

Moyens exceptionnels. — Grosses sondes en métal, III, 316; — sondes lourdes, III, 316; — cathétérisme sur conducteur, III, 317; — cathétérisme à la suite, III, 318; — combinaison du cathétérisme curviligne et du cathétérisme conducteur ou à la suite, III, 318.

Cathétérisme dans le cas de fausses routes, III, 319; — siège des fausses routes sur la paroi inférieure, III, 319; — aussi faut-il suivre la paroi supérieure (paroi chirurgicale), III, 320; — les bougies qui suivent la paroi inférieure et, par conséquent, le cathétérisme sur conducteur ou à la suite sont contre-indiquées, III, 320, 324; — cependant la s. en caoutchouc peut passer dans les cas simples; utilité de la tension de la verge pour effacer la dépression bulbaire, III, 322, 323; — utilité de la manœuvre du mandrin pour les fausses routes bulbaires et prostatiques, III, 324; — valeur de la ponction aspiratrice et de la cystotomie, III, 321 et 322.

Manœuvres exceptionnelles. — Cathétérisme curviligne sur le sujet debout, III, 325; — cathétérisme rectiligne, III, 526, 527; — position du chirurgien, III, 526.

Sonde à demeure, III, 328 à 374, voir *Sonde*.

Antisepsie du cathétérisme évacuateur: 1° Stérilisation des instruments, III, 8 à 32, voir *Stérilisation*;

2° Antisepsie du sondage proprement dit, I, 180; III, 33 à 53; — elle exige toutes les précautions employées en chirurgie générale, III, 34.

Cas où le chirurgien ne doit pas les confier à d'autres: ce sont les cas de rétention aiguë aseptique, III, 36; — et surtout ceux de rétention chronique avec distension, III, 36; — nettoyage de la verge, du méat et de l'urètre, III, 39, 40, 41; — utilité du savonnage frictionnant, III, 40, 41; — cathétérisme chez les sujets non infectés, III, 39, — et chez les sujets infectés, III, 42; — alors l'asepsie ne suffit plus, il faut l'antisepsie, III, 42; — on la réalise en lavant le canal et la vessie avec des solutions de nitrate d'argent à 1 p. 1000, III, 43; — combien de temps le chirurgien doit-il faire lui-même les sondages, III, 38.

Cas où le cathétérisme est pratiqué

par le malade lui-même ou son entourage, III, 44; — procédés à recommander pour la stérilisation des instruments; — ébullition, III, 44 à 47; — utilité de la purification immédiatement avant le cathétérisme, III, 44; — savonnage immédiat de la sonde après son usage, III, 48; — utilité d'employer plusieurs sondes à la fois et des sondes grosses à deux yeux, III, 45, 53; — préparation du malade, III, 48; — lavage préalable du canal par les malades, III, 49; — utilité de la pommade soluble, III, 49, 50; — fautes commises par les malades et moyens d'y remédier par des lavages antiseptiques, III, 51, 52; — ne pas marchander avec le nombre des sondages, III, 53.

Conséquences des cathétérismes insuffisamment antiseptiques dans les rétentions chroniques, II, 438.

Graissage des instruments, III, 15, 16, 41, 49, 50, 276, voir *corps Gras*.

Comment l'évacuation doit être dirigée cliniquement. — Chez les prostatiques, dans la rétention sans distension, I, 100, 213 à 216; — avec distension, I, 221 à 230; — nécessité d'attendre pour sonder que le besoin d'uriner soit passé, II, 359, 360; — position du malade pour un premier sondage, I, 179; — elle doit être horizontale pour éviter une syncope, I, 179; — Dangers de l'évacuation dans la rétention incomplète chronique avec distension, I, 221, 222; — ses contre-indications, I, 226; — importance du chiffre de l'urée, I, 226, 227; — ses règles, I, 228; — elle doit être lente, I, 100, 178; II, 170; — hémorrhagie ex-vacuo, I, 178; III, 344, 420; — contractions douloureuses de la vessie par l'évacuation complète, III, 420, 421; — elle doit être successive, I, 179; II, 103; — quand peut-elle être complète? I, 230; — seringue à la main pour l'évacuation, afin de remplacer aussitôt l'urine par l'eau boricuée, I, 230; III, 420; — répétition des sondages, I, 181, 187; — il faut qu'ils soient faciles et réguliers, I, 181, 183; — indications de la sonde à demeure, I, 181; — ils doivent être continués jusqu'à ce que la vessie se vide complètement, I, 191; — salutaires effets de l'évacuation dans la fièvre par rétention chronique avec

infection, I, 102; II, 103; — son efficacité contre l'ammoniurie, I, 549, 550, 560, 563; — elle peut la déterminer, I, 562; — l'évacuation est indiquée même dans les cas où une opération plus grave serait contre-indiquée, II, 232; — elle est contre-indiquée dans la rétention incomplète aiguë, I, 209; — cas où elle est indiquée dans les rétentions inflammatoires, I, 129, 130.

Évacuation des caillots et des corps mous, voir *Caillots*.

Évacuation des fragments après la lithotritie, voir *Lithotritie*.

Évacuation chez les rétrécis, I, 151. — dans la prostatite aiguë, I, 130.

Évacuation dans les cystites, voir *Lavages*.

L'évacuation simple doit être faite sans chloroforme, III, 524.

EXPLORATEUR A BOULE OLIVAIRE. — conditions que doit remplir cet instrument, III, 80; — la tige ne doit pas être trop grosse ni trop rigide, III, 80, 81; — forme de la boule, III, 81; — Utilité de cet instrument pour l'exploration de l'urètre normal, III, 79 à 86; — de l'urètre malade, III, 111 à 135.

