

HISTOLOGIQUE (ANALYSE). — Analyse histologique des urines, I, 293 à 342; — des sécrétions de l'urètre, I, 352, voir *Urines et Urètre*.

HYDROCÈLE. — Recherche du liquide par la palpation brusque, II, 252.

HYPOCHONDRIE. — Cause de mictions fréquentes, I, 24.

HYSTÉRIE. — Cause de rétention, I, 126; — d'incontinence, I, 267; — d'hématurie, I, 490; — d'anurie, I, 631.

IMPRESSIONNABLES. — Troubles divers de la miction chez les impressionnables, miction fréquente, I, 24, 29; — impérieuse, I, 30, 53; — retardée, I, 34; — impossible par contraction spasmodique, I, 115, 116, 126, 232, 361; — douloureuse, I, 51, 52; — incontinence, I, 268; — avantages de la chloroformisation complète chez les calculeux impressionnables, III, 501; — la sensibilité du canal, très exaltée chez les impressionnables, ne suffit pas à créer la fièvre, II, 96; — polyurie chez les impressionnables, I, 644.

INCONTINENCE D'URINE. — Définition, I, 264; — vraie et fausse incontinence, I, 265.

Tableau des diverses variétés d'incontinence, I, 266; — inc. sans lésion matérielle des voies urinaires, I, 266; — par lésion nerveuse, I, 266; — elle est due au regorgement et demande des sondages répétés, I, 267; — inc. dans les affections nerveuses, épilepsie, hystérie, neurasthénie; — inc. des enfants, I, 269; — sa date d'apparition, sa durée, I, 269; — elle est nocturne, I, 270; — son diagnostic, I, 270, 271; — nécessité de l'examen des urines, I, 270, 271; — son étiologie, I, 271; — hérédité, I, 271; — opinion de Desault, I, 271; — de Trousseau, I, 272; — de Civiale, I, 273; — de l'auteur, I, 274; — son traitement par l'électrisation localisée, I, 275; — description des instruments, I, 275; — efficacité de ce traitement, I, 276; — son application chez les filles, I, 277; — électrisation à travers les téguments, I, 277; — cocaine dans l'incontinence des enfants, III, 555, 556.

Incontinence avec lésion matérielle, I, 277; — inc. sans rétention, I, 278, par

engagement d'un calcul, traitement, I, 278; — Incontinence des tuberculeux, I, 278; — elle tient à des pertes de substance plus ou moins étendues, I, 279; — elle est cependant curable, I, 278; — Incontinence traumatique urétrale, I, 279, 280; — incontinence par insuffisance urétrale, I, 281; — incontinence urétrale postmictionnelle chez l'homme par rétention de l'urine dans le cul-de-sac du bulbe, analogue au cul-de-sac postérieur du vagin, III, 383, 384; — incontinence traumatique par lésion de la vessie, I, 280; — inc. avec rétention, I, 282; — elle est d'abord diurne chez les rétrécis, nocturne chez les prostatiques, pourquoi? I, 219, 283; — diagnostic étiologique, I, 285; — indications thérapeutiques, I, 285, 286.

Incontinence chez la femme, I, 284; — peu de résultat à attendre, I, 282.

Cas rares d'incontinence où la cystoscopie a été très utile, III, 251.

INCRUSTATIONS CALCULEUSES. III, 498.

INDICAN DANS LES URINES, I, 430; — en rapport avec les putréfactions intestinales, II, 9.

INERTIE. — Vésicale primitive chez les prostatiques, I, 463; — inertie secondaire, I, 466; — dans la rétention incomplète chronique sans distension, I, 206; — avec distension, I, 217; — inertie vésicale consécutive à la rétention aiguë, I, 408; — l'inertie vésicale n'existe pas chez la femme, I, 466; — inertie vésicale chez les myélitiques, I, 31, 33; — dans la neurasthénie, I, 426; — action de la température des lavages contre l'inertie, III, 463, 464.

INFECTION URINAIRE LOCALE. — A. Urètre, I, 352 à 359; — Il y a presque toujours des microbes saprophytes dans l'urètre antérieur normal, II, 29, 364; III, 6; — il n'y en a pas dans l'urètre postérieur, II, 30, 364; — ces microbes sont inoffensifs, II, 368; — ils sont peu redoutables pour l'asepsie du cathétérisme, I, 224; II, 29, 40; III, 34, 35, 41, 42, 369; — refoulés dans la vessie, même quand la réceptivité existe, ils ne déterminent pas d'accidents, II, 30; — ils ne deviennent le point de départ de l'infection générale que lorsque l'u-

rètre est blessé et leur permet de pénétrer dans les tissus soit directement, II, 107, 374; — soit par l'intermédiaire de l'urine, II, 452, 455; — L'inflammation de l'urètre peut aussi produire l'infection générale, II, 29; — Le gonocoque, qui cultive très bien dans l'urètre, cultive très mal dans la vessie, II, 374; — c'est l'inverse pour le coli bacille, II, 374 à 373; — mais celui-ci cultive facilement sous le prépuce et à la vulve, II, 371; — d'où nécessité de la désinfection du méat pour prévenir l'infection de la vessie dans le cathétérisme, II, 372; — infection du foyer dans la rupture de l'urètre, I, 240; — par le cathétérisme, I, 242.

