

NÉOPLASMES DU REIN. — Modalité de l'hématurie, douleur rénale prémonitoire, I, 462 à 465; — brusques disparitions et prochains retours, I, 478, 481, 486; — elle est quelquefois provoquée par le mouvement, I, 468; — valeur diagnostique des caillots moulés, I, 452; — symptômes locaux et généraux concomitants, I, 482; — fausses coliques néphrétiques dues à l'obstruction de l'uretère par un caillot, I, 485; — varicocèle symptomatique, I, 479.

TRAUMATISMES DU REIN. — Ils ne produisent pas la fièvre, II, 112; — ils peuvent être cause d'anurie, I, 233.

EXAMEN DIRECT DU REIN. — Inspection des régions rénales; elle est ordinairement négative, à moins de très grosses déformations dues à des phlegmons périnéphrétiques ou à des tumeurs énormes, II, 242.

Palpation 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.

Recherche du ballottement rénal, II, 260 à 264; — elle est toujours négative quand le rein est 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 ballottement 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 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.

Palpation dans les cas de calculs et de tumeurs du rein, II, 268; — elle peut être négative, même quand une hématurie est causée par ces lésions, I, 484.

Percussion du rein, II, 289; — en avant, II, 289; — en arrière, II, 290;

— elle fournit des renseignements infidèles, II, 289, 290.

Examen cystoscopique, III, 252; — il permet de s'assurer de la perméabilité de l'uretère avant la néphrotomie et surtout la néphrectomie, III, 253; — de constater le saignement urétral, I, 503, 504; — de reconnaître la nature des sécrétions rénales, III, 255; — le côté malade dans certaines affections rénales, III, 256.

REPOS. — Influence comparée du repos et du mouvement sur la fréquence des mictions chez les calculeux, I, 26; — sur la douleur des mictions, I, 67; — sur la production et la durée des hématuries, I, 466, 468; — utilité du repos dans les hématuries calculeuses, I, 507; — il est sans effet sur les hématuries inflammatoires et congestives, I, 507; — son utilité pour préparer aux opérations, II, 163; — sa nécessité après les opérations, II, 178.

RÉTENTION D'URINE.

ETUDE EXPÉRIMENTALE, I, 71. Anatomie pathologique de l'appareil urinaire dans la rétention. — Vessie: Congestion, arborisations vasculaires, I, 71; — ecchymoses, extravasations, desquamation épithéliale, I, 72; — altérations microscopiques de la paroi vésicale, I, 72; — présence de globules rouges dans l'urine, I, 72; — rupture de la vessie chez le chien, son siège, déchirure du péritoine, I, 73. — Prostate: Congestion ecchymotique, augmentation de volume, I, 73. — Uretères et bassinets: Distension; — comment ils se vident quand la rétention cesse, I, 74; — accumulation des lésions à la partie supérieure des uretères, I, 74; — l'urine contenue dans les uretères est rarement rosée comme celle de la vessie, I, 75; — l'examen microscopique de l'urine y montre des cellules du bassinnet ou du rein bien conservées, I, 75; — des cylindres épithéliaux, des cylindres hématiques, I, 75. — Reins: Congestion, I, 76; — augmentation de volume, I, 77; — ecchymoses sous-capsulaires, I, 78; — étude microscopique, hémorragies parenchymateuses, aplatissement, état granuleux, desquamation de l'épithélium, I, 78, 79. — Effets de la rétention en dehors de

l'appareil urinaire: Congestion de tout le système veineux de la veine cave inférieure: péritoine, intestin, foie, rate, pancréas, I, 79.

