

I, 38; — douloureuses, I, 53; — de spasme du col, II, 361; — de rétention, I, 115; — d'incontinence, I, 266.

MEMBRANES (PSEUDO-). — Voir *Fausse membranes*.

MEMBRANEUSE (RÉGION). — Son appareil musculaire, ses fibres striées, II, 337; — elle est normalement contractile et sensible, II, 350, 358; — Elle divise l'urètre en deux portions, antérieure et postérieure, II, 294, 352; — preuves: électrisation, rigidité cadavérique, II, 351; — expérience des instillations faites en avant et en arrière, II, 350, 351; — conséquences au point de vue des hémorragies et des sécrétions normales et pathologiques du canal, II, 352, 353; — La région membraneuse est soumise à la volonté, II, 358; — sa force tonique, II, 358; — c'est le seul obstacle normal de l'urètre, II, 313, 315; III, 84; — elle est un point de repère chirurgical, II, 345; — Exploration de la région membraneuse, III, 82, 83; — comment la franchir, III, 83, 84; — sensation fournie au retour par l'instrument, III, 84; — vive sensibilité normale de la région membraneuse, II, 365; — elle est parfois très prononcée chez les neurasthéniques, I, 52, 53; II, 366; — et peut être mise en éveil par le doigt rectal, II, 366; — Sa sensibilité au contact et à la tension, II, 366.

La région membraneuse empêche l'accès des microbes de l'urètre antérieur dans l'urètre postérieur, II, 364, 368, 369.

Son électrisation localisée dans l'incontinence infantile, I, 275 à 277.

C'est la région membraneuse qui est le siège du spasme urétral, II, 360; — Dans les grands lavages de l'urètre, elle se laisse vaincre plus facilement sous l'influence de l'anesthésie locale, III, 500.

MERCURIELLES (VAPEURS). — Elles stérilisent les sondes, mais lentement, III, 28, 29.

MICROBES, MICROORGANISMES. — L'appareil urinaire est dépourvu de microbes à l'état normal, II, 30, 364; — mais l'urètre antérieur en contient presque toujours, II, 29, 364; III, 6; — ces microbes saprophytes sont inoffensifs, II, 368; — ils n'empêchent pas de

faire le cathétérisme aseptique de la vessie, I, 224; II, 29, 40; III, 34, 35, 41, 42, 369; — le gonocoque, qui cultive si bien dans l'urètre, cultive très mal dans la vessie, II, 371; — c'est l'inverse pour le coli-bacille, II, 371 à 373; — Comme celui-ci cultive très facilement sous le prépuce et la vulve, II, 371; — la désinfection du méat avant le cathétérisme est indispensable pour prévenir l'infection de la vessie, II, 372.

Les microbes peuvent pénétrer directement dans la vessie chez la femme, II, 28; — non chez l'homme, II, 28; — Le plus souvent, ils sont portés par les instruments du cathétérisme, II, 29, 374; — par la sonde à demeure, III, 336, 369, 373; — L'infection indirecte par une autre voie que l'urètre est possible, mais très rare, II, 27; — cependant, le bacille de Koch envahit la vessie par la voie circulatoire plutôt que par sa surface interne, II, 442; — Pénétration des microbes à travers la paroi vésicale, II, 443; — leur passage de l'intestin dans la vessie, II, 10; — Faible réceptivité de la vessie saine à l'infection, II, 423 à 425; — prompt expulsion des microbes injectés, II, 430; — action du coli bacille, II, 429; — le passage dans la vessie des matières et des gaz intestinaux est une faible cause d'infection, II, 429; — le bacille de Koch demeure également sans effet, à moins de cystite combinée avec la rétention, II, 431, 432, 437; — l'uro-bacillus est le seul microbe qui infecte la vessie sans préliminaire, II, 440, 441; — son extrême virulence, I, 569; — temps nécessaire pour que les microbes, ayant pénétré dans la vessie, y produisent de la cystite, II, 441; — la condition nécessaire est la constitution d'un état pathologique de la paroi vésicale, II, 442; — le rôle des microbes est subordonné aux conditions créées par les lésions des organes, I, 567; — Ascension des microbes vers le rein dans la rétention expérimentale, I, 84, 85, 96; — rôle du coli-bacille et des autres microbes dans les néphrites ascendantes, II, 33, 34, 35; — conditions d'ascension des microbes par les urètres: il faut une infection vésicale et de la rétention, II, 449.

Les espèces microbiennes trouvées dans l'appareil urinaire sont nombreuses, II, 22, 155, 157; — microbes de l'urine, I, 342 à 346; — de l'urètre, I, 352 à 359; — des urines septiques, I, 370 à 372; II, 155, 157; — Pas d'urines purulentes sans microbes, I, 515; — leur nécessité pour la transformation ammoniacale, I, 564; — micrococcus ureæ (torule ammoniacale), I, 563, 572, 573; — faible pouvoir ammoniogène du coli-bacille et de l'uro-bacillus septicus, I, 587; — L'action nocive des microbes est directe et n'a pas pour intermédiaire l'altération de l'urine, II, 24; — Bactériurie sans pyurie, II, 25, 26; — dans les maladies infectieuses, II, 32; — dans ces cas, les microbes disparaissent quand il n'y a plus d'albuminurie, II, 31.