Son emploi pour l'exploration des deux portions de l'urètre par le ramonage dans les cas d'urétrite chronique, III, 113; — pour l'exploration des rétrécissements, I, 139; III, 113 à 118, — de la région prostatique, III, 131, 134; — de l'hypertrophie prostatique, I, 171, 172, 174; III, 134, 242, 291; — son utilité pour faire choix d'un instrument évacuateur, III, 291; — il permet quelquefois de sentir un calcul vésical, III, 170; — un obstacle urétral par calcul (frottement spécial de cuir neuf), III, 129; — il indique sa présence et son siège, III, 129, 130, 171; — c'est le meilleur instrument pour refouler dans la vessie les calculs engagés dans la région profonde de l'urètre, I, 255, 256.

EXPLORATEUR (CATHÉTÉRISME) DE L'URÈTRE chez un sujet sain: III, 79 à 86. Il se fait à l'aide de l'explorateur à boule olivaire, I, 139; III, 80; — sensations perçues par le chirurgien et ressenties par le malade: dans la région péniennne, III, 82; — dans la région membraneuse, III, 82, 83, 536, 539; — dans la région prostatique, III, 84; — dépressibilité de la région

bulbeuse, III, 83; — comment franchir le sphincter, III, 83, 84; — sensation au retour de l'instrument, III, 84; — le seul obstacle normal de l'urètre est le sphincter, III, 84; — du palper externe pour savoir où est l'extrémité de l'instrument, III, 85, 86; — l'urètre doit être examiné par régions et non par centimètres, I, 140; II, 295, 308; III, 85, 86.

Chez un sujet malade: III, 111; — dans le cas d'urétrite chronique, III, 112; — ramonage de l'urètre, III, 113; — examen de l'urètre postérieur, III, 113; — dans le cas de rétrécissement, I, 113, 135, 136, 139; III, 113; — diagnostic du siège, de la résistance, de l'étendue, du nombre des rétrécissements, I, 139; III, 115, 116; — il faut franchir les rétrécissements pour les diagnostiquer, I, 139; — ressauts que fournit la boule de l'instrument à l'aller, III, 116; — au retour, III, 117; — le point le plus rétréci est au bulbe, III, 117; — on peut ainsi faire l'anatomie pathologique sur le vivant, III, 118; — exploration dans les cas complexes de rétrécissement, III, 120; — exploration dans les cas de spasme; absence de tout point rétréci dans l'urètre antérieur, III, 124; — exploration de la région prostatique de l'urètre par l'explorateur à boule, I, 171, 172, 174; III, 131, 134, 242, 291; — par l'explorateur métallique plein, III, 242; — exploration de l'urètre dans les cas de lacune prostatique, III, 135; — combinaison de l'explorateur à boule avec le toucher rectal, III, 135; — exploration dans les cas de corps étranger de l'urètre, frottement spécial de cuir neuf, I, 255, 256; III, 129, 130, 171; — empreinte fournie dans ces cas par la bougie de cire, III, 130.

Antisepsie du cathétérisme explorateur de l'urètre: Stérilisation de l'explorateur à boule, III, 8 à 33, voir *Stérilisation*; — nettoyage de la verge, du méat et de l'urètre, III, 39 à 41; — graissage de l'instrument, III, 15, 16, 41, 49, 50, 276, voir *corps Gras*.

EXPLORATEUR (CATHÉTÉRISME) DE LA VESSIE chez un sujet sain, III, 86 à 110; — il se fait avec des instruments coudés métalliques, explorateurs ou brise-pierre, III, 86; — l'ex-

plorateur métallique doit être plein, pourquoi? III, 87; — forme, coudure, volume de l'extrémité et de la tige, poignée, III, 87, 88; — poids, III, 90; — quatre dimensions différentes, III, 89; — sonde métallique creuse de Thompson, III, 88.

Préparatifs: Position du malade, III, 90; — nécessité de relever le siège par un coussin, sa construction, son placement, son assujettissement, III, 91, 92; — la position verticale est quelquefois indiquée pour l'exploration, III, 90; — l'injection préalable de la vessie n'est pas indispensable, mais le plus souvent indiquée, pourquoi? III, 93, 94; — choix du liquide, III, 94; — quantité, III, 95, 96; — le chirurgien doit sentir le besoin d'uriner avant le malade, III, 95; — la seringue doit servir de manomètre, III, 96; — c'est le chirurgien lui-même qui doit faire l'injection, III, 96; — position du chirurgien à droite du malade, III, 97; — ne pas trop graisser l'instrument, III, 97.

Introduction de l'instrument, III, 97 à 108; — *Premier temps*, traversée de l'urètre antérieur, III, 98 à 102; — utilité d'un point de repère pour trouver l'orifice membraneux, III, 100; — l'ancien tour de maître, III, 100; — *Deuxième temps*, conditions à observer pour pénétrer dans l'urètre membraneux, III, 102; — ne pas empêcher l'instrument de faire demi-tour, III, 102; — signes qui permettent de reconnaître que le bec de l'instrument pénètre dans la portion membraneuse, III, 103; — il s'abaisse sans changer de direction et avance, III, 103; — manœuvre à employer quand on n'a pas réussi, III, 104; — le mouvement d'abaissement doit être subordonné, III, 105; — *Troisième temps*, abaissement du ligament suspenseur par dépression des téguments pubiens pour bien placer le bec de l'instrument, III, 105; — se bien garder de faire levier avec l'instrument, III, 106; — *Quatrième temps*, se confond avec le troisième dans les urètres normaux, III, 106; — comment on reconnaît qu'on est dans la vessie: sensation de liberté complète et non de résistance vaincue, III, 107; — les mouvements de latéralité servent de

critérium, III, 108; — manœuvres de l'instrument dans la vessie, III, 108 à 110; — remarquable tolérance de la vessie saine aux contacts de l'explorateur, dans les cas de calcul et de néoplasme, tant qu'il n'y a pas de cystite, III, 155.