Physiologie pathologique. — Vessie: Au début, efforts de miction douloureux; ce que deviennent ensuite les contractions abdominales et vésicales dans les rétentions de longue durée, I, 80, 81; — absorption vésicale favorisée par la desquamation épithéliale, démonstration, I, 81. — Uretères: Contractions, puis distension, I, 82; — localisation de la contractilité faradique de l'uretère distendu, I, 82; — il ne présente pas de contractions antipéristaltiques, I, 82; — le reflux vésico-urétéral est impossible, I, 83, II, 445; — ascension rapide et en grande quantité des microbes dans le bassinnet et le rein, ascension minime et jusqu'au bassinnet seulement des particules inertes. Pourquoi? I, 82 à 85. — Reins: La sécrétion rénale diminue, I, 85; — si la rétention est suspendue, elle reprend avec exagération, par suite de la congestion rénale, I, 85, 86; — parfois, oligurie et anurie au lieu de cette polyurie, I, 86; — diminution de l'excrétion de l'urée, elle est plus prononcée dans l'uretère que dans la vessie, ce qui prouve que la dilatation de l'uretère est descendante et non ascendante, I, 87. — Retardissement de la rétention sur l'état général: Mort par rupture de la vessie, I, 88; — mort sans rupture, I, 88; — vomissements, I, 88; — la température s'élève quand il y a infection, elle s'abaisse quand elle fait défaut, I, 89; — l'absorption par la vessie des agents infectieux est favorisée par la desquamation épithéliale, I, 90; — l'infection surajoutée à la rétention reste sans effet sur la température, I, 91. — Accumulation dans le sang des principes excrémentitiels, I, 91. — Résumé des effets de la rétention expérimentale: Abolition de tout courant dans les uretères distendus, I, 93; — congestion rénale neuro-paralytique par réflexe vésico-rénal, I, 93, 94; — modification de l'urine dans la rétention, I, 95; — l'infection rénale est favorisée par la rétention, I, 96. — ÉTUDE CLINIQUE, I, 97; Généralités.

— La stagnation des rétentions chroniques est par elle-même sans effet sur l'aspect et la composition des urines, I, 97; — il y a seulement état congestif, polyurie, troubles digestifs, I, 98; — diminution de l'urée et surtout de l'acide urique, I, 99; — réceptivité à l'invasion microbienne, I, 100; — grand danger créé par les cathétérismes infectants, I, 100, 101; — état congestif démontré par les hématuries que provoque l'évacuation rapide et complète des grandes distensions, I, 100, 101; — danger proportionné au degré de la distension, I, 100; — excellents effets de l'évacuation bien dirigée dans les rétentions chroniques avec infection et fièvre, I, 101, 102.

Rétention aiguë. — Différences suivant qu'elle est septique ou aseptique, I, 102; — la fièvre due à l'infection n'est généralement pas très grave, I, 103, — surtout si l'on n'espace pas trop les sondages, I, 102, 104; — polyurie, I, 104; — congestion de tout l'appareil urinaire, I, 105; — urines mélangées de sang dans la vessie et non pas seulement à la fin de l'évacuation, comme dans les rétentions chroniques, I, 105; — augmentation de volume du rein congestionné, reconnue quelquefois par le ballottement, I, 106; — douleur rénale, I, 106; — cylindres hématiques dans l'urine, I, 106; — œdème des membres inférieurs, I, 106; — tuméfaction congestive de la prostate, d'où saignement par cathétérisme, I, 107; — effets de la tension de la vessie sur sa musculature, paresse consécutive, I, 108.

Signes fonctionnels; — rétention incomplète: fréquence nocturne, retards, troubles digestifs, I, 109; — rétention complète: tableau clinique, I, 109, 110; — troubles cérébraux par douleur, I, 111; — rupture de la vessie exceptionnelle, I, 111.

Diagnostic extrêmement facile pour la rétention complète, plus délicat pour l'incomplète, I, 111; — utilité du toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique, I, 111, 112; — étude des commémoratifs, recherche du rétrécissement, des hémorragies anciennes, de la prostatite aiguë, d'un traumatisme récent,

du prostatisme, de l'âge, I, 112; — quand il y a un passé morbide positif, il faut toujours procéder à l'exploration méthodique de l'urètre, I, 113.

DIVISION DES RÉTENTIONS, I, 114.

RÉTENTIONS MÉDICALES, chez les hémiplégiques, les cérébraux, I, 114; — les myéliques, I, 115; — dans la fièvre typhoïde, la péritonite aiguë ou chronique, les infections aiguës, I, 116; — rétention chez les blessés ou les opérés (contusion de la hanche, amputation), I, 117; — Symptômes locaux de ces rétentions, I, 116; — leur traitement par le cathétérisme, I, 116.

RÉTENTIONS PAR LÉSION DES VOIES URINAIRES.