B. Vessie. — Faible réceptivité de la vessie saine à l'infection locale, II, 423 à 425; — difficulté de l'infection expérimentale de la vessie, à moins qu'il n'y ait rétention, II, 430; — prompt expulsion des microbes, II, 430; — l'injection expérimentale du bacille de Koch dans la vessie demeure sans effet, à moins de cystite préalable combinée avec rétention, II, 431, 432, 437; — Le passage dans la vessie des matières et des gaz intestinaux est une faible cause d'infection, II, 429; — La condition nécessaire de l'infection locale est la constitution d'un état pathologique de la paroi vésicale, II, 442; — Résistance de l'épithélium à l'état normal, II, 27, 432; — il ne permet ni l'absorption, ni la fièvre, II, 437, 462; — son influence sur l'implantation microbienne, II, 440; — sa desquamation dans la rétention expérimentale, I, 72, 81.

L'infection directe spontanée est possible chez la femme, II, 28; — impossible chez l'homme, II, 28; — L'infection indirecte ou secondaire (par une autre voie que l'urètre) est possible mais très rare, II, 27. — L'infection de la vessie se fait très habituellement par sa surface libre et non par la voie circulatoire, sauf pour le bacille de Koch, II, 442. — Le plus souvent l'infection est directe et provoquée, II, 29; — elle s'effectue ordinairement par la sonde, II, 374.

Infection par le cathétérisme dans la rétention chronique, I, 100; — dans

la rétention incomplète aiguë sans distension, I, 208; — avec distension, I, 223, 224; — Danger d'infection et d'inflammation de la vessie par l'exploration chez les hématuriques, I, 400, 401, 504; — Réceptivité et infection vésicales peu accusées chez les rétrécis, II, 426; — Infection accidentelle de la vessie, cause de cystite chez les calculeux, III, 502.

L'infection de la vessie est quelquefois causée par la sonde à demeure, III, 336, 369; — conditions qui la favorisent, III, 373; — mais la sonde à demeure peut aussi prévenir l'infection, III, 332; — ou l'améliorer promptement chez les prostatiques, III, 335. — Comment elle agit, III, 341; — chez les prostatiques et les néoplasiques, III, 343; — persistance des accidents quand elle fonctionne mal, III, 359; — nécessité de la laisser ouverte ou de l'ouvrir fréquemment, III, 365; — moyen de prévenir l'infection de la vessie par la sonde à demeure, III, 370, 371; — action pré-servatrice de l'écoulement continu et régulier de l'urine, III, 373; — L'infection de la vessie reste longtemps localisée, II, 444.

Infection causée par la cystoscopie, III, 240.

L'infection de la vessie par le rein est difficile à produire, même quand le pus rénal est microbien, II, 427; — l'infection descendante est favorisée par le traumatisme, II, 37, 38; — l'infection d'origine intestinale due au passage des microbes de l'infection dans la vessie est quelquefois possible, II, 10.

De la cystostomie contre l'infection vésicale, III, 334, 338, 341.

C. Rein. — L'infection du rein est favorisée par la rétention, I, 96; — par une colique néphrétique ou un état néphrétique récent, III, 37; — Infection rénale ascendante, rôle du coli bacille et des autres microbes, II, 33, 34, 35; — moyens de défense du rein contre l'infection vésicale, II, 444, 445; — Infection d'un rein par l'autre rein, II, 456; — Infection du rein possible par la voie sanguine surtout chez les urinaires, II, 38, 453; — et d'autant plus que les reins étaient auparavant plus ma-



lades, II, 454; — Infection indirecte au cours des maladies infectieuses, II, 31; — elle cesse quand l'albumine disparaît, II, 31, voir *Uretères* et *Vessie*.

**INFECTION URINAIRE GÉNÉRALE.** — Son importance prépondérante dans l'empoisonnement urinaire, II, 1 à 5; — elle est favorisée par l'intoxication, II, 4, 423; — rôle de cette dernière sur la production de l'infection, II, 433; — rôle des influences mécaniques, de la distension en particulier, II, 433, 434; III, 36; — rôle des influences dynamiques, II, 434; — Notions générales sur l'infection urinaire, II, 20; — elle ne résulte pas de l'état ammoniacal des urines, mais des lésions, I, 568. — Elle est la conséquence de l'infection du sang, II, 36, 45, 114, 131, 132, 456; — Accidents généraux de l'infection urinaire, II, 44; — les troubles digestifs en accompagnent toutes les phases, II, 423; — effets de l'infection sur la température dans la rétention expérimentale, I, 89; — la fièvre est modifiée par le cathétérisme régulier et la sonde demeure chez les prostatiques, I, 185.

**Part de l'urètre :** l'infection générale est souvent causée par l'absorption d'une urine microbienne par l'urètre, II, 455; — elle n'a lieu que lorsque l'urètre est traumatisé, I, 240; II, 95, 96, 97, 101, 374, 452; — Possibilité d'accidents infectieux très graves dans les ruptures de la région périnéo-bulbaire, même avec sonde à demeure, I, 240; — Les accidents infectieux sont généralement peu graves dans la rétention aiguë et chez les rétrécis, I, 102, 403, 448; — infection urinaire, dans les cas de calcul ou de fragments engagés dans l'urètre, I, 264.

**Part de la vessie :** L'infection urinaire est fréquemment d'origine vésicale, II, 423; — le pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale, même malade, n'est pas constant mais, soumis à des conditions adjuvantes, II, 431, 443, 458, 461; III, 226; — la résorption est favorisée par la desquamation épithéliale dans la rétention expérimentale, I, 90; — la part de la vessie dans l'infection générale, quoique relative, est toujours importante, II,

464; — l'infection urinaire peut être déterminée par la rétention très incomplète d'urine septique, II, 452.

**Part du rein :** elle est assez restreinte, 413 à 432 — c'est moins ce qu'il verse dans le sang que ce qu'il n'en fait plus sortir, II, 457; — Absence ordinaire d'infection chez les pyélotiques, à moins de rétention ou de recrudescence aiguë, II, 121, 122; — L'infection peut être indépendante de toute lésion rénale, II, 122; — et les lésions rénales peuvent évoluer jusqu'à la mort sans la déterminer, II, 122; — cependant, les lésions rénales aident beaucoup à l'apparition et à la gravité de l'infection générale, II, 132.

**Traitement :** Principes du traitement de l'infection urinaire, II, 38; — La lutte directe contre le microbe par l'antisepsie interne est illusoire, II, 41; — heureux effets de l'antisepsie intestinale, II, 42; — et de la médication stimulante, II, 42; — la sérothérapie rend l'organisme plus résistant à l'action des microbes, II, 41; — Le traitement vraiment efficace est d'ordre chirurgical, II, 39; — De l'antisepsie préventive en chirurgie urinaire, II, 40, voir *Fièvre urinaire*.

#### Traitement.

**INFILTRATION D'URINE.** — Par rupture de la région péniennne de l'urètre et des corps caverneux, I, 234; — de la région périnéo-bulbaire, I, 240; — possibilité d'accidents infectieux très graves, malgré la sonde à demeure, I, 240; — par engagement d'un calcul derrière un rétrécissement, I, 261; — par divulsion, III, 482; — exceptionnellement par urétrotomie interne, II, 86.

Ses caractères, son début dans la rupture de l'urètre antérieur, II, 85, 86; — frisson du début, II, 84; — caractères de la fièvre; son parallèle avec la fièvre urinaire, II, 86, 87.

**Traitement :** Incision périnéale, I, 234, 243, 244; — sans urétrotomie immédiate, I, 155; — réparation rapide de la plaie, II, 84; — exceptionnellement infection purulente consécutive, II, 86.

**INJECTIONS.** — Différences entre l'injection et le lavage, III, 376; — règles et principes généraux des injections, III, 377, 378.

**I. urétrales :** Pour localiser une injection dans l'urètre antérieur, il faut employer une petite quantité de liquide, ne pas pousser rapidement et agir à canal fermé, III, 379, 380; — il est très difficile de ne pas franchir le sphincter quand on emploie la seringue, III, 381; — La contenance anatomique de l'urètre antérieur est de 15 à 20 gr., III, 380, 382, 565; — sa capacité physiologique est très variable, III, 380; — Mal faites, les injections urétrales dans la blennorrhagie peuvent être cause de rétention, I, 120; — de prostatite, I, 120; — de cystite, I, 120; III, 383.

Injections totales permettant d'agir à la fois sur l'urètre antérieur et sur l'urètre postérieur, III, 382, 383; — parallèle des injections et des instillations, III, 395 à 401.

**I. vésicales.** — Leur action mécanique peut les rendre bienfaisantes, dangereuses ou inefficaces, III, 377, — il faut tenir compte des lois de la physique, mais surtout de celles de la physiologie, III, 377; — Injections vésicales sans sonde, III, 383, 387; — hauteur de la colonne liquide nécessaire pour pénétrer dans la vessie, III, 382; — injection avec la seringue et sans sonde, III, 384; — avec la seringue et la sonde, III, 385, 386.

Les injections vésicales sont contre-indiquées dans les vessies enflammées et douloureuses, III, 387, 388, 402; III, 462, 470; — elles doivent être remplacées par les instillations, II, 388; III, 404 à 407; — Pour l'exploration de la vessie calculeuse, l'injection préalable n'est pas indispensable, mais souvent indiquée, pourquoi? III, 93, 94; — choix et quantité du liquide, III, 94, 96; — Avant la lithotritie, comment doit être faite l'injection préalable pour ne pas rendre les manœuvres difficiles? III, 193; — Dans les hématuries, les injections coagulantes sont dangereuses, I, 510; — cependant les injections de tannin peuvent être utiles, I, 512.

**INSPECTION.** — Du coup d'œil en clinique, I, 6.

Inspection directe, II, 236; — du flanc, II, 242; — de la région hypogastrique (constatation du globe vésical), II, 243; — du méat, siège d'un

écoulement, II, 243; — du linge (taches), II, 244, 245; — de la verge (phimos), du scrotum (varicocèle symptomatique); du périnée (cicatrices révélatrices), II, 245.

**INSTILLATIONS.** — *Leur principe :* Localisation de l'action thérapeutique, III, 395, 396; — elles sont bien supérieures au porte-caustique de Lallemand, III, 396; — le titre des solutions doit être élevé, III, 397; — règles générales du dosage (nitrate d'argent, sublimé, sulfate de cuivre), III, 406, 468; — emploi très réservé des solutions caustiques, III, 406; — les instillations cathérétiques sont plus recommandables, III, 407; — les instillations ne sont pas des injections, III, 396, 397, 401; — le liquide doit être versé goutte à goutte, III, 401.

*Instruments :* Instillateur à olive perforée à son extrémité et seringue compte-gouttes; leur description, III, 397 à 399; — Comment stériliser l'instillateur, III, 65; — la seringue est stérilisée par son usage, III, 67.

*Technique des instillations,* III, 399; — Nettoyage préalable de l'urètre antérieur, III, 400.

**I. urétrales,** III, 401; — dans l'urètre antérieur, III, 402; — dans le postérieur, III, 401; — Comment localiser l'action au cul-de-sac du bulbe, III, 402, 403; — comment agir sur l'urètre postérieur sans agir sur la vessie, III, 402; — Du ramonage combiné avec le dépôt de gouttes pour rendre les instillations plus efficaces, III, 403; — Utilité de la cocaïne contre la douleur urétrale des instillations, III, 558, 559.

**I. vésicales,** III, 404; — il faut vider la vessie, III, 404; — est-il nécessaire de la nettoyer? III, 404; — l'instillation peut être directe ou indirecte, III, 405; — Remarquable efficacité des instillations dans les cystites aiguës, douloureuses, II, 168, 388; III, 386, 465, 469, 506, 507, 527, 537; — nécessité d'agir sur l'urètre postérieur en même temps que sur la vessie, III, 386; — Leur utilité dans les cystites blennorrhagiques, III, 470; — dans la cystite des prostatiques avec rétention incomplète, I, 216; — dans la cystite calculeuse, III, 439;



— pour faire disparaître les contractions irrégulières de la vessie, faciliter l'exploration et la lithotritie, III, 189, 306, 307, 327; — Leur efficacité contre les hématuries avec cystite, leurs inconvénients quand les hématuries sont seulement congestives, I, 310; — Utilité de l'antipyrine contre la douleur vésicale des instillations, III, 359.

INSUFFISANCE RÉNALE. — Ses manifestations, ses variétés, II, 3, 13 à 20; — difficulté de la mesurer, I, 221; II, 14, 457; — Elle est la grande cause des troubles digestifs, II, 140; — Elle est souvent très accusée dans la rétention incomplète chronique avec distension, I, 221; — alors elle peut être cause de mort rapide, I, 647; — elle rend l'intervention dangereuse, II, 226; — Cependant, il faut savoir agir, même quand la situation parait extrêmement grave, II, 457, 464.

INTOXICATION. — Sa définition, II, 6; — Ses manifestations cliniques, II, 2 et 3; — Elle est souvent combinée avec l'infection qu'elle favorise, II, 4; — mais elle peut exister sans elle, II, 4; — Elle n'est pas due à la résorption, mais à l'insuffisance rénale, II, 6; — Toxicité des urines; opinion ancienne de Velpeau, II, 6; — expériences démonstratives modernes, II, 7; — Il faut une dose élevée de poison urinaire pour amener la mort, celle qui est fabriquée en deux jours et 4 heures, II, 7; — alors qu'une faible dose suffit pour l'infection, II, 7; — Effets de l'intoxication différents suivant que le poison entre dans la voie veineuse ou par le tissu cellulaire, II, 7, 8; — intensité du pouvoir toxique de l'urine, II, 8; — il est diminué par les boissons abondantes, II, 8; — ses variations le jour et la nuit, II, 8; — faible toxicité des urines des brigiques, I, 368; II, 8; — Ses sources, en particulier son origine intestinale, II, 9; — les sept poisons de l'urine, II, 10; — pouvoir toxique des sels de potasse, II, 11; — L'urémie est la résultante d'actions toxiques complexes, II, 11; — Symptômes de l'urémie expérimentale, II, 12, 13; — symptômes de l'urémie clinique: petit brightisme, II, 13 à 15; — grand brightisme: urémie cérébrale, elle

peut être comateuse, convulsive ou délirante, II, 16; — urémie dyspnéique, II, 17; — urémie gastro-intestinale, II, 18 à 20.

L'intoxication urineuse, cause d'hypothermie, II, 12, 19, 20; — de fièvre, II, 19.

IRRIGATION CONTINUE DE LA VESSIE. — Son utilité contre l'infection de la vessie par la sonde à demeure. Appareil qui permet de la réaliser, III, 371.

## J

JET. — Ses modifications, I, 39; — leurs causes multiples, I, 40; — elles n'ont pas grande importance pour le diagnostic, I, 44; — on urine avec sa vessie et non avec son canal, I, 40. — Diminution de volume, I, 41, 42; — diminution de projection, I, 42.

Ses interruptions, influences qui les provoquent, I, 43; — interruptions chez les calculeux, I, 44, 45; — ses inconvénients, I, 46, 47.

JOUR. — Il augmente la fréquence des mictions et les douleurs des calculeux, I, 59, 67; — il diminue la fréquence des prostatiques, I, 158, 159, 192; — il supprime au début l'incontinence des prostatiques, tandis qu'il produit celle des rétrécis, I, 283.

## K

KYESTÉINE. — Sa composition, sa signification, I, 341.

## L

LANGUE. — La langue urinaire, sa valeur sémiologique, II, 33, 197, 198, 200, voir *Troubles Digestifs*.

LAVAGES. — En quoi ils diffèrent des injections, III, 376; — leur action mécanique peut les rendre bienfaisants, dangereux ou inefficaces, III, 377; — il y a lieu de tenir compte des lois de la physique, mais surtout de celles de la physiologie, III, 377.

L. de l'urètre avec la seringue, III, 384; — à méat ouvert et à méat fermé,

III, 384, 385; — lavage simultané des deux urètres, III, 382, 383.

Avec la sonde et la seringue, comment laver successivement les deux urètres? III, 385, 386; — gargarismes de l'urètre profond, III, 386.

Sans sonde, III, 4, 387; — pression nécessaire, III, 382, 387; — instruments et technique, III, 387 à 395; — lavage de l'urètre antérieur seul, III, 391; — ses imperfections, III, 393; — lavage simultané des deux urètres, III, 391; — valeur comparée des appareils à pression et de la seringue pour la pénétration dans l'urètre postérieur, III, 382, 383; — cette pénétration est facilitée par l'anesthésie locale, III, 540; — Indication des différents procédés de lavage, III, 392 à 395; — Efficacité remarquable de ces grands lavages au permanganate de potasse contre l'urétrite à gonocoques, III, 393; — Ils offrent des inconvénients et sont inutiles pour le cathétérisme dilateur, III, 57.

L. de la vessie. — Leur rôle principal est de nettoyer, III, 407; — il est subordonné à certaines conditions physiologiques, III, 408.

Instruments: la sonde est nécessaire pour le lavage de la vessie, III, 4; — sans sonde on remplit, on ne lave pas, III, 409; — nécessité de la seringue à anneaux, III, 409, voir *Seringue*; — Les poires en caoutchouc sont mauvaises, III, 410; — Utilité des laveurs, qualités nécessaires, III, 410; — nettoyeur vésical avec robinet à double effet du Dr Duchastelet, III, 410 à 414.

Technique, III, 414; — injection du liquide, ne pas remplir, remous nécessaires, comment les produire, III, 414 à 417; — les lavages de la vessie ont pour régulateur sa sensibilité à la tension, III, 415; — n'employer à la fois qu'une faible quantité de liquide, III, 415; — répétition des injections partielles, durée et renouvellement des lavages, III, 418; — Conditions que doivent offrir les sondes pour un bon lavage, III, 424 et 425; — inconvénients des sondes à double courant, III, 421 à 423; — il faut des sondes assez volumineuses et à deux ouvertures, III, 424; — position à donner au malade, III,

425; — debout si la vessie est indolente, couché si elle est tant soit peu sensible, III, 426.

Contre-indication aux lavages, III, 426; — sensibilité à la tension, état douloureux de la vessie, I, 189; III, 427.

Lavages évacuateurs simples de la vessie, III, 428; — le déplacement de la sonde est nécessaire pour bien laver, III, 427; — utilité de l'eau boriquée pour ces lavages, elle doit être tiède, III, 428; — leur utilité chez les prostatiques, I, 188; — dans la rétention incomplète sans distension, I, 216; — dans la rétention chronique incomplète avec distension et infection, III, 366; — les lavages doivent alors être faits sans évacuation complète, III, 419.

Lavages évacuateurs avec aspiration, III, 429 à 430 et 434 à 439, voir *Aspiration et Lithotritie*.

Lavages médicamenteux, III, 464; — Ils mettent en jeu la sensibilité de la vessie et par suite sa tension, III, 464; — grande importance de leur technique, III, 465; — ils sont contre-indiqués toutes les fois que la vessie est douloureuse, II, 387, 388, 402; III, 462, 470; — alors les instillations sont préférables, II, 168, 388; III, 386, 463, 469, 506, 507, 527, 537. — Cependant, les lavages peuvent être utiles dans les cystites subaiguës, III, 471; — Nécessité de toucher l'urètre postérieur en même temps que la vessie, III, 471.

Choix des substances à employer, III, 466; — le permanganate de potasse a peu d'action sur la vessie, III, 466, 467; — services rendus par l'acide borique, III, 467; — solutions sursaturées, III, 468; — le sublimé, son emploi en lavages, III, 468; — le nitrate d'argent, son efficacité, III, 468; — quantité de liquide à employer, température technique, III, 471.

Lavages médicamenteux balsamiques, III, 471.

Lavages calmants, III, 472.

LAXATIFS pour favoriser l'élimination des poisons chez les dyspeptiques urinaires, II, 227.

LEUCOCYTES dans l'urine; technique de leur étude, I, 308 à 313; — leurs altérations dans les urines alcalines, I,



520 ; — leurs altérations dans les urines ammoniacales, I, 536, 537.

**LIGAMENT SUSPENSEUR.** — Son abaissement par dépression des téguments pubiens avec la main gauche peut faciliter beaucoup le quatrième temps du cathétérisme avec l'explorateur coudé, le lithotriteur ou la sonde aspiratrice, III, 78, 105, 136, 137.

**LITHIASE RÉNALE.** — Hématurie dans la lithiase rénale, I, 477, 484 ; — hématurie avertissante, I, 492 ; — Augmentation de volume du rein et exploration négative de la vessie dans la lithiase rénale, I, 485 ; — favorise l'infection rénale, III, 37 ; — Colique néphrétique cause de ténisme vésico-rectal, I, 50.

**LITHOTRITEUR.** — Son importance pour l'exploration vésicale ; — comment le manœuvrer ? III, 160 à 168, 175 à 179 ; — services qu'il peut rendre pour la recherche des corps étrangers mous, des petits calculs phosphatiques, des débris calculeux, III, 178, 179 ; — pour apprécier le volume des pierres, III, 176 ; — et leur nombre, III, 179, voir *Lithotritie*.

L'introduction du lithotriteur se fait suivant les mêmes règles que l'explorateur métallique. Voir cathétérisme *Explorateur* de la vessie.