Variabilité de la virulence des microbes urinaires et de leurs effets, II, 33; — origine microbienne de certaines suppurations peri-urinaires, II, 38, 39; — les microbes de l'urètre normal sont inoffensifs, tant qu'ils ne sont pas entraînés avec l'urine dans les tissus par une plaie urétrale, II, 107; — la bactérie pyogène ou coli-bacille est l'agent de l'infection urinaire, II, 37, 131, 456; — période bactériologique de l'étude de l'empoisonnement urinaire, II, 150 à 160 — travaux d'Albarran et Hallé établissant le rôle de la bactérie pyogène dans l'infection urinaire, II, 154; — association possible de cette bactérie avec d'autres microbes, II, 157; — son action sans la participation de l'appareil urinaire, II, 159; — théorie définitive de la fièvre urinaire, II, 160, voir *Fièvre, Infection, Réceptivité*.

MICTION. — Normale, son mécanisme, I, 39; — la miction est fonction de la vessie plus que du canal, I, 40, 143.

Tableau synoptique des troubles de la miction, I, 48.

M. difficile, I, 30; — chez les myélitiques, I, 31; — chez les prostatiques, I, 31; — chez les rétrécis, I, 31.

M. fréquente par troubles digestifs, I, 21; — par affection du gros intestin, I, 22; — sa valeur associée à d'autres symptômes, I, 23; — chez les hypochondriaques et les impres-

gionnaires, — *Voies urinaires*, III.

sionnaires, I, 23, 24; — dans les affections médullaires, I, 24; — plus accusée la nuit chez les prostatiques, I, 26, 66, 218; — dans la rétention aiguë incomplète, I, 109; — plus accusée le jour chez les calculeux, I, 26; — égale, nuit et jour, dans les rétentions, I, 27, 161; — dans la cystite, I, 28.

M. retardée chez les prostatiques, I, 32, 33; — dans la rétention aiguë incomplète, I, 109; — chez les rétrécis, I, 148; — chez les neurasthéniques, I, 34.

M. avec efforts, chez les calculeux, I, 35; — chez les rétrécis, elle n'est pas en rapport avec l'étranglement du canal, I, 36; — chez les prostatiques au début de la miction, I, 37; — chez les rétrécis, toute la miction, I, 37; — chez les myélitiques, toute la miction, I, 37; — positions prises par les malades, I, 38.

M. rare chez les tabétiques et les neurasthéniques, I, 38.

M. impérieuse dans la cystite, I, 29; — chez les névropathes et les dyspeptiques, I, 30.

M. douloureuse, apparition précoce dans les affections inflammatoires, I, 48; — graduelle chez les calculeux, les néoplasiques, I, 48; — modifiée par le mouvement ou le repos, I, 49, 51, 59, 67, 467; III, 500; — au début de l'acte chez les prostatiques, I, 54, 55; — pendant toute sa durée chez les blennorrhagiques, les ammoniuriques, les tuberculeux, I, 55, 56; — à la fin chez les calculeux et dans la cystite, I, 57.

M. spontanée chez les prostatiques atteints de rétention: ils doivent éviter les efforts, I, 186; — sa reprise prématurée, ses inconvénients, I, 190; — il est exceptionnel qu'elle se rétablisse chez les prostatiques atteints d'incontinence, même après une action chirurgicale sur la prostate, I, 202, 286.

MIGRAINE. — Chez les urinaires, par troubles dyspeptiques, II, 211.

MORPHINE. — Son utilité au début de l'accès urinaire, II, 147; — elle augmente la capacité de la vessie en calmant la douleur, II, 405; — elle est très utile dans le traitement des hématuries, en diminuant les contractions de la vessie, I, 509; —

avant l'administration du chloroforme, elle facilite la lithotritie dans les cas d'excessive sensibilité au contact et à la distension, III, 505; — elle concourt à empêcher la fièvre, II, 175; — elle diminue la quantité de chloroforme nécessaire, III, 507; — elle n'est pas contre-indiquée par les lésions rénales, III, 506; — comment l'administrer, III, 507.

MOUVEMENT. — Son action sur la fréquence de la miction, I, 26; — sur la douleur chez les calculeux et dans la cystite, I, 49, 51, 59, 67, 467; III, 500; — influence des divers modes de locomotion, I, 60; — influence de l'intensité des mouvements, I, 67; — influence comparée du mouvement et du repos sur la marche des hématuries chez les calculeux et quelquefois chez les néoplasiques, I, 466, 468.

MUCINE. — Comment elle se distingue de la pyine, I, 521.

MUCUS, MUCO-PUS. — Sécrétion muqueuse normale de la vessie, I, 544; — ce qu'il faut entendre quand on parle de mucus abondant, de muco-pus; utilité de ces expressions au lit des malades, I, 544, 545.

MUGUET. — Dans le 1^{er} type de la forme aiguë de la fièvre urinaire, II, 53; — dans le 2^e type, II, 59; — dans la forme lente, II, 197; — chez les urinaires dyspeptiques, II, 232, 233.

N

NÉOPLASMES. — De l'excavation pelvienne; cause de rétention, I, 251.

Du rein. Voir *Rein*.

De la vessie. Voir *Vessie*.

De la Prostate. Voir *Prostate*.

NÉPHRITES. — N. parcellaire, cause d'albuminurie intermittente, I, 422; — n. aiguë, cause d'hématurie, I, 490; — d'anurie, I, 629; — la fièvre occupe peu de place dans la symptomatologie des néphrites, II, 116, 117; — cylindres abondants, symptôme de néphrite albumineuse, I, 331; — les néphrites médicales sont beaucoup plus graves et plus irrémédiables que les néphrites chirurgicales, II, 120; — les néphrites infectieuses sont-elles préexistantes ou consécutives au passage des microbes, II, 33;

— des néphrites ascendantes: rôle du coli-bacille et des autres microbes, II, 33 à 35; — un état néphrétique récent, une colique néphrétique favorise l'infection par le cathétérisme dans les rétentions, III, 37.

NÉPHROTOMIE ET NÉPHRECTOMIE. — Avant de les pratiquer, il est utile de s'assurer de la perméabilité de l'uretère par la cystoscopie, III, 255.

NÉVROPATHIE, NEURASTHÉNIE. — Cause de mictions fréquentes, I, 24, 29; — de mictions impérieuses, I, 30, 53; — de mictions rares, I, 38; — de mictions retardées, I, 34; — de mictions douloureuses, I, 51, 52; — de rétention d'urine spasmodique, I, 115, 116, 126, 232, 361; — d'incontinence d'urine, I, 266, 267; — de sensibilité excessive de la région membraneuse, I, 52, 53; II, 366.

Les troubles de la miction chez les névropathes peuvent être modifiés par la cocaïne, non par l'antipyrine et le gaïacol, III, 555.

NITRATE D'ARGENT. — Son emploi en lavages: dosage, quantité de liquide à employer, température, technique, III, 468 à 471.

Son emploi en instillations: dosage, technique, III, 397, 406, 407, 468.

Indications cliniques des lavages et des instillations, voir *Lavages et instillations*.

Porte caustique de Lallemand, III, 396.

Le nitrate d'argent, utile contre les hématuries avec cystite, devient nuisible quand il y a congestion, I, 510.

Son action favorable contre l'ammoniurie, I, 558, 559, 563.

Son application à la stérilisation des sondes, son insuffisance, ses inconvénients, III, 47, 46.

NUIT. — Augmente la fréquence des mictions chez les prostatiques, I, 26, 66, 158, 193, 218, — dans la rétention aiguë incomplète, I, 109; — rend la miction plus difficile chez les rétrécis, I, 144; — produit l'incontinence chez les prostatiques et la fait cesser chez les rétrécis, I, 219, 283; — Son rôle dans l'incontinence essentielle des enfants, I, 270; — Elle diminue la fréquence et la douleur chez les calculeux, I, 66; III, 500; — elle exerce

une action favorable sur leurs hématuries, I, 466 à 468, 507; — elle augmente la polyurie des affections rénales, pourquoi? I, 648, 649; — elle congestionne la vessie, II, 408.

ODEUR URINEUSE. — Dans la fièvre urinaire, sa valeur, II, 61.

OLIGURIE. — Dans la rétention expérimentale, I, 86.

Conditions cliniques où elle se présente, I, 383, 618; — lésions graves, anciennes et complexes, I, 618; — traumatismes accidentels et chirurgicaux, I, 619; — approche de la mort, I, 621; — accès de fièvre, I, 621 à 623; II, 61; — mode d'apparition brusque ou graduel, son importance, I, 620; — valeur pronostique de l'oligurie, I, 623.

OPIMUM. — Voir *Morphine*.

ORCHITE. — Voir *Épididymite*.

OXALATE DE CHAUX. — Sédiments d'oxalates, I, 335; — conditions cliniques de leur formation, I, 337; — conditions accidentelles de leur présence dans l'urine, I, 431; — conditions pathologiques, I, 431; — influence de l'alimentation végétale chez les enfants pauvres, I, 432; — forme des cristaux, I, 432.

Rôle provocateur possible de l'acide oxalique sur la formation des calculs uriques, I, 434; — par l'intermédiaire de petites lésions rénales, I, 435; — expériences négatives de Chabré sur l'oxalurie alimentaire provoquée, I, 437; — nécessité d'une prédisposition spéciale, I, 438.

P

PALPATION. — Ses principes: il n'y a pas de mains légères, il n'y a que des mains attentives, II, 240, 241.

P. par pression, II, 249; — par pincement, II, 252; — par frôlement, II, 253.

P. hypogastrique, II, 247; — le décubitus dorsal est la position qui assure le mieux le relâchement musculaire, II, 250; — la palpation doit être faite en mesure pour profiter

des mouvements respiratoires, II, 251; — le chloroforme est quelquefois très utile, II, 249; — la palpation simple de la vessie peut permettre de sentir le globe vésical distendu ou une tumeur juxta-vésicale, II, 271, 272; — elle permet très rarement de sentir un calcul ou une tumeur vésicale, II, 271; — ne pas prendre le globe vésical pour une tumeur, II, 272.

La palpation hypogastrique doit être combinée avec le toucher rectal, II, 241, 273, 278, 281; — pourquoi le malade doit être dans le décubitus dorsal et non latéral, II, 279; — palpation appliquée au diagnostic de la rétention incomplète sans distension, I, 212; — de la rétention incomplète chronique avec distension, II, 220.

P. des régions inguinales, II, 247.

P. de l'appareil génital externe de l'homme, II, 248; — de la palpation brusque pour la recherche de l'hydrocèle, II, 252.

P. du périnée; — elle permet quelquefois de sentir des viroles, dans les cas de rétrécissements urétraux, III, 119.

P. du flanc, II, 248; — du rein, II, 254; — p. lombaire, II, 254; — elle doit se faire dans le triangle costo-vertébral, II, 255; — elle doit être bimanuelle, II, 255; — procédé de Glénard, II, 256; — d'Israël, II, 257; — leur valeur comparée, II, 258; — Chloroforme pour la palpation du rein, II, 259.

