

mentaires, ni les exercices musculaires ou la faradisation, ni les émotions vives, ne sont capables de faire apparaître l'albumine".

Pour reconnaître cette forme d'albuminurie, il faut procéder de la manière suivante, bien précisée par M. Castaigne :

Le malade restera levé de 7 heures à 11 heures du matin sans avoir mangé ; on le fera uriner à 11 heures.

De 11 heures à 4 heures, il restera au lit, et prendra son repas de 11 heures à 2 heures ; il urînera à 4 heures, et cela permettra d'être sûr que l'albuminurie n'est pas d'origine digestive.

De 4 heures à 7 heures, il restera levé et urînera à 7 heures.

A 7 heures, dîner au lit, puis jusqu'au lendemain 7 heures.

Si, après avoir ainsi opéré, il n'y a pas d'albumine dans les urines de la nuit ou dans celles émises de 11 heures à 4 heures, tandis qu'il y en a dans les 2 autres échantillons, on pourra affirmer qu'il s'agit bien d'albuminurie orthostatique.

M. Teisseir, qui a bien étudié cette question, distingue plusieurs cas d'albuminurie orthostatique. Tout d'abord, il faut éliminer de ce cadre les néphrites légères avec albuminurie augmentée au réveil, les albuminuries intermittentes, l'albuminurie cyclique de Pavy.

Mais lorsque l'orthostatisme est la cause nécessaire et suffisante de l'albuminurie, on peut avoir encore affaire à des formes différentes, qui sont :

1° Les *albuminuries orthostatiques mixtes* (cas les plus fréquents), qui sont la conséquence d'une néphrite infectieuse antérieure ;

2° Les *albuminuries orthostatiques associées*, qui ne se produisent que si à l'orthostatisme s'ajoute un autre facteur (fatigue cérébrale, troubles digestifs, dépression nerveuse, rein mobile) ;

3° L'*albuminurie orthostatique vraie* : il s'agit alors d'un type clinique particulier : les malades sont mal développés, quasi-infantiles, et, d'après Teissier, l'albuminurie est due à un développement incomplet du système glomérulaire, et à une exagération de la perméabilité rénale.

Sous quelque forme qu'elle se présente, l'albuminurie orthostatique comporte un pronostic bénin ; il n'y a pas de traitement spécial à lui opposer (toutefois, il faut, dans l'albuminurie orthostatique vraie, maintenir le plus possible les sujets au lit tant que la croissance n'est pas achevée, et remonter leur état général à l'aide de préparations arsenicales). Pourtant, là encore, il faut admettre qu'il existe une légère tare rénale qui peut guérir complètement, mais qui impose une surveillance un peu spéciale du malade ; car, toujours, l'albuminurie doit être considérée comme un symptôme morbide.

De l'ophtalmo-réaction en chirurgie

PAR M. BAZY, PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON (1)

Les recherches de M. Calmettes et celles de MM. Letulle et Comby ont montré l'importance de l'ophtalmo-réaction. Ces recherches ont surtout porté sur les malades atteints de tuberculose pulmonaire et ont donné des résultats très intéressants.

Je me propose de donner ici quelques résultats fournis par mes premières recherches en chirurgie.

A chaque instant, nous sommes obligés dans les formes atténuées de la tuberculose, qui sont si fréquentes, de nous contenter de probabilités ou d'attendre le résultat d'examen biopsiques ou d'inoculations.

Si nous pouvions avoir un moyen simple, commode, rapide de faire le diagnostic, nous devrions le considérer comme précieux.

L'ophtalmo-réaction peut être ce moyen, et il serait surtout intéressant dans les affections génito-urinaires, dans ces cas, où la tuberculose urinaire est soupçonnée, mais ne peut être affirmée, où par exemple une épididymite se montre chez un blennorragien ou ancien blennorragien, où une suppuration urinaire apparaît, dont la cause n'est pas facile à trouver, où toutes les infections étant possibles, il s'agit de savoir si cette infection est ou non tuberculeuse. En tout cas, voici quelques résultats :

Tout d'abord, je dirai que je n'ai pas observé, en général, ces réactions conjonctivales étendues et intenses que l'on observe en médecine.

Néanmoins, je l'ai observée dans quatre cas : un cas de tuberculose rénale en observation dans le service et qui est, du reste, très améliorée, au point de vue fonctionnel. Un cas de coxo-tuberculose chez une jeune fille de vingt ans, non fébrile, mais très douloureuse. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse incisée et drainée depuis longtemps, avec arthrite tuberculeuse secondaire du coude. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une tuberculose rénale, avec pollakiurie intense.

Dans tous les autres cas, la réaction a été modérée, s'est bornée à un gonflement avec rougeur de la caron-

(1) Communication à la Société de Chirurgie de Paris.