**LITHOTRITIE.** — *Soins préliminaires.* — *Canal.* — Dans certains urètres rétrécis, la dilatation et même l'urétrotomie sont nécessaires pour permettre le passage des instruments, II, 321, 322 ; — calibre des instruments employés pour la lithotritie, II, 323. — La sonde à demeure qui procure un élargissement très marqué, mais éphémère, peut rendre grand service, III, 348, 480 ; — Préparation de l'urètre non rétréci, à la lithotritie, par les instruments en gomme comme traitement préventif de la fièvre urinaire, II, 164 à 167 ; III, 475. — *Vessie.* — Quand elle est infectée, il est souvent nécessaire de la préparer par la nitration, III, 63 ; — remarquable efficacité des instillations, III, 186, 439, 506 ; — mais il serait très-mauvais de vouloir dilater mécaniquement la vessie, II, 167 ; — Il est bon de préparer le malade à l'opération par un purgatif, la veille ou l'avant-veille, III, 501.

*Opération proprement dite.* — Posi-

tion du malade, III, 90 ; — relèvement du siège par un coussin, III, 91 à 92, 161, 304, 431, 438.

*Lavage de la vessie.* Il faut effectuer un véritable nettoyage, III, 63 ; — injection préalable de la vessie, III, 93 à 96 ; — en remplissant la vessie, le chirurgien doit sentir sa tension avant le malade, III, 95 ; — la seringue doit lui servir de manomètre, III, 96 ; — inconvénients d'une injection trop abondante, III, 493 ; — aussi doit-il faire lui-même l'injection, III, 96 ; — Le broiement doit être fait presque à sec dans les vessies douloureuses, II, 407.

Position du chirurgien à droite du malade, III, 97 ; — il ne doit pas trop graisser le lithotriteur, III, 97 ; — comment il doit l'introduire ; — les manœuvres sont absolument les mêmes que pour le cathétérisme *Explorateur* de la vessie ; voir *ce mot*, III, 97 à 110.

*Broiement.* — Une fois dans la vessie, comment agir avec le lithotriteur ? III, 160 ; — quelle position lui donner ? III, 161 ; — manière de l'ouvrir, III, 162 ; — de saisir le calcul, III, 162 ; — la tige de l'instrument doit toujours rester dans la ligne médiane, III, 162 ; — la pierre est située le plus souvent à droite, III, 163 ; — pour explorer la pierre et la saisir, il faut évoluer dans le sens du diamètre transverse, II, 414 à 415 ; III, 167, 168 ; — Préhension du calcul dans une vessie déformée, III, 164 ; — dans le bas-fond, III, 165 ; — sensation de pincement de la vessie, III, 166 ; — manœuvres dans les grandes vessies, III, 166 ; — dans les cellules adventices, III, 167 ; — ensemble des manœuvres de préhension, III, 167 ; — préhension indirecte du calcul, manière de le faire venir à l'instrument, III, 168 ; — renseignements que donne le lithotriteur sur le volume et la consistance du calcul, III, 164, 175, 176 ; — ils ne sont pas absolument rigoureux, III, 176 ; — rareté de la résistance du calcul au lithotriteur, III, 177.

La puissance du lithotriteur doit être en rapport avec la consistance et le volume des calculs, III, 175, 176 ; — le lithotriteur saisit plus facilement les petits fragments qu'il ne les

touche, III, 178 ; — il révèle le nombre des calculs, III, 179.

Du broiement dans la lithotritie, sa durée, III, 442 ; — le broiement bien fait facilite l'évacuation, III, 442 ; — il faut le pousser aussi loin que possible, III, 447, 512 ; — c'est le moyen de réduire au minimum la tension des lavages et de l'aspiration qui ont plus d'inconvénients que le contact répété, III, 448 ; — c'est enfreindre le précepte du peu de durée des manœuvres, mais c'est assurer le débarras immédiat des fragments et limiter le traumatisme, II, 176 ; — Il faut le suspendre, quand il survient des contractions de la vessie, III, 510 ; — cependant l'opération peut être continuée, à la condition de subordonner l'action à la tolérance de la vessie, III, 511 ; — on la retrouve souvent plus calme après une suspension, III, 513 ; — Il ne faut pas retirer l'instrument pour mélanger les manœuvres d'extraction et de broiement, III, 514, 515 ; — Le chloroforme ne dispense pas de réduire au minimum le traumatisme opératoire, III, 512 ; — phénomènes déterminés par la manière d'opérer, III, 513.

*Difficultés créées pour le broiement* par les grandes déformations de la vessie ; comment les vaincre ? III, 180 à 182 ; — par les cellules, III, 183 ; — par les contractions irrégulières, III, 157, 184 à 189 ; — vessies en portefeuille, III, 187 ; — quelquefois cependant les contractions partielles, en modifiant la profondeur et la forme du bas-fond, rendent service, II, 413 ; — par la trop grande dépressibilité des parois vésicales, chez la femme et chez l'enfant, III, 190, 191 ; — les manœuvres sont facilitées par l'hypertrophie de la prostate et la formation du bas-fond vésical, I, 44 ; — par le trop grand volume de la pierre, III, 194 ; — les gros calculs ne sont pas toujours plus faciles à trouver que les petits, III, 194 ; — pour ces derniers l'aspiration est souvent nécessaire, III, 195, 197 ; — manœuvre du piège, III, 195 ; — pierres, petites, poreuses et légères ; — calculs flottants, III, 195, 196, 197 ; — pierres enchatonnées, III, 184, 198 ; — pierres adhérentes, III, 188 ; — pierres au sommet de la

vessie, II, 417 ; III, 186, 187, 188 ; — difficultés dues à des sensations dures autres que celles de la pierre, III, 197 ; — colonnes dures, III, 198.