Ballotement rénal, II, 260 à 264; — sa recherche est toujours négative, quand le rein est absolument normal, II, 263; — elle peut être observée dans la rétention aiguë, I, 106; — elle est particulièrement utile pour le diagnostic précoce des tumeurs du rein, II, 264; — le ballotement peut se rencontrer dans certaines affections des organes voisins du rein, mais à condition qu'il y ait contact avec la fosse lombaire, II, 265; — il est impossible, quand le rein reste sous-costal ou quand il est trop développé, II, 266.

Sensibilité rénale provoquée par la palpation, sa signification, II, 266; — dans les néphrites aiguës, II, 266; — dans les néphrites chroniques, II, 267.

P. dans les cas de calculs et de tumeurs du rein, II, 268.
 P. de l'uretère, II, 269, 270.
 PARASITES ANIMAUX DE L'URINE, I, 325.
 PARESSE VÉSICALE. — Chez les myéliques, I, 31, 33; — dans la neurasthénie, I, 126, voir *Inertie*.
 PEPTONE. — Dans les urines, I, 429.
 PERCUSSION du rein, II, 289; — en avant, II, 289; — en arrière, II, 290; — elle fournit des renseignements infidèles, II, 289, 290.
 De la vessie. — Comment la pratiquer, II, 292; — sonorité possible avec rétention considérable, II, 291; — valeur nulle de la percussion dans le diagnostic de la rétention incomplète sans distension, I, 212.
 Utilité de la percussion dans l'exploration métallique de la vessie; — comment la pratiquer, III, 159, 173.
 PÉRINÉE. — Son inspection: cicatrices périnéales révélatrices, II, 245.
 Sa palpation au point de vue des complications inflammatoires des rétrécissements, II, 276; — au point de vue des corps étrangers, II, 277.
 Traumatisme du périnée, cause de rupture de l'uretère et de rétrécissement, I, 137.
 Incision périnéale dans les abcès prostatiques, I, 132; — dans l'infiltration d'urine, I, 234, 243, 244; — sans urétrotomie immédiate, I, 135; — dans les traumatismes graves de l'uretère, I, 243; — elle est insuffisante; il faut y joindre la recherche du bout postérieur et la sonde à demeure, I, 243; — le plus tôt possible, I, 244.
 Fistulisation périnéale chez les prostatiques, I, 199.
 Boutonnière périnéale pour calcul de l'uretère, ses inconvénients, I, 258.
 PERMANGANATE DE POTASSE. — Sa remarquable efficacité en grands lavages dans les cas d'urétrites gonococciques, III, 393, 466; — sa faible efficacité dans les cystites, III, 467; — son action sur la vessie; hématuries provoquées par les fortes doses, III, 466, 467.
 PHIMOSIS acquis, signe de diabète, II, 245.
 PHOSPHATES de l'urine, I, 335, 413; — conditions cliniques de leur sédimentation, I, 337, 439; — cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien

dans les urines alcalines, I, 542; — genèse des calculs phosphatiques, I, 542; — traitement préventif des calculs phosphatiques, I, 414.
 PHYSICO-CHIMIQUE (ANALYSE) de l'urine, I, 373 à 442, voir *Urines*.
 PHYSIOLOGIQUE (ANALYSE) de l'urine, I, 364 à 373, v. *Urines*.
 PISSEURS DE PUS. — Voir *Pus*, *pyurie*.
 PNEUMATURIE, I, 608; — Étude clinique du symptôme, I, 609; — origines diverses des gaz, I, 610; — leur introduction mécanique, I, 610; — leur origine intestinale, I, 610, 611; — leur développement spontané dans la vessie: pneumaturie diabétique, I, 612 à 616; — développement de gaz dans la vessie de cause indéterminée, I, 615; — pneumatose rénale, I, 616.
 POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE et son traitement, III, 462; — influence de l'habitude sur la capacité de la vessie, II, 395; — états morbides que peut dissimuler la pollakiurie psychopathique, III, 463; — alors, la dilatation mécanique devient dangereuse, III, 463.
 Action de l'anesthésie locale sur les pollakiuries névropathiques, III, 554; — le spasme en est-il la cause? III, 554; — la cocaïne est sans effet, III, 554.
 POLYURIE. — Ses caractères: quantité d'urine rendue, I, 383 et 384, 632; — elle n'est pas en rapport avec les boissons ingérées, I, 635; — elle est plus marquée la nuit que le jour, I, 635; — aspect: polyurie claire, I, 634, 635; — polyurie trouble, I, 537, 634, 635; — son influence sur le pus qui se sépare incomplètement, I, 536; — état du parenchyme rénal dans les deux cas, I, 635, 636; — l'urine des polyuriques est ordinairement acide, I, 636; — sa densité faible (1005 à 1010), I, 636; — sa composition normale, sauf pour l'acide urique qui est très réduit, I, 636, 637.
 Étude clinique: polyurie intermittente, I, 637; — polyurie permanente, I, 638; — transitoire dans la rétention aiguë, dans la tuberculose urinaire, I, 638; — et dans les cas peu anciens d'obstacles urétraux et prostatiques, I, 639; — elle devient définitive quand des lésions rénales suppurées ont eu le temps de se produire,

I, 602, 639, 640; — caractères des urines rénales, I, 640; — polyurie de la cachexie urinaire, I, 641.
 Diagnostic: Souvent méconnue, parce qu'elle n'est pas recherchée, I, 642; — Distinction d'avec le diabète et l'azoturie, I, 642.
 Pronostic: I, 643, 651.
 Pathogénie: Suractivité rénale produite par: A, excitation douloureuse de la sensibilité de l'uretère profond ou de la muqueuse vésicale chez les impressionnables, I, 644. — B, envies répétées d'uriner pendant la nuit, I, 645, et même pendant le jour, I, 646; — C, rétention d'urine complète ou incomplète surtout avec distension, I, 86, 649.
 Ce qu'il faut penser de la polyurie *ex-vacuo*, I, 648; — pourquoi la polyurie des affections rénales est surtout nocturne, I, 648, 649.
 Conditions cliniques où on l'observe: après la rétention expérimentale, I, 85, 86; — dans la rétention aiguë, I, 104; — dans les rétentions chroniques, I, 98; — dans la rétention des prostatiques, I, 160, 161; — dans la rétention incomplète chronique avec distension, I, 220; — chez les pisseurs de pus (lésions rénales, suppurées), I, 602; — dans la cachexie urinaire, I, 641; II, 207.
 POMMADE SOLUBLE pour graisser les instruments, III, 15, 16, 41, 49, 50.
 PONCTION SUS-PUBIENNE de la vessie. Supériorité de l'aiguille fine de l'aspirateur Dieulafoy sur l'ancien trocard, I, 194, 242; — Son emploi dans la rétention des rétrécis, I, 154; — chez les prostatiques, I, 194, 197; — dans les traumatismes graves de l'uretère, I, 242; — de la région membraneuse, I, 248; — dans les cas de fausses routes difficiles, III, 321, 322; — canule hypogastrique à demeure, I, 197, 242.
 PROSTATE (CANCER DE LA). — Utilité du toucher rectal pour apprécier sa consistance ligneuse et ses bosselures indurées, II, 285; III, 132; — sciatique symptomatique, I, 63.
 (HYPERTROPHIE DE LA). — Anatomie pathologique: L'hypertrophie atteint le plus souvent les trois lobes, I, 167; — mais elle peut être plus prononcée sur le lobe

moyen ou sur l'un des lobes latéraux, I, 167; II, 334; — surélévation du col de la vessie, I, 168; — excavation du bas-fond, I, 170; III, 146, 147; — allongement de la portion prostatique de l'uretère, I, 168; III, 133; — sa déviation, I, 168; — son élargissement, III, 133, 179; — intégrité de la paroi supérieure, I, 169; — c'est la paroi inférieure qui est surtout modifiée, III, 131; — elle présente quelquefois des lacunes où s'arrêtent les instruments, III, 135, 225; — induration et friabilité de la prostate hypertrophiée facilitant les fausses routes, I, 170; — le volume excessif de la prostate peut soulever la vessie et la faire saillir à l'hypogastre, II, 274; — comparaison de l'hypertrophie de la prostate avec celle des amygdales, I, 169; — la vessie des prostatiques comparée à celle des rétrécis, I, 164, 165.
 Congestion de la prostate dans la rétention aiguë, I, 73, 107.
 Symptômes: Age où ils apparaissent, I, 135; — leur division en trois périodes: 1° congestion; 2° rétention; 3° distension, I, 158.
 1° Période congestive: miction fréquente nocturne, I, 26; — retards de la miction, I, 32, 33; — déformations du jet, I, 40; — ensemble des symptômes, I, 137, 157, 158, 193; — polyurie des prostatiques, I, 160, 161.
 2° Période de rétention, I, 156, 157; — rétention complète, ses causes, sa description, I, 162, 163; — son traitement, I, 163.
 Rétention incomplète aiguë, I, 205; — ses causes, I, 205; — rôle des déformations prostatiques et de l'atonie vésicale, I, 206; — quand elle s'accompagne de distension, elle est très voisine de la rétention complète, I, 207; — sans distension, elle diffère de la forme chronique par la douleur, I, 207; — et souvent par la cystite, I, 208; — cependant elle peut se produire en dehors de toute infection ou cystite, I, 209; — alors, le traitement anti-phlogistique est indiqué et tout cathétérisme contre-indiqué, I, 209, 210.
 Rétention incomplète chronique, ses allures insidieuses, I, 211; — régularité d'horloge des besoins d'uriner, I, 161; — inertie vésicale primitive,

I, 163, 214; — secondaire, I, 166; — diminution de la contractilité vésicale, I, 214; II, 397, 398; — vessie des prostatiques comparée à celle des rétrécis, I, 164, 165; — troubles digestifs, I, 211, 215; II, 194 à 234; — symptômes locaux, I, 212; — symptômes généraux, I, 213; — accès fébriles, I, 215.

3° *Période de distension*. — Rétention incomplète chronique avec distension, I, 217; — différence entre la distension aiguë et la distension chronique, II, 402; — rôle de l'inertie, I, 217; — la distension porte sur tout l'appareil urinaire, I, 217; — rôle de l'ancienneté des lésions, I, 218; — son évolution insidieuse quand elle est aseptique, I, 218; — fréquence des mictions, I, 218; — incontinence nocturne, I, 219; — retentissement sur la santé générale, I, 219; — troubles digestifs, I, 219, 220; II, 210; — polyurie, I, 220, 633 à 651; — insuffisance rénale, I, 221; — cette forme de rétention n'est pas la conséquence, mais la cause de l'affaiblissement général, I, 222; — rôle de l'infection, I, 223, 224; — résistance aux accidents fébriles chez les prostatiques qui ont l'habitude de se sonder, II, 458, 459; — et même chez ceux qui ne se sondent pas, ne vident pas leur vessie et sont infectés, II, 460; — sans qu'il y ait atténuation de la toxicité des urines, II, 459; — utilité de l'évacuation régulière contre la fièvre, I, 485.