Chez un sujet malade, III, 145 à 199; — manœuvres de la sonde métallique coudée dans les cas de déformations diverses des parois vésicales, III, 146; — dans les cas d'hypertrophie prostatique et de cystite chronique, III, 147; — ces déformations sont surtout prononcées au niveau du col et du bas-fond, III, 147; — examen du col, III, 149; — diagnostic de ses reliefs, III, 149; — examen du bas-fond, III, 150; — il présente parfois de véritables loges, III, 151.

Exploration des valvules du col, comment procédait Mercier, III, 153; — difficultés de ce diagnostic, III, 152.

Résultats insuffisants de l'exploration métallique des néoplasmes, III, 153; — elle ne permet pas de reconnaître leur pédicule, III, 154; — encroûtement calcaire des néoplasmes, III, 154; — sensations recueillies par l'instrument dans les cas de fungus vilieux, III, 154.

Exploration métallique de la sensibilité de la vessie, III, 155; — dans la cystite douloureuse, III, 156.

Exploration de la vessie calculeuse par l'explorateur à boule olivaire et les sondes en gomme, III, 170, 171; — par l'explorateur métallique, I, 238; III, 171; — elle doit être confirmatrice plutôt que révélatrice, I, 3 et 4; — ne pas se borner à promener l'instrument au contact, mais percuter, III, 159, 173; — calcul le plus souvent à droite, III, 163; — diagnostic du volume et de la consistance, III, 164, 174, 175, 176.

Difficultés d'exploration de la vessie calculeuse, III, 179; — calcul méconnu, parce qu'on ne pénètre pas dans la vessie, III, 142; — difficultés dues aux irrégularités du basfond, III, 180, 182; — aux cellules, III, 182, 183; — aux contractions irrégulières et partielles, III, 156 à 158, 184, 185; — ces contractions sont temporaires, III, 186; — elles cèdent à la guérison de la cystite et au chloroforme, III, 186; — calculs enchâtonnés, III, 184,

198; — calculs adhérents, III, 188; — pierres au sommet de la vessie, II, 417; III, 186, 187, 188.

Difficultés dues à la trop grande dépressibilité des parois de la vessie, III, 189; — lithotritie plus difficile chez la femme et l'enfant que chez l'homme, à cause de l'absence de prostate, III, 190, 191.

Cas où le diagnostic exige que l'on saisisse le corps étranger (lithotriteur de préférence à l'explorateur), III, 178; — renseignements fournis par le lithotriteur sur le volume et la consistance, III, 164, 175, 176; — sur le nombre des calculs, III, 179; — recherche et préhension des fragments pendant la lithotritie, III, 160 à 168, 179; — des corps étrangers mous, calculs phosphatiques, III, 178, 179; — le lithotriteur saisit plus facilement les petits fragments qu'il ne les touche, III, 179; — difficultés dues au volume du calcul, III, 194; — gros calculs pas toujours plus faciles à trouver que les petits, III, 194; — pierres petites, poreuses, légères, flottantes, III, 195, 196, 197; — diagnostic des petits calculs ou fragments, par la manœuvre du piège, III, 195; — par l'aspiration: cliquetis, III, 195, 197, 446, 447; — litholapaxie, III, 197; — distinction d'avec les sensations dures autres que celles du calcul, III, 197; — colonnes dures, III, 198; — l'exploration simple de la vessie ne demande pas le chloroforme, III, 524.

Exploration de la vessie calculeuse par la cystoscopie, III, 244.

Exploration instrumentale de la vessie chez les hématuriques, I, 499, 503; — ses dangers, I, 504, 505; — ses indications, I, 504, 505; — elle est contre-indiquée pendant l'hématurie, I, 499, 502.

Antiseptie du cathétérisme explorateur de la vessie: Nettoyage préalable du malade, III, 39 à 41; — stérilisation facile par le flamage des explorateurs métalliques pleins, III, 54; — le cathétérisme peut être fait sans injection préalable quand la vessie n'est pas infectée, III, 55; — il exige l'injection et même une préparation de quelques jours par la nitratisation quand la vessie est infectée, III, 55; — car l'exploration est parfois redoutable chez les calculeux infectés, III,

55; — dangers chez les hématuriques, si l'antiseptie est insuffisante, I, 504, 505.

F

FAUSSES MEMBRANES. — Fibrineuses dans les cystites, caractères histologiques, I, 324; — capables d'obturer la sonde, leur aspiration, III, 429.

FAUSSES ROUTES. — Choix de l'instrument pour prévenir les fausses routes dans la rétention des rétrécis, I, 135; — fausse direction et fausse route par dépression bulbaire, III, 322, 323. — Le saignement urétral, signe de fausse route, III, 320; — fièvre chez les rétrécis, non chez les prostatiques dans le cas de fausse route, III, 321; — nécessité de surveiller le périnée et la prostate, III, 321.