*Évacuation des fragments.* A *Lavages.* — L'évacuation, c'est le broiement, III, 442 ; — L'évacuation spontanée des débris calculeux se fait mieux dans la position horizontale sur le dos que dans la position verticale, III, 433 ; — inconvénients de leur engagement dans l'urètre après la lithotritie, I, 262, 263 ; II, 105 à 107, 190, 433 ; — Utilité des grands lavages, III, 434 ; — les instruments en gomme, qui permettent l'évacuation des poussières, sont mauvais pour celle des fragments, III, 434 ; — l'instrument métallique (videur de Heurteloup) est préférable, III, 435 ; — Sa courbure, III, 436 ; — son calibre, ses yeux, son mandrin, III, 435 ; — services que peut rendre ce mandrin, III, 435 ; — il doit pouvoir se démonter, III, 437 ; — Les opérés doivent être dans la position horizontale, III, 437 ; — utilité du coussin, III, 438 ; — la position verticale est rarement indiquée, III, 438 ; — Des séances successives répétées, leur utilité, III, 439.

Technique des grands lavages ; — abondance et répétition des injections, III, 439 ; — comment les lavages font sortir les débris, III, 440 ; — les inhalations chloroformiques doivent être ralenties pendant les lavages, III, 441, 449, 512 ; — durée des lavages, III, 442 ; — quantité de liquide employé, III, 441 ; — poids des fragments ainsi évacués, III, 441 ; — les grands lavages contribuent à l'antisepsie de la vessie, III, 443 ; — position de la sonde pour les grands lavages, III, 443 ; — peu d'efficacité des instruments à double courant pour l'évacuation des graviers, III, 444.

B *Aspiration.* — L'aspiration des graviers après la lithotritie est indispensable, III, 442, 445, 446, 448 ; — c'est le complément des lavages, III, 447 ; — Cependant, elle est loin de constituer toute l'opération, aussi le terme de *Litholapaxie* de Bigelow ne convient-il pas, III, 444, 447, 514.

Conditions chirurgicales, III, 445 ; — nécessité du broiement complet, III,



447, 448 ; — l'aspiration enlève les fragments mieux que les poussières, III, 447 ; — c'est un excellent moyen de contrôle, III, 446 ; — cliquetis révélateur, III, 447.

Conditions physiologiques, III, 448 ; — la chloroformisation doit être plus complète que pour les lavages, III, 448 ; — la vessie doit se laisser faire pendant l'aspiration, III, 448, 449 ; — les contractions de la vessie auxiliaires des lavages sont antagonistes de l'aspiration, III, 449 ; — l'aspiration, doit être courte, III, 449 ; — degré de réplétion de la vessie pour l'aspiration, III, 449, 450 ; — la vessie ne doit pas saigner, III, 451.

Conditions physiques, III, 451 ; — les remous sont nécessaires, III, 451 ; — l'aspiration ne s'exerce qu'à très petite distance, III, 451 ; — aussi l'instrument doit-il être successivement présenté dans toutes les régions de la vessie, III, 452 ; — les aspirations ne doivent pas être très rapides, III, 452.

Conditions instrumentales, III, 452 ; — les sondes coudées métalliques conviennent au plus grand nombre des cas, III, 452 ; — leur adaptation à l'aspirateur, III, 453 ; — volume nécessaire : n° 21 à 26 ; III, 453, 454 ; — le grand volume de la prostate peut rendre l'aspiration difficile, III, 454 ; — danger de distension en pareil cas, III, 454, 455 ; — il faut alors la sonde à grande courbure, III, 455.

Aspirateur, sa description, III, 456 ; — avantages d'un récipient à col long et rétréci, III, 457 ; — inutilité des soupapes, III, 457.

L'évacuation doit être autant que possible complète en une séance, III, 515 ; — utilité des séances prolongées, III, 516 ; — utilité d'une vérification immédiate ou ajournée, III, 516 ; — répétition des séances dans les cas de calculs phosphatiques développés dans les vessies anciennement infectées, III, 517 ; — l'évacuation devient très difficile quand la sensibilité de la vessie est mise en jeu, III, 514.

*Anesthésie générale.* — Son but : empêcher les contractions de la vessie sans supprimer sa contractilité, III, 498, 499 ; — choix du chloroforme, III, 498 ; — le petit chloroforme suffit quand il n'y a pas de

cystite, III, 500, 549 ; — même si le calcul est volumineux, III, 502 ; — le grand chloroforme est indiqué par la cystite ou le volume du calcul, III, 505, 523 ; — indication de passer du petit au grand chloroforme au cours de l'opération, III, 504, 505, 524 ; — l'association de la morphine et du chloroforme est utile dans les cas d'excessive sensibilité de la vessie au contact et à la tension, III, 505 ; — il faut ainsi moins de chloroforme, III, 507.

Le chloroforme supprime la sensibilité aux contacts, mais laisse persister la sensibilité à la tension, III, 508 ; — il assure le calme de la vessie malgré l'agitation des membres, III, 509, 524 ; — le grand chloroforme met d'abord la vessie en état de collapsus pendant quelques minutes, III, 510 ; — puis surviennent des contractions qui obligent à suspendre le broiement, III, 510 ; — cependant l'opération peut être reprise ensuite, mais surbordonnée à la tolérance de la vessie, III, 511 ; — les inhalations doivent être suspendues pendant les lavages, III, 441, 449, 512 ; — reprises pendant l'aspiration, III, 448, 449 ; — c'est le chirurgien qui doit les régler pendant la lithotritie, III, 509 ; — Le chloroforme ne permet pas d'obtenir la dilatation mécanique de la vessie ; danger de rupture, III, 517, 518.

Les inhalations ne doivent être commencées qu'après le lavage préalable de la vessie, III, 519 ; — on verse par gouttes pour le petit chloroforme, III, 519 ; — par grammes pour arriver au grand et de nouveau par gouttes ensuite, III, 520 ; — les inhalations doivent être plus abondantes quand les contractions de la vessie se répètent, III, 522 ; — et conduire, s'il le faut, à la résolution complète, III, 524.

*Anesthésie locale,* III, 549 ; — dans la vessie saine, peu d'utilité de la cocaïne à doses physiologiques, III, 527, 549 ; — ses dangers, II, 226 ; — utilité douteuse de l'antipyrine, III, 550 ; — Dans la vessie pathologique, la sensibilité au contact, à la pression, à la tension, ne subit aucune atténuation par les anesthésiques locaux, III, 550, 551.

*Antiseptie de la lithotritie,* III, 61 ; — pour les instruments métalliques, chaleur sèche à 150° une demi-heure, III, 61 ; — pour les instruments en gomme, voir *Stérilisation.* — Antiseptie de l'aspirateur, III, 61, 62 ; — inutilité des soupapes, argenture des espèces métalliques, lavage savonneux, puis séjour d'une solution nitrée pour stériliser la surface interne, III, 62.

*Accidents de la lithotritie.* — Fréquence des accès fébriles dans la lithotritie ancienne à séances courtes et multiples, II, 104 ; — ils étaient surtout dus à l'engagement des fragments, II, 105, 106 ; — alors, ils survenaient plus vite qu'après le simple traumatisme opératoire, II, 107 ; — action fébrigène décroissante des séances successives, II, 104 ; — Les traumatismes de la vessie sont peu fébrigènes, II, 110 ; — La lithotritie à séances prolongées a diminué la fièvre par la limitation du traumatisme instrumental et plus encore de celui qui était dû au passage des fragments, II, 110 à 111 ; — si la lithotritie moderne enfreint le précepte du peu de durée des manœuvres, elle offre le grand avantage de débarrasser immédiatement des fragments et de supprimer les accidents de leur expulsion, II, 176 ; — il faut prévenir leur engagement pour empêcher la fièvre, II, 190 ; — engravement du canal pendant la lithotritie, I, 263.

Danger de la lithotritie dans les cas d'excessive sensibilité au contact et à la tension, III, 505, 506 ; — l'emploi de la morphine et du chloroforme en supprimant la douleur diminuent les chances de fièvre, II, 173 à 175 ; — Pour éviter la fièvre, le chirurgien doit : ménager et protéger l'urètre, vider et purifier la vessie, II, 113.

Utilité de la sonde à demeure après l'opération, III, 331, 340.

Après la lithotritie, la persistance de fragments dans la vessie peut être reconnue par la cystoscopie, III, 244.

## M

**MANDRIN.** — Pour transformer les sondes coudées en sondes bicoudées, III, 289,

313 ; — mandrin coudé et mandrin courbe, III, 312 ; — le mandrin doit faire corps exactement avec la sonde, III, 311 ; — utilité de l'ajutage conique mobile, III, 311 ; — manœuvre des instruments souples munis de mandrin, III, 290, 311 ; — comment la sonde pénètre dans la vessie à l'aide du mandrin, III, 312 ; — exécution de la manœuvre, III, 314 ; — moment où doit être opéré le retrait partiel du mandrin, III, 313, 314 ; — Causes d'échec de la manœuvre du mandrin, III, 315 ; — Elle est particulièrement indiquée pour les fausses routes bulbaires et prostatiques, III, 324.

Le mandrin des sondes aspiratrices en facilite la désobstruction, III, 435 ; — il protège le canal contre l'œil tranchant de l'instrument, III, 436 ; — il doit être démontable pour le nettoyage et la stérilisation, III, 437.

**MANŒUVRES OPÉRATOIRES.** — La durée doit être aussi courte que possible, II, 169 ; — sans exclure pour cela la mesure et la prudence, II, 170 ; — la force doit être absolument exclue, II, 169 ; — Les obstacles urétraux commandent parfois des manœuvres longues, mais elles doivent toujours être douces, II, 171 ; — Le précepte du peu de durée est enfreint par la lithotritie moderne, II, 176 ; — mais en permettant le débarras immédiat des fragments, elle limite le traumatisme, II, 110 à 111.

**MÉAT.** — Son siège, ses dimensions, ses écoulements, II, 243, 363 ; — son atrésie congénitale, rôle pathogénique, I, 61 ; III, 126 ; — cette étroitesse et l'agglutinement de ses lèvres peuvent causer certaines déformations du jet, I, 40 ; — Atrésie par chancre, I, 14, 137 ; — Le méat est le point le plus étroit du canal, II, 309 ; — il n'est pas dilatable, II, 313 ; — Arrêt de calculs au méat, I, 258 ; — il faut les faire basculer avec la sonde cannelée, I, 258 ; — Il est souvent utile de le débrider pour l'introduction et la manœuvre des gros instruments ; comment procéder ? II, 340, 363 ; III, 126, 127.

**MÉDULLAIRES (AFFECTIIONS).** — Cause de crises vésicales et urétrales comme symptômes de début, I, 25 ; — cause de mictions fréquentes, I, 24 ; — de mictions difficiles, I, 31 ; — rares,