Rétention de cause inflammatoire, congestive, spasmodique et nerveuse, I, 119. — Causes: blennorrhagie, injections mal faites, I, 120; — coït prématuré, I, 120; — spasme par inflammation urétrale, I, 121; — par un état douloureux de la vessie, I, 122; — par calcul, I, 122; — par tuberculose vésicale, I, 122; — par froissement direct de l'urètre, I, 123; — par traumatisme instrumental, I, 123; — par cautérisation localisée, I, 123; — par surdistension de l'urètre, I, 123; — par exploration, I, 124; — par lithotritie, I, 124; — le spasme agit surtout combiné avec la congestion ou l'inflammation, I, 125; — il ne suffit seul que chez les prédisposés: névropathes, neurasthéniques, myéliques, hystériques, I, 125, 126; — rôle de la paresse vésicale neurasthénique, I, 126. — Le spasme qui résiste aux instruments souples cède aux Béniqués, I, 127.

Prostatite aiguë, cause de rétention, I, 128; — son diagnostic par le toucher rectal, I, 128, 129; — l'exploration de l'urètre doit être évitée autant que possible pendant la blennorrhagie, I, 129.

Traitement: médication calmante et antiphlogistique, I, 129; — il y a cependant des cas où le cathétérisme est nécessaire, notamment dans le prostatite, I, 130; — suppositoires résolutifs dans la prostatite, I, 131; — incision rectale des abcès prostatiques, bistouri à lame cachée, danger d'hémorragie, I, 131; — ouverture par la sonde moins favorable, I, 131;

— ouverture par le périnée, pour peu que le foyer soit important, I, 132; — fréquence de la rétention dans les prostatites, I, 132; — rétention rare par retenue prolongée, I, 132, 133.

Rétention d'urine chez les rétrécis.

— Symptômes et diagnostic: les premiers symptômes peuvent être ceux du prostatisme, le rétrécissement étant resté latent jusque-là, I, 137; — nécessité de l'exploration urétrale pour le choix de l'instrument évacuateur, afin d'éviter les fausses routes, I, 135, 136; — la sonde de trousse est un mauvais instrument, I, 136; — il faut interroger avant d'explorer: différence des symptômes entre les prostatiques et les rétrécis, I, 137; — nécessité de la recherche des antécédents du canal, I, 137; — blennorrhagie, I, 137; — chancres du méat et du canal, I, 137; — traumatisme du périnée, I, 137; — ruptures urétrales dans les faux pas du coït, importance du saignement, I, 138.

Nécessité de l'explorateur souple à boule olivaire pour explorer, I, 139, III, 80; — multiplicité des rétrécissements blennorrhagiques, I, 139; — il faut les franchir pour les diagnostiquer, I, 139; — principes du diagnostic des rétrécissements, I, 140; — il faut examiner l'urètre par régions et non par centimètres, I, 140; — les rétrécissements blennorrhagiques sont de plus en plus étroits et durs à mesure qu'ils se rapprochent de la région bulbaire, I, 140, 141; — unicité des rétrécissements traumatiques, I, 140; — leurs causes et leur siège, I, 142; — rupture de la corde, I, 142; — fracture de l'arcade pubienne, cause de rétrécissement de la région membraneuse, I, 142.

La rétention n'est pas constante chez les rétrécis: on urine avec sa vessie et non avec son canal, I, 40, 143; — puissance de la vessie chez les rétrécis, I, 143; — rétention passagère, le matin surtout, par le fait de la congestion que déterminent le décubitus et le sommeil, I, 143, 144; — dosage de la dilatation chez les rétrécis, surtout névropathes, I, 144, 145; — ce qu'il faut entendre par rétrécissements élastiques, I, 145; — le spasme explique-t-il la rétention après dilatation? I, 146, 147; — écarts

de régime, congestion, rétention complète chez les rétrécis, I, 147; — rétention incomplète, retards de la miction, pronostic; stagnation urinaire, dilatation des urètres et infection chez les rétrécis, I, 147, 148; — rétention complète, pronostic, indications, I, 149.