Siège des fausses routes sur la paroi inférieure, aussi bien dans les cas de rétrécissement que de dépressibilité bulbaire excessive ou d'hypertrophie prostatique, III, 319; — Du cathétérisme dans les cas de fausse route, III, 319; — les bougies et les instruments droits sont mauvais, car ils suivent la paroi inférieure, III, 320; — conduite à suivre dans les cas simples, III, 320; — l'emploi de la bougie tortillée est mauvais, III, 324; — la sonde à bécuille sur mandrin est indiquée particulièrement pour les fausses routes bulbaires et prostatiques, III, 324; — traitement des fausses routes par la sonde à demeure, III, 346; — conduite à suivre dans les cas difficiles, III, 321; — ponction capillaire aspiratrice, sa valeur thérapeutique, III, 321, 322; — cystostomie, III, 321.

FAUX URINAIRES. — Mictions fréquentes chez les faux urinaires, I, 24, 29; — mictions impérieuses, I, 30, 53; — mictions rares, I, 38; — mictions retardées, I, 34; — mictions douloureuses, I, 51, 52; — miction impossible (rétention spasmodique), I, 115, 116, 126, 232, 361; — incontinence, I, 266, 267.

FEMME. — L'inertie vésicale n'existe pas chez la femme, I, 166; — rétention d'urine chez la femme après l'accouchement, I, 233; — facilité des infections vésicales chez la femme, leur ténacité, II, 434, 435; — rôle de la congestion dans la production de la né-

phrite ascendante chez la femme, II, 449; — lithotritie plus difficile chez la femme que chez l'homme, III, 190, 191; — application de la sonde à demeure chez la femme (S. de Pezzer), III, 357; — action de l'anesthésie locale sur l'urètre de la femme, III, 542; — technique de l'anesthésie de l'urètre chez la femme, III, 566; — polyurie nocturne chez la femme, I, 635; — l'urine du premier jet chez la femme ne contient jamais de filaments, I, 529.

FERMENT DE L'URÉE. — Voir *Ammoniurie*.
FIÈVRE URINEUSE. — ÉTUDE CLINIQUE ET DESCRIPTION :

Forme aiguë, premier type, II, 49 à 53; — accès franc, II, 49; — frisson, II, 50; — stade de chaleur, II, 51; — stade de sueur, II, 51; — durée totale, II, 66; — Complications de l'accès urinaire franc, II, 52; — délire, II, 52; — troubles digestifs, II, 53; — état de la langue, de la salive, II, 53; — muguet, II, 53; — vomissements, II, 54; — oligurie, I, 621 à 623; — troubles de la respiration et de la circulation, II, 54, 55; — accès urinaires foudroyants par résorption d'urine septique, II, 456; — influence de la dose, II, 456; — extrême virulence des urines septiques, II, 21.

Forme aiguë, deuxième type, II, 56 à 72; — accès isolés, mais répétés, ou fièvre continue avec exacerbations, II, 56; — ses caractères; accès incomplets, stades mal proportionnés, II, 57; — l'élévation de la température n'est pas en rapport avec la gravité de l'accès, II, 58; — durée totale, II, 67-68; — la durée, au point de vue du pronostic, II, 71, 72; — Complications: troubles digestifs, II, 59; — état de la langue, II, 59; — muguet, II, 59; — vomissements, diarrhée, II, 60; — phénomènes nerveux, II, 60; — troubles de la respiration et de la circulation, II, 60; — diminution de l'urine, II, 61; — douleur spontanée des reins, II, 61; — douleur provoquée, II, 61; — l'analyse des urines est négative, II, 61; — éruptions, II, 63; — indurations phlegmoneuses, sous-cutanées, II, 63; — suppurations du tissu cellulaire et des articulations, II, 63, 64; — parotidites, pyohémie, II, 65.

Forme chronique ou lente, état fébrile léger, mais permanent, II, 72; — Le

deuxième type de la forme aiguë peut se greffer sur elle, II, 72, 73; — elle est plus grave que les formes aiguës, II, 73; — la guérison est cependant possible, II, 79, 80; — durée et terminaison, II, 79, 80; — les troubles digestifs dominent la scène, leurs caractères, II, 76, 216; — retentissement sur l'état général, II, 77.

Analogie de la fièvre urinaire avec la fièvre intermittente, II, 78, 79.

CONDITIONS CLINIQUES DANS LESQUELLES SE PRODUIT LA FIÈVRE URINEUSE, II, 80 à 113; — *Fièvre spontanée*, II, 82 à 94; — *apyrexie* des cystites, II, 82; — des rétentions d'urine subites, II, 83; — la fièvre de l'épididymite, II, 83; — de l'abcès urinaire, II, 84; — de l'infiltration d'urine, n'est pas la fièvre urinaire, mais peut coïncider avec elle, II, 85, 86; — fièvre quelquefois très grave après le traumatisme de la région périnéo-bulbaire malgré la sonde à demeure, I, 240; — la fièvre chez les rétrécis, II, 88; — ils restent longtemps apyrétiques, II, 88; — chez eux la rétention incomplète crée la réceptivité pour la fièvre, en déterminant intoxication et infection, II, 88 à 90; — les prostatiques arrivent vite à la rétention et à la fièvre, II, 89, 90; — c'est par la rétention que les cystites chroniques produisent la fièvre, II, 91; — les calculs vésicaux primitifs et secondaires sont apyrétiques, II, 91, 92; — ils aboutissent à la fièvre après une longue durée des phénomènes d'intoxication et d'infection, II, 92; — les néoplasmes évoluent aussi généralement sans fièvre, II, 93; — mais la fièvre est très commune dans les cystites avec rétention chronique, II, 94.

