, la dit plus fréquente chez l'homme, par contre des autorités comme Israel l'affirment deux fois plus fréquente chez la femme, Kronlein trois fois même. Kummel pour 38 femme ne l'a rencontrée que chez 15 hommes et Tuffier que chez 14 contre 29 femmes.

Et maintenant, avant d'étudier les lésions anatomiques et les manifestations cliniques de la tuberculose rénale, recherchons par quelle voie le rein devient infecté. Nous n'avons pas à nous demander si le bacille trouve la porte d'entrée première par la muqueuse pulmonaire ou intestinale, mais bien comment il arrive au rein. Dans l'immense majorité des cas, l'infection se fait par voie sanguine. Peut-elle se faire de la vessie au rein, par ascension urétérale ? Disons de suite que la tuberculose primitive de la vessie est de la plus grande rareté. Et puis existerait-elle plus fréquemment, qu'il faut des conditions si spéciales pour que le bacille puisse monter de la vessie que nous comprenons pourquoi elle est presque nulle. Kummel affirmait à la Soc. de Hambourg qu'elle n'existait pas ou que tout à fait par exception, déterminée alors par un cathétérisme urétéral infectant ou par stricture urétérale et rétention d'urine. On conçoit moins difficilement que la tuberculose puisse se propager par contiguïté lors de fonte caséuse des vertèbres ou de localisation de voisinage au péritoine ou aux colons : mais là encore rien ne prouve que la voie sanguine ne doive être plutôt mise en cause. Tuffier semble d'ailleurs se rattacher à cette opinion, lorsqu'il dit : " quant à l'infection tuberculeuse d'origine périrénale, j'ai démontré que la capsule joue à l'égard du rein le rôle de barrière protectrice."

Ayant établi sa fréquence relative de 4 à 7% sur les mortalités générales ; l'âge où elle s'installe de préférence, chez l'enfant dans la forme aiguë, chez l'ado-