Traitement médical, I, 149; — emploi de la sonde bougie dans certains cas, I, 150; — des bougies fines quand le canal est très étroit, I, 150; — des bougies tortillées, I, 153; — de la bougie à demeure, son calibre, I, 151; — quelquefois la bougie à demeure ne lève pas la rétention, I, 153; — du cathétérisme appuyé, I, 151, 152; — l'emploi de la petite sonde en argent des Anglais est à éviter, I, 154; — ponction sus-pubienne, I, 154; — urétrotomie externe, ses indications, I, 154, 155; — incision périnéale sans urétrotomie immédiate dans les cas d'infiltration, I, 155.

Rétention d'urine chez les prostatiques, I, 156; — généralités, I, 156 à 173; — rétention complète, I, 173 à 204; — rétention incomplète aiguë avec distension, I, 206; — sans distension, I, 207 à 211; — rétention incomplète chronique sans distension, I, 211 à 216; — avec distension, I, 217 à 231; — voir pour les détails: Hypertrophie de la Prostata et Cathétérisme Evacuateur.

Rétention de cause traumatique, I, 232 à 249; — traumatismes internes de l'urètre (fausses routes), traumatismes externes, voir *Urètre*: Traumatismes.

Rétention de cause mécanique, I, 250 à 260; — Causes extra-urétrales, I, 251; — compressions diverses, le pronostic dépend de la cause, traitement palliatif: cathétérisme avec une sonde souple, I, 251.

Causes intra-urétrales, voir *corps étrangers et calculs* de l'urètre.

Voir en outre les mots *infection, intoxication, fièvre, incontinence, dilatation, polyurie*, pour l'étude des rapports que ces différents états présentent avec la rétention.

RETENUE PROLONGÉE. — Cause de rétention; c'est très rare, I, 132, 133; — cause de cystite, II, 402.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE. — *Étiologie*: 1° Blennorrhagie, I, 11, 137;

III, 117; — 2° Traumatismes de l'urètre: faux pas du coït, I, 138, 142, 234; — rupture de la corde, I, 142, 143; III, 117; — extraction pénible de calculs urétraux, I, 16; — traumatisme de la région périnéo-bulbaire, I, 239, 246; — de la région membraneuse, I, 248; — 3° Chancres du méat et du canal, I, 14, 137; — Importance du saignement dans les commémoratifs, I, 138; — constatation de cicatrices périnéales, II, 245.

Anatomie pathologique: Nombre: les rétrécissements d'origine blennorrhagiques sont multiples, I, 139; — les r. traumatiques sont uniques, I, 140, 141; — Siège: les premiers occupent toute l'étendue de l'urètre antérieur jusqu'à la région périnéo-bulbaire, où ils sont le plus étroits et le plus durs, I, 140, 141; — il n'y en a jamais dans les régions membraneuse et prostatique, I, 140; — les seconds occupent la région pénienne dans le cas de rupture de la corde ou de faux pas du coït, I, 142; III, 117; — la région périnéo-bulbaire dans le cas de chute à califourchon, I, 234; — la portion membraneuse dans le cas de fracture du pubis, I, 142, 248; — jamais la région prostatique, I, 142; — les rétrécissements cicatriciels occupent surtout le méat et la fosse naviculaire, I, 137; — Formation lente des rétrécissements blennorrhagiques, I, 138; — rapide des rétrécissements traumatiques, I, 138, 239, 246; — quelquefois ils sont infranchissables, I, 249; — rétrécissements élastiques, I, 145; III, 119; — la vessie des rétrécis comparée à celle des prostatiques, I, 164, 165.

Symptômes: — Symptômes fonctionnels, I, 137; — miction fréquente, I, 21; — difficile, I, 31; — retardée, I, 148; — avec efforts disproportionnés avec l'étroitesse du canal, I, 36; — diminution du jet, I, 41, 42; — rétrécissements latents, I, 135.

Accidents: *Rétention*; elle n'est pas constante chez les rétrécis: on urine avec sa vessie et non avec son canal, I, 40, 143; — puissance de la vessie chez les rétrécis, I, 143; — rétention passagère le matin, par la congestion que déterminent le décubitus et le sommeil, I, 143, 144; — écarts de régime, cause de congestion

et de rétention chez les rétrécis, I, 147, 148; — rétention incomplète, retards de la miction, stagnation urinaire, dilatation des uretères et infection chez les rétrécis, I, 147, 148; — rétention complète, pronostic, indications, I, 149; — traitement de la rétention chez les rétrécis, I, 149 à 155, voir *Rétention*.