Fièvre provoquée, II, 94 à 113; — chez les rétrécis; par la dilatation, II, 94, 95; III, 58, 485; — surtout quand la force entre en jeu, II, 95; — l'antiseptie est alors insuffisante, car l'infection de l'urètre est déjà faite, II, 95; — cependant, chez les sujets infectés, la nitratisation de l'urètre et de la vessie après la séance ont une action préventive, III, 44, 57, 58; — par les tentatives infructueuses de cathétérisme, II, 95; — par le séjour de la bougie à demeure, si elle ne se meut pas librement dans l'urètre, II, 95, 96, 101; — la sensibilité du canal,

même chez les impressionnables; ne suffit pas à créer la fièvre, II, 96; — par l'urétrotomie interne, II, 97; — rapport des plaies urétrales avec la fièvre urinaire, I, 240; II, 452; — action préventive de la sonde à demeure, II, 99; — rôle du volume de cette sonde, II, 101; — relation de l'état ammoniacal des urines avec la fièvre, II, 99; — chez les prostatiques, dans la rétention expérimentale, I, 89; — dans les rétentions chroniques, I, 98, 101; — dans la rétention incomplète chronique sans distension, I, 215; — cathétérisme évacuateur, son influence sur la fièvre, II, 101; — utilité de la douceur dans le cathétérisme, II, 103; — de l'évacuation graduelle et antiseptique, I, 185; II, 103; — la fièvre peut être déterminée par une rétention très incomplète d'urine septique, II, 432; — résistance aux accidents fébriles chez les prostatiques qui ont l'habitude de se sonder, II, 458, 459; — et quelquefois même chez ceux qui ne se sondent pas, ne vident pas leur vessie et sont infectés; cela ne s'explique pas par une atténuation de toxicité des urines, II, 460; — action préventive de la sonde à demeure, II, 102; III, 332 à 335; — chez les calculeux, lithotritie cause de fièvre; action fébrigène décroissante des séances successives, II, 104; — accès provoqués par l'engagement des fragments, II, 105, 106; — ils sont plus rapides que ceux qui succèdent au traumatisme opératoire, II, 107; — rôle des plaies de l'urètre et de la pénétration de l'urine dans le sang sur la production de la fièvre, II, 107; — les microbes de l'urètre normal sont inoffensifs, tant qu'il n'y a pas pénétration dans le sang, II, 107; — les traumatismes de la vessie comparés à ceux de l'urètre sont beaucoup moins fébrigènes, II, 107, 108, 109; — les séances prolongées de lithotritie diminuent les chances de fièvre en limitant le traumatisme et le passage des fragments, II, 110, 111; — les traumatismes du rein ne jouent qu'un faible rôle dans la production de la fièvre, II, 112; — il ne faut pas seulement tenir compte du traumatisme, mais des lésions d'organe et de la virulence de l'urine, II, 112; — pour éviter la fièvre, le chirurgien

GUYON. — *Voies urinaires*, III.

doit: ménager et protéger l'urètre, vider et purifier la vessie, II, 113.

Fièvre causée par la cystoscopie, III, 240.

La fièvre et les lésions rénales. — L'ancienne théorie rénale de la fièvre urinaire est trop exclusive, II, 113; — les lésions rénales aseptiques, tumeurs, traumatismes, calculs, rein cardiaque sont apyrétiques, II, 115; — dans les néphrites médicales, la fièvre occupe peu de place, II, 116, 117; — l'urémie qui est le fond de leur symptomatologie est ordinairement apyrétique, II, 118; — le rein chirurgical est cause de fièvre plus facilement que le rein médical, II, 119; — rôle de l'intoxication dans la fièvre du rein chirurgical, II, 119, 119; — pronostic comparé des néphrites médicales et des néphrites chirurgicales; les premières sont beaucoup plus graves et plus irrémédiables, II, 120; — absence ordinaire de fièvre chez les pyélitiques, II, 121; — à moins de rétention ou de recrudescence aiguë, II, 122; — la fièvre urinaire peut être indépendante de toute lésion rénale, II, 122; — et les lésions rénales peuvent évoluer jusqu'à la mort sans déterminer de fièvre, II, 122; — la théorie rénale n'est donc pas fondée, II, 123; — ressemblances et différences de la fièvre urinaire avec la fièvre paludéenne, II, 124; — avec la pyohémie, II, 125; — avec les fièvres infectieuses, II, 128; — rareté des abcès métastatiques dans la fièvre urinaire, II, 129; — sa durée limitée, II, 130; — sa véritable cause est l'infection du sang et non du rein par le coli-bacille, II, 36, 45, 114, 122, 131, 132, 456; — cependant les lésions rénales aident beaucoup à l'apparition et à la gravité de la fièvre urinaire, II, 132.

THÉORIES DE LA FIÈVRE URINEUSE. — *Période prébactériologique*. — Théorie de la phlébite (Chassaignac), II, 135; — théorie nerveuse (Reybard, Perrève), II, 136; — théorie rénale (Verneuil, Perdrigeon), II, 137; — Marx, II, 143; — Dolbeau, II, 144; — Malherbe, II, 148; — troubles digestifs par insuffisance de la dépuratation urinaire, II, 140; — effets physiologiques de l'ablation des reins, II, 140; — section des nerfs du rein, II, 141;

— théorie de l'absorption (Perdrigeon, II, 137); — fièvre uréthro-vésicale de Civiale, II, 138; — résorption uréthrale de (Maisonneuve, de Saint-Germain, II, 142; — Sédillot, II, 143; — Reliquet, II, 144; — Gosselin, II, 149); — absorption vésicale, II, 143; — rôle protecteur de l'épithélium vésical, II, 143, 146; — absorption uréthrale possible même avec un épithélium intact, II, 147.

Période bactériologique. — Premiers travaux de Pasteur sur la fermentation ammoniacale de l'urine, II, 150; — tous les travaux de bactériologie jusqu'en 1885 ne visent que l'ammoniurie, II, 151; — ensuite, on s'occupe moins de l'ammoniurie et surtout du pouvoir pathogène des organismes rencontrés dans l'urine, II, 151, 152; — bactérie septique de Clado, capable de déterminer une septicémie expérimentale (1887), II, 152; — les travaux d'Albarran et Hallé (1888) établissent le rôle de ce microbe qui n'est autre que la bactérie pyogène ou le coli bacille dans l'infection urinaire, II, 154; — son action sans la participation de l'appareil urinaire, II, 159; — nombreux microbes des urines pathologiques, II, 155 à 157; — confirmation des travaux d'Albarran et Hallé, II, 158, 159; — théorie définitive de la fièvre urineuse, II, 160.

TRAITEMENT. — T. PRÉVENTIF. — Il est surtout *chirurgical*, II, 162.

Avant l'opération: Repos, II, 163; — préparation du canal au contact des instruments, autrefois (Civiale), II, 164; III, 475; — aujourd'hui, II, 167. — Il ne faut jamais employer la force dans le cathétérisme, même au degré le plus minime, II, 165; — comment cela doit être compris dans l'urètre et dans la vessie, II, 167. — Préparation de la vessie chez les calculeux, II, 167; — par le repos, II, 167; — par le traitement de la cystite, II, 168; — Action préventive du nitrate d'argent à l'égard de la fièvre urineuse, II, 168.

Pendant l'opération: Exclusion de toute manœuvre de force, II, 169; — la durée des manœuvres opératoires doit être aussi courte que possible, II, 169; — sans exclure pour cela la mesure et la prudence, II, 170; — nécessité de l'évacuation

lente dans les vessies distendues, II, 170; — les obstacles urétraux commandent parfois des manœuvres longues, mais la force doit toujours être exclue, II, 171; — Rôle de la bougie dans les cas de rétrécissement au point de vue de la fièvre, II, 172; — Rôle de la douleur sur la production de la fièvre, II, 173, 174; — utilité du chloroforme, II, 174; — de la morphine, II, 175; — le précepte du peu de durée est enfreint par la lithotritie moderne, mais en permettant de débarrasser immédiatement des fragments, elle limite le traumatisme, II, 176.

Après l'opération: Sonde à demeure, II, 177. — Éviter les refroidissements, II, 177. — Utilité des boissons abondantes, II, 177; — Repos au lit, II, 178.

T. préventif médical: Relever les forces physiques et le moral des malades, II, 178, 179; — débarrasser préalablement le tube digestif, II, 179; — favoriser les éliminations par la peau (frictions, bains), II, 179; — par les reins (boissons délayantes, etc.), II, 179, 180; — utilité spéciale du sulfate de quinine, II, 180.

T. curatif médical, II, 181: Accès aigus: Piqure de morphine au début, II, 147; — provoquer et favoriser la sudation, II, 181; — chaleur, II, 181; — boissons alcooliques, II, 182; — provoquer les évacuations alvines, II, 182, 183; — Deuxième type de la forme aiguë: régime lacté, alcool, quinquina, caféine, révulsifs, oxygène, II, 184, 185; — Forme chronique ou lente, II, 227 à 234. — Voir *Traitements médicaux des troubles digestifs.*

T. curatif chirurgical, II, 185. — Il vise la suppression de la cause, II, 185; — Influence des complications fébriles sur les indications chirurgicales, II, 186; — la fièvre même d'origine rénale ne contre-indique pas l'opération, II, 187. — Principes de l'intervention dans les lésions rénales, II, 188; — les accès de fièvre à la suite de la dilatation indiquent l'urétrotomie, II, 188, 189; — action préventive de la nitration de la vessie et du canal, III, 44, 57, 58; — sonde à demeure, son action antipyrétique dans les cas d'évacuation incomplète, II, 190; — influence des fragments cal-

culeux, après la lithotritie, sur la production de la fièvre, II, 190; — en général, il convient d'attendre l'apyrexie pour opérer, II, 191, 193; — la forme lente peut être une contre-indication, II, 192; — mais l'action chirurgicale n'est pas contre-indiquée par l'intensité de la fièvre, au contraire, II, 70, 188, 189, 190.

FILAMENTS. — Muqueux normaux, I, 352; — pathologiques, leur structure, I, 353, 356; — purulents; ils se forment exclusivement dans l'urètre, I, 527, 528; — ils font défaut chez la femme, I, 529.

FILANTES. — Urines filantes, non ammoniacales, I, 538.

FONGUS. — Voir *Néoplasmes.*

FORMOL. — Ses remarquables propriétés pour la stérilisation des sondes, III, 25 à 29. — Après son emploi, il faut plonger les sondes dans l'eau stérilisée pour les empêcher d'être offensantes pour le canal, III, 25 à 28.

FRAGMENTS CALCULEUX. — Leur engagement dans l'urètre après la lithotritie, I, 262, 263; II, 190; III, 433; — ils sont cause d'accès fébriles, II, 105, 106; — ces accès sont plus rapides que ceux qui succèdent au traumatisme opératoire, II, 107, 190; — leur diagnostic par le cliquetis dû à l'aspiration, III, 195, 197; — leur sortie spontanée se fait plus facilement dans la position horizontale sur le dos que dans la position verticale, III, 433; — leur évacuation artificielle par les lavages, III, 434; — par l'aspiration, III, 442, voir *Aspiration et Lithotritie.*

FRAGMENTS DE TISSU ORGANIQUE. — Dans l'urine, I, 332, 533; — vilieux, non vilieux, I, 323; — leur valeur diagnostique, I, 324; — tumeur d'origine intestinale saillant dans la vessie: fragment détaché dans l'urine, I, 324.

FRICCTIONS SÈCHES. — Leur utilité chez les prostatiques, I, 192; — chez les hématuriques, I, 507; — chez les dyspeptiques urinaires, II, 229; — comme traitement préventif de la fièvre opératoire, II, 179.

FRISSON. — Dans le premier type de la forme aiguë de la fièvre urineuse, II, 50.

G

GAIACOL. — Voir *Anesthésie locale.*

GAZ dans la vessie (Développement de), I, 608 à 616, voir *Pneumaturie.*

GLAND (Douleur du), I, 50. — Chez les calculeux, I, 60; — névralgie du gland, I, 61.

GLANDES URÉTRALES. — De Littre, II, 331; — de Cooper, II, 331; — leur sécrétion normale, II, 355; — elle ne doit pas être confondue avec le liquide prostatique, II, 354.

GLOBE VÉSICAL. — Distendu dans la rétention; son inspection, II, 243; — il peut être senti par la palpation simple, II, 271, 272; — comment il se présente dans la rétention, II, 273; — il s'incline facilement à droite chez la femme, II, 274; — il ne doit pas être pris pour une tumeur, II, 272; — ce que donne alors le toucher rectal, II, 273, 281, 282; — comment le distinguer des tumeurs pré-vésicales? II, 275.

GLOBULINE, I, 425, voir *Albuminurie.*

GLYCOSURIE normale, physiologique, I, 417; — Pathologique, voir *Diabète.* — Essai et dosage du sucre dans l'urine, I, 418, 419.

GONOCOQUES. — Urétrite à gonocoques, I, 357; — Réceptivité gonococcique de l'urètre augmentée par de précédentes atteintes, II, 370. — Le gonocoque, qui cultive si bien dans l'urètre, cultive très mal dans la vessie, II, 371; — sa disparition rapide par les grands lavages au permanganate de potasse, III, 393, 466.

GOUTTE. — Son rôle étiologique, I, 14; — rein goutteux, son importance pour le pronostic, I, 14; — goutte cause de dépôts abondants d'acide urique dans les urines, I, 408; — d'urates, I, 413.

GRAM (Méthode de). — Pour la coloration des microbes, I, 344.

GRAS (CORPS). — Pour le graissage des sondes, leur influence nuisible pour l'antisepsie, III, 15; — comment graisser les sondes, III, 97, 276; — la qualité de l'enduit a une grande importance; utilité de la pommade soluble, III, 15, 16, 41, 49, 50.

GRAVELLE URIQUE. — Favorisée par l'acidité excessive de l'urine, I, 390;

— par le régime azoté et les boissons alcooliques, I, 404, 406, 407; — fréquente chez les rhumatisants et les goutteux, I, 408; — régime préventif, I, 410; — utilité des alcalins, I, 410.

GRAVIERS DE L'URÈTRE. — Voir *Fragments*.

H

HÉMATURIE. — Fréquence et importance de ce symptôme, I, 442; — *Examen des urines sanglantes*, I, 444. — Comment reconnaître la présence du sang dans l'urine? I, 444; — examen microscopique, I, 445; — diagnostic de l'hématurie et de l'hémoglobulinurie, I, 445; — de l'hématurie et de la métrorrhagie, I, 445; — recherche du sang par le spectroscope, I, 446; — par l'hématoscope, I, 446; — *Le dépôt des urines sanglantes*, I, 448; — mélange du sang avec des dépôts d'autre nature, I, 449; — le sang dans les cystites, stries et glaires sanguinolentes, I, 449, 450. — Caillots, I, 451; — c. moulés, valeur sémiologique, I, 452; — c. microscopiques, I, 453; — c. fibrineux, I, 453. — Cylindres hématiques dans les rétentions aiguës, I, 406. — *Caractères de l'urine qui surnage*, I, 454; — facile dilution du sang, coloration qu'il imprime à l'urine, I, 454, 455; — influence de la durée du séjour dans la vessie, I, 457; — valeur de l'examen chimique, I, 458.

Examen du malade, I, 458. — L'hématurie peut être mécanique, inflammatoire et congestive, organique, I, 458; — diagnostic de l'hématurie et de l'urétrorrhagie, I, 459 à 461; — Divers problèmes à résoudre pour établir le diagnostic, I, 461: A, phénomènes précurseurs, douleur rénale, I, 462 à 465; — B, conditions prédisposantes, régime excitant, excès, I, 465; — C, conditions productrices et provocatrices, I, 466; — influence du mouvement chez les calculeux et quelquefois chez les néoplasiques, I, 466 à 468; — influence de l'évacuation trop brusque de vessies très distendues, I, 178; III,

344, 421; — hématuries causées par des doses fortes de permanganate de potasse, III, 467; — de nitrate d'argent, III, 406. — D, conditions modificatrices; — influence du repos, très marquée chez les calculeux, peu chez les néoplasiques et les cystiques, I, 469. — E, Rapports de l'hématurie avec les troubles de la miction et avec ses différents temps, I, 470; — il y a du sang au début seulement, pendant toute la miction ou seulement à la fin, I, 471, 472; — coloration rutilante de la fin, sa valeur sémiologique, I, 473, 475; — association de l'hématurie à d'autres symptômes, I, 475; — hématurie, symptôme unique et spontané, I, 462. — F, fréquence, durée, abondance des hématuries dans les néoplasmes, les rétrécissements et les cystites, I, 476, 477; — dans la lithiase rénale, I, 477; — longs intervalles des hématuries dans les néoplasmes vésicaux, I, 478; — modalités de l'hématurie dans les néoplasmes rénaux, I, 478; — hématurie rénale, ses caractères, répétition et fréquence, brusques disparitions et prochains retours, I, 481; — varicocèle symptomatique, I, 479. — G, Symptômes locaux et généraux concomitants, I, 482; recherche des symptômes vésicaux, I, 482; — l'hématurie reste longtemps l'unique symptôme des néoplasmes vésicaux, I, 483; — dans les autres hématuries, l'association immédiate ou précoce est la règle, I, 483; — pyurie avec hématurie dans la tuberculose rénale ou vésicale, I, 483; — hématurie dans la lithiase rénale, I, 484; — symptômes rénaux de la lithiase urinaire, I, 485; — augmentation de volume du rein, exploration négative de la vessie, I, 485; — fausse colique néphrétique due à l'obstruction de l'urètre par un caillot, I, 485; — hématurie due à une lésion organique du bas-fond vésical, I, 486; — hématurie due aux tumeurs du rein, I, 486; — examen endoscopique de la vessie, I, 487; — l'hématurie est vésicale, quand il y a des symptômes vésicaux contemporains de l'hématurie, I, 487; — l'hématurie isolée signifie néoplasme, I, 487; — valeur du toucher rectal combiné avec le palper hypogastrique,

I, 488; — importance de l'évolution pour déterminer la valeur du symptôme hématurie, I, 489; — H, Hématurie dépendant de causes générales ou de la présence de parasites, I, 489; — grandes fièvres infectieuses, gravité du pronostic, I, 490; — néphrites aiguës, I, 490; — hystérie, I, 490; — hémophilie, I, 490; — hématurie des pays chauds, I, 490; — importance de l'examen microscopique de l'urine pour y chercher les parasites ou leurs œufs, I, 491; — Hémoglobulinurie, I, 491.

Physiologie pathologique de l'hématurie, I, 492; — hématurie avertissante de la colique néphrétique, I, 492; — hématurie des calculs vésicaux quelquefois prolongée, c'est-à-dire congestive, I, 493; — rôle du traumatisme, I, 492, 493; — hématurie prostatique parfois très abondante en rapport non avec le traumatisme, mais avec la congestion, I, 494; III, 343; — rôle de l'hyperémie inflammatoire dans les cystites, I, 494, 495; — rôle de la congestion dans les hématuries, I, 495, 496; — hématurie par congestion dans la rétention expérimentale, I, 72; — dans la rétention aiguë, I, 105; — dans la rétention chronique, I, 100, 101; — h. très facile dans les vessies distendues, II, 399; — les hématuries sont très rarement liées à des ulcérations, I, 496, 498; — hématuries prémonitoires de la tuberculose, I, 497; — rôle de la congestion démontré par l'examen direct au cours des opérations, I, 498; — et par le traitement, I, 499.

Exploration instrumentale chez les hématuriques, I, 499; — le cathétérisme est contre-indiqué pendant l'hématurie, I, 499, 502; — mais pas la sonde à demeure, I, 500; — action de la sonde à demeure contre l'hématurie, III, 342; — hématurie causée par la sonde à demeure, rétention par caillots, I, 501; — nécessité de leur évacuation complète par la seringue, I, 254, 500; III, 343, 430; — quelquefois cette évacuation redouble l'hématurie, I, 501; — c'est une indication d'opérer, I, 501; — rétention permanente complète par caillots chez les néoplasiques, I, 502; — rétention permanente incomplète, indications, I, 502.

Examen instrumental de la vessie dans les hématuries, I, 503; — ses dangers, I, 503; — moment où il est indiqué, I, 503; — il doit être antiseptique, I, 503; — réceptivité créée par l'hématurie, I, 504; III, 37; — danger d'infection et d'inflammation de la vessie par l'exploration, I, 504; — indications du cathétérisme explorateur et de l'endoscopie dans les hématuries chez les néoplasiques, les calculeux, les tuberculeux, les blennorrhagiques, I, 504, 505; — Constatation du saignement urétéral, I, 503, 504; — difficultés créées par l'hématurie pour l'endoscopie vésicale, III, 228.

Principes de l'intervention chirurgicale, I, 506; — pouvoir hémostatique de l'ouverture de la vessie, I, 506; III, 344; — faible pouvoir des médicaments dits hémostatiques, I, 506; — le régime doit être réparateur sans être excitant, I, 507; — inutilité du régime lacté, I, 507; — repos utile dans les hématuries calculeuses, I, 507; — non dans les hématuries inflammatoires et congestives, I, 507; — laxatifs, froid, chaud, hygiène de la peau, I, 507.

Traitement des contractions de la vessie, I, 508; — indication du cathétérisme évacuateur, I, 508; — des calmants, I, 509.

Rôle thérapeutique de l'ablation des calculs, ou des néoplasmes du rein ou de la vessie, I, 509; — rôle de la sonde à demeure, I, 509; — rôle du nitrate d'argent dans les cystites, I, 509; — le nitrate est alors utile, mais il est nuisible quand l'hématurie est seulement congestive, I, 510; — utilité des injections de tannin, I, 510; — danger des injections coagulantes, I, 510; — n'employer que des liquides aseptiques, I, 511; — utilité comme hémostatiques de la térébenthine, de la limonade sulfurique, de l'antipyrine, I, 511; — utilité des boissons abondantes, I, 510; — utilité comme réparateurs du quinquina, du perchlore de fer, I, 511.

Importance de l'évacuation des caillots, voir *Caillots*.

HÉMIPLÉGIE. — Rétention d'urine dans l', I, 114; — incontinence dans l', I, 266.