Diagnostic: Différence des symptômes entre les prostatiques et les rétrécis, I, 137; — insuffisance des notions recueillies par la percussion et la palpation, I, 212; — Renseignements fournis par le toucher rectal simple, I, 170, 171; II, 285; III, 132, 242; — sa valeur pour le diagnostic de la rétention, I, 114, 412, 213; — utilité de le combiner avec la palpation hypogastrique, I, 171, 273; II, 278, 281, 282; — saillie de la vessie vers le sacrum dans les rétentions partielles, II, 282; — I, 311.

Renseignements précieux fournis par l'explorateur à boule, I, 171, 172, 474; III, 134, 242, 291; — il indique l'instrument dont il faut faire choix pour l'évacuation, III, 291; — combinaison de l'explorateur à boule avec le toucher

rectal, III, 133; — renseignements fournis par l'explorateur métallique plein, III, 242; — vue endoscopique de la région prostatique dans le cas d'hypertrophie, III, 214; — utilité de la cystoscopie pour reconnaître une hypertrophie exclusivement localisée au lobe moyen en vue de la prostatectomie, III, 242; — diminution du lobe saillant de la prostate après castration double constatée par la cystoscopie, III, 243; — cas où la cystoscopie est nuisible, III, 243.

Traitement: L'intervention chirurgicale est nécessaire, la rétention des prostatiques ne peut se terminer spontanément, I, 173; — dans les cas de distension, utilité d'un traitement tonique préalable, I, 225.

Choix des instruments d'évacuation, leur manœuvre, antiseptie, manière de diriger l'évacuation, voir cathétérisme *Évacuateur*.

Dans les cas de cystite et d'infection, il faut un traitement modificateur par les lavages ou les instillations, voir *Lavages et Instillations*.

Miction naturelle chez les prostatiques qui ne vident pas leur vessie; ils doivent éviter les efforts, I, 186; — inconvénients de l'abandon prématuré de la sonde, I, 190; — il faut y recourir jusqu'à ce que la vessie se vide seule entièrement, I, 191; — les sondages doivent être continués, même quand il survient une complication d'orchite, de cystite ou de prostatite, I, 188.

Médication stimulante chez les prostatiques, I, 190; — électricité, I, 191; — saisons d'eaux, I, 191; — iodure de sodium, I, 192; — régime, I, 192; — danger des refroidissements, I, 192; — utilité des frictions sèches, I, 192.

Dans les cas exceptionnels où le cathétérisme est impossible, I, 194; — ponction sus-pubienne, I, 194 à 197; — canule hypogastrique à demeure, I, 197; — cystotomie et cystostomie sus-pubienne, I, 197, 198; III, 321, 334, 338, 341; — fistulisation périnéale, I, 199; — prostatectomie et prostatectomie, I, 200 à 204.

INFLAMMATIONS; ABCÈS. — Ont souvent pour cause des injections mal faites, I, 120; — produisent des douleurs ano-périnéales, I, 64; — des

difficultés de la miction, I, 132; — de la rétention complète, I, 128, 130, 132.

Cas où la rétention rend nécessaire le cathétérisme évacuateur, I, 130.

Suppositoires résolutifs, I, 131.

Terminaison fréquente par suppurations, sensations, fournies par le toucher rectal, II, 286; III, 132; — ouverture des abcès prostatiques par la sonde, elle est peu favorable, I, 131; — ouverture par le périnée, pour peu que le foyer soit important, I, 132; — ouverture par le rectum, I, 131; — danger d'hémorragie, I, 131; — nécessité de rechercher avec soin le battement des artères (pouls rectal), II, 286.

PROSTATORRHÉE. — Ses caractères histologiques, I, 339.

PUBIS (FRACTURES DU). — Cause de rupture de l'urètre (Région membraneuse), I, 248; — conduite à tenir, I, 249; — cystostomie, I, 249; — urétrotomie externe, I, 249; — cathétérisme rétrograde, I, 250.

PUERPÉRAL (ÉTAT). — Cause de rétention, I, 233.

PUS, PYURIE. — Fréquence et importance de la suppuration dans les maladies des voies urinaires, I, 514; — conditions qui la permettent et la favorisent, I, 515; — prédisposition individuelle, I, 515; — rôle des microorganismes, I, 515; — origine en dehors de l'appareil urinaire, I, 516.

Début de la pyurie souvent méconnu des malades, I, 517.

Causes, I, 517; — l'absence de cause est très importante à noter, I, 517.

Durée et évolution, I, 518; — valeur sémiologique de l'intermittence et de l'abondance de la suppuration, I, 518.