Spasme chez les rétrécis, I, 146, 147; II, 126.

Incontinence des rétrécis, elle commence par être exclusivement diurne, I, 219, 283.

Hématurie dans les rétrécissements accompagnés de cystite, I, 477.

Cystite et Ammoniaurie liées aux rétrécissements, I, 550, 553, 557, 563; — résistance de la vessie des rétrécis à l'infection, II, 426.

Troubles digestifs, II, 209.

Polyurie transitoire d'abord, puis permanente, I, 639, 640.

Fièvre spontanée chez les rétrécis, II, 88; — les rétrécissements restent longtemps apyrétiques, I, 88; — chez eux la rétention crée la réceptivité pour la fièvre, en déterminant intoxication et infection, II, 88 à 90; — les rétrécis sont peu disposés à la réceptivité vésicale et à l'infection locale, II, 426.

Calculs engagés derrière un rétrécissement, gravité du cas, I, 260; III, 130; — diagnostic et traitement, I, 259 à 263; III, 130.

Diagnostic: Il se fait par l'exploration de l'urètre avec l'explorateur à boule olivaire, I, 139; III, 80, 413; — diagnostic du siège, de la résistance, de l'étendue, du nombre des rétrécissements, I, 139; III, 115, 416; — il faut franchir les rétrécissements pour les diagnostiquer, I, 139; — resaut que fournit la boule de l'instrument à l'aller, III, 116; — au retour, III, 117; — les rétrécissements blennorrhagiques sont de plus en plus étroits et durs, à mesure qu'ils se rapprochent de la région bulbaire, I, 140, 141; — unicité des rétrécissements traumatiques, I, 140; — leurs causes; leur siège, I, 142.

L'explorateur à boule permet de faire l'anatomie pathologique des rétrécissements sur le vivant, III, 118; — sensation rapeuse recueillie dans la région périnéo-bulbaire, sa signi-

fication, III, 148, 128; — 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; — différence de sensation à l'aller et au retour dans le spasme, III, 127; — le spasme ne se surajoute pas au rétrécissement, III, 128; — Comment reconnaître un calcul derrière un rétrécissement? I, 260; III, 130; — utilité des bougies, notamment des bougies de cire, III, 130; — les instruments métalliques sont mauvais pour l'exploration du canal, III, 131.

Le palper externe permet quelquefois de sentir des viroles dures le long de l'urètre, III, 119.

Examen endoscopique des rétrécissements, III, 210.

Traitement, voir *Dilatation et Contact*, *Sonde à demeure*, *Divulsion*, *Uréthrotomie interne*, *Uréthrotomie externe*, *Rétention* chez les rétrécis.

RÉTROGRADE (CATHÉTÉRISME). — Son utilité dans les ruptures graves de l'urètre périnéo-bulbaire quand le bout postérieur est impossible à trouver, I, 248; — dans les traumatismes de la région membraneuse, I, 249, 250.

S

SACCHARIMÈTRE. — Son utilité pour la recherche du sucre dans l'urine, I, 420.

SAISONS D'EAUX. — Leurs inconvénients chez les prostatiques, I, 191; — leur utilité dans la gravelle urique, I, 410.

SALINS (SÉDIMENTS), I, 334; — leur diagnostic chimique, I, 336; — conditions cliniques de leur formation, I, 337; — Dissolution des sédiments salins par le réactif de Sehlen-Wendringer pour l'examen bactériologique, I, 343; — sédiments salins ammoniacaux, I, 440.

SALIVE. — Chez les urinaires, son acidité, sa rareté, II, 198 à 200.

SANG. — Dans les urines, voir *Hématurie*.

SAPROPHYTES. — Microbes, I, 357; — voir *Microorganismes*.

SCIATIQUE. — Douleur sciatique symptomatique des néoplasmes de la prostate, I, 63.

SCROTUM. — Palpation scrotale, II, 278; — varicocèle symptomatique, voir *Varicocèle*.

SÉDIMENTS URINAIRES. — Comment les recueillir pour l'examen histologique, I, 294; — utilité de la centrifugation, I, 295.

S. épithéliaux, I, 297; — S. épithélial de l'urine, I, 299; — S. épithélial pathologique, I, 304, 596; — S. épithélial néoplasique, sa valeur sémiologique, I, 305, 323; — épithélium rénal, I, 305.