Examen des urines: Le sédiment purulent, I, 308, 519; — acidité ordinaire des urines purulentes, I, 519; — les leucocytes dans l'urine, I, 310 à 313, 519; — altération beaucoup plus rapide des leucocytes dans les urines ammoniacales que dans les urines acides, I, 520; — le sérum du pus dans l'urine contient de la sérine, I, 520; — distinction de la pyine et de la mucine, I, 521; — albumine contenue dans les urines purulentes,

I, 521, 526; — elle est en rapport avec la quantité de pus, I, 524; — la proportion augmente progressivement après l'émission dans les urines abandonnées à elles-mêmes, I, 523.

Aspect des urines mélangées de pus, I, 526; — trouble de l'urine, comment le constater, I, 526; — aspect du dépôt, sa hauteur, I, 527; — de la centrifugation de l'urine pour en obtenir immédiatement le dépôt, son utilité pour l'étude bactériologique, I, 295; — filaments purulents; ils se forment exclusivement dans l'urètre, I, 527, 528; — leur absence chez la femme, I, 529; — leur structure, I, 335, 336; — nuages floconneux, I, 529; — sédiments flottants, I, 530; — couches à surfaces et à contours irréguliers, à aspect grumeleux, leur signification, I, 531; — dépôts homogènes: pus en nature, I, 531; — l'abondance du pus est ordinairement liée à une lésion rénale; l'expression, cystite purulente, est donc mauvaise, I, 532; — le dépôt purulent peut contenir du sang, des grumeaux, des fragments néoplasiques, I, 483, 532, 533.

Examen des urines qui surnagent les dépôts, I, 533; — les urines rénales ne s'éclaircissent pas par le repos, polyurie trouble, I, 534, 536; — dépôt épais et glaireux des urines ammoniacales, I, 535; — altération des leucocytes dans les urines ammoniacales, I, 536, 537; — le dépôt peut être alcalin et les urines acides, I, 537; — cause de la viscosité des urines ammoniacales, I, 537; — transformation ammoniacale consécutive à l'émission, I, 538, 560; — urines filantes non ammoniacales, I, 538.

Dépôts d'aspect purulent, I, 538; — urines troubles par refroidissement (dépôt d'urates en excès), I, 539; — par alcalinité, ses causes, I, 540; — leur éclaircissement par les acides, I, 541; — précipitation des phosphates terreux de l'urine alcaline, I, 542; — transformation ammoniacale sans pus hors de la vessie, I, 540; — la kystéine, sa composition, sa valeur, I, 541; — utilité du microscope, ses inconvénients pour distinguer les divers dépôts, I, 541; — le sperme dans l'urine, I, 542; — les

dépôts muqueux, leur signification, I, 543 à 545.

Examen du malade : Conditions cliniques qui modifient et régissent les aspects des urines purulentes, I, 546 à 570; — théorie clinique de la putréfaction intra-vésicale, discussion des théories, conclusion, I, 570 à 592, voir *Ammoniurie, Cystite, Infection, Micro-organismes, Réceptivité*.

Valeur diagnostique du pus dans l'urine très faible, I, 592; — d'où vient-il? I, 592; — son abondance excessive, signification, I, 515, 593, 600, 602, 605, 606; II, 427, 428; — pyurie totale, initiale, terminale, I, 593, 594; — expérience des verres, I, 594; — le pus du premier verre est d'origine urétrale, I, 595; — pus dans le deuxième verre, I, 596; — le pus dans les cystites, I, 597; — dans les lésions rénales, I, 596 à 598; — pus fourni par les lésions de voisinage, I, 598.

Valeur pronostique, I, 599; — gravité de la suppuration survenue sans explication plausible, I, 600; — la tuberculisation urinaire est à craindre, I, 601; — les pisseurs de pus, souvent polyuriques, sont atteints de lésions rénales, I, 602.

Traitement : Il faut surtout traiter la cause, I, 604; — l'exploration intra-vésicale doit être légitimée par des troubles fonctionnels, I, 606, 607; — l'intervention chirurgicale est dangereuse chez les pisseurs de pus, I, 605, 606; — du traitement médical chez les pisseurs de pus, I, 607.

PUTRIDES (URINES), I, 313.

PYÉLITE. — Cause de suppuration abondante, I, 602; — absence ordinaire de fièvre dans la pyélite, II, 421; — à moins de rétention ou de recrudescence aiguë, II, 422, voir *Rénales (lésions)*.

PYÛNE. — Dans le sérum du pus de l'urine, I, 520; — comment elle se distingue de la mucine, I, 521.

R

RÉCEPTIVITÉ de l'urètre à l'infection gonococcique augmentée par de précédentes atteintes, II, 370.

R. de la vessie faible dans les conditions normales, I, 599; — la pré-

sence du coli-bacille ne suffit pas pour créer l'inflammation de la vessie, II, 429; — prompt expulsion des microbes; injectés dans la vessie normale, II, 430; — même quand il s'agit du bacille de Kock, II, 431, 432, 437; — l'urobacillus septicus est le seul microbe qui infecte la vessie sans préliminaires, II, 440, 441.

Résistance de l'épithélium de la vessie saine, II, 432; — circonstances adjuvantes: lésions préexistantes à l'infection, leur importance, I, 562, 566, 588; II, 436; — elles dominent l'étude de l'infection locale de la vessie, II, 425.

Rôle de la congestion, I, 34; — chez les tabétiques, I, 54; — dans les rétentions chroniques, I, 400; II, 88; 433, 434; — rôle des efforts de miction, I, 548; — de la présence du sang, I, 504; — de la présence du pus, de produits albumineux, de la transformation ammoniacale des urines, II, 424; — la réceptivité vésicale est peu accusée chez les rétrécis, II, 426; — nulle chez les pisseurs de pus, II, 427; — l'infection de la vessie par le rein est difficile, même quand le pus rénal est microbien, II, 427.

Rôle des irritations artificielles sur la réceptivité de la muqueuse vésicale à l'infection microbienne, II, 436; — les traumatismes ont peu d'action, comme le prouvent les expériences, II, 438; — les observations des calculeux, II, 439; — les plaies de la taille et de l'extirpation des tumeurs, II, 439.

R. de l'organisme créé par l'intoxication dans les distensions, II, 423, 433.

RECTAL (TOUCHER). — Voir *toucher*.

RECTUM. — Ses rapports avec la vessie, les vésicules séminales et la prostate, II, 278; — les rectums à crête ne sont pas anormaux, II, 280; — battement des artères du rectum, importance de sa recherche avant l'incision des abcès prostatiques par le rectum, II, 286.

RÉFLEXE. — Réno-vésical, I, 50; — vésico-rénal dans la rétention expérimentale, I, 94; — action de la vessie sur le rein par voie réflexe, II, 454.

REFROIDISSEMENT. — Ses fâcheux effets chez les prostatiques, I, 192; — chez les opérés, II, 177.

RÉGIME. — Chez les hématuriques; le régime excitant est une condition prédisposante à l'hématurie, I, 465; — cependant, il doit être réparateur, I, 507; — le régime lacté n'est pas nécessaire, I, 507.

Chez les prostatiques, I, 192; — chez les dyspeptiques urinaires, II, 230, 231; — le régime lacté ne s'impose pas, II, 230; — l'alimentation doit être réparatrice, II, 230.

Chez les rétrécis que l'on dilate, le régime doit être doux, les boissons délayantes sont utiles, III, 57.

Chez les calculeux uriques, le régime azoté et les boissons alcooliques augmentent l'acide urique dans les urines, I, 406, 407; — l'acidité de l'urine prédispose à la précipitation de l'acide urique, I, 390; — notions relatives à l'acidité et à l'alcalinité de l'urine sous l'influence des aliments, I, 388, 389; — régime prédisposant à la précipitation des urates, I, 413; — bases du régime des calculeux uriques, I, 410; — utilité des alcalins qui doivent être pris deux heures avant les repas, I, 410.

Rôle de l'acide oxalique sur la formation des graviers uriques, I, 434; — par l'intermédiaire de petites lésions rénales, I, 435; — conditions cliniques de la formation des cristaux d'oxalate, I, 337; — conditions pathologiques ou accidentelles, I, 431; — influence de l'alimentation végétale chez les enfants pauvres, I, 432.

Chez les calculeux phosphatiques le régime n'a aucune action; il faut seulement veiller à ce que les urines restent acides, I, 414.

REIN. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES. — Épithélium rénal, I, 305; — congestion et altérations microscopiques du rein dans la rétention expérimentale, I, 78; — modifications de sa sécrétion pendant et après la rétention, I, 85, 86; — influence de la tension intra-rénale sur la fonction du rein, I, 88.

PATHOLOGIE. — INFLAMMATIONS PRIMITIVES. — Voir *Néphrites*.

LÉSIONS RÉNALES ASCENDANTES, leur diagnostic, I, 290; — trouble persistant des urines rénales, I, 376, 532,

534, 536, 596, 602, 640; — abondance excessive des urines rénales (polyurie), I, 602, 639, 640; — le pus dans les urines rénales, I, 532, 534, 536, 597, 598; — absence ordinaire d'ammoniurie dans les lésions rénales, I, 590. — Dans certains cas, présence dans l'urine de petits fragments de parenchyme rénal, I, 325; — cylindres abondants, symptôme de néphrite albumineuse, I, 331; — symptômes généraux des lésions rénales, I, 598; — troubles digestifs, II, 440, 224; — les lésions rénales peuvent évoluer sans fièvre jusqu'à la mort, II, 122; — la théorie rénale de la fièvre urineuse n'est pas fondée, II, 113, 123.

Cependant les lésions chirurgicales peuvent s'accompagner de fièvre, II, 119; — rôle des lésions rénales sur l'apparition et la gravité de la fièvre, II, 132; — part du rein malade dans l'infection urinaire: c'est moins ce qu'il verse dans le sang que ce qu'il n'en fait plus sortir, II, 457.

Il est difficile d'apprécier le degré des lésions rénales, II, 457; — pronostic des lésions rénales, I, 631; — même fébriles, elles ne contre-indiquent pas l'intervention, II, 187; — mais elles créent des conditions défectueuses, II, 454; — principes de l'intervention dans les lésions rénales, II, 187; — Les altérations rénales des urinaires ne contre-indiquent ni la morphine, III, 506; — ni le chloroforme, III, 528.

Pathogénie des lésions rénales. — La vessie retentit sur le rein par les uretères, par voie réflexe, par infection générale, II, 454; — moyen de défense du rein contre l'infection vésicale, II, 444, 445; — retentissement des cystites douloureuses sur le rein, II, 388; — danger pour les reins de la tension des vessies douloureuses, II, 450, 451; — l'infection du rein est possible par la voie sanguine surtout chez les urinaires, II, 453; — infection d'un rein par l'autre rein, II, 456.

Insuffisance rénale, voir *Insuffisance*.

LITHIASE DU REIN (Hématurie dans la), I, 484; — symptômes rénaux, I, 485; — résultats de la palpation du rein, II, 268.