S. purulents dans les urines acides et dans les urines purulentes, I, 308 à 313, voir *pus*, *pyurie*; — dépôts d'aspect purulent, I, 538.

S. sanguins, hématies, cylindres hématiques, caillots divers, I, 316 à 319, 448 à 453.

S. organisés, fragments de tumeurs, I, 322 à 324; — débris de membranes, I, 324.

S. parasitaires, I, 325.

S. formés par des cylindres urinaires, I, 328 à 331, 596, voir *Cylindres*.

S. salins, voir *Salins*.

S. flottants, I, 530; — se colorent facilement, leur valeur sémiologique, I, 531.

SEPTICITÉ URINAIRE, I, 368; — son influence sur la suppuration; — sur la formation des tumeurs urinaires, des abcès urinaires, I, 369, 370; — les divers agents de la septicité urinaire, leurs effets spéciaux, I, 370 à 372; — voir *Infection* et *Microorganismes*.

SÉRINE. — Voir *Albumine*, I, 425.

SERINGUES. — Nécessité de la seringue à anneaux pour les lavages de la vessie, III, 409; — elle ne peut être remplacée par la poire en caoutchouc qui est mauvaise, III, 410; — ni par les appareils à pression, III, 66, 67; — la seringue doit être d'un fonctionnement assez parfait pour servir de manomètre au chirurgien, III, 96; — le piston ne doit pas être en caoutchouc, mais en cuir, III, 67, 68; — La stérilisation de la seringue est difficile, III, 65; — elle peut être faite par le nitrate d'argent, III, 68; — par l'acide phénique, III, 69; — rôle antiseptique du capuchon métallique de la canule, III, 69.

Il faut procéder à l'évacuation des vessies distendues la seringue à la main, I, 230; III, 420.

Seringue à instillation, sa description, III, 399; — elle est stérilisée par son propre usage, III, 67.

SOMMEIL. — Son influence congestive chez les prostatiques, I, 26, 66, 109, 158, 193, 218; II, 408; — chez les rétrécis, I, 144, 219, 283; — chez les rénaux, I, 648, 649.

Son action bienfaisante chez les calculeux, I, 66, 466 à 468, 507; III, 500.

Son rôle dans la production de l'incontinence chez les enfants, I, 270, voir *Nuit*.

SONDES. — S. en caoutchouc vulcanisé, avantages dus à leur flexibilité et leur souplesse, I, 175; III, 276, — inconvénients dus à leur faible calibre, à leur œil unique, à leur gonflement, à l'impossibilité de les diriger, III, 276; — à la longue, elles deviennent dures, friables et cassantes sans servir; il faut les éprouver avant d'en faire usage, III, 275, 276; — elles conviennent chez les prostatiques quand l'explorateur à boule traverse facilement tout le canal, I, 175; II, 293; — choix des s. en caoutchouc, chez les prostatiques, III, 293; — leur manœuvre, III, 300; — elles doivent souvent au bout de quelques jours être remplacées par des instruments plus fermes, I, 176; — quand peuvent-elles servir pour les ruptures urétrales? I, 240; — contrairement aux sondes en gomme, elles ne fournissent jamais de sensations révélatrices dans le cas de calcul, III, 171; — elles sont mauvaises pour l'aspiration des corps mous, pourquoi? III, 430; — pour servir de sonde à demeure, III, 353; — à moins d'offrir une forme spéciale: S. de Pezzer, III, 354; — il en existe deux espèces, l'une ouverte, destinée à être mise d'arrière en avant après la taille, III, 354; — l'autre à capuchon fermé pouvant être mise d'avant en arrière à l'aide d'un mandrin spécial; avantages et inconvénients, III, 354 à 357; — leur emploi chez la femme, III, 357.

S. en gomme, diverses variétés, I, 176 à 178; III, 277 à 279; — s. en soie anglaises, I, 177; — s. cylin-

driques droites, III, 277; — s. coudées ou s. béquilles et s. bicoudées de Mercier, I, 174, 177; III, 277, 278, 289; — comment transformer une soude coudée en bicoudée par le mandrin, III, 289; — s. à courbure fixe, III, 279; — coudure et courbure produites par le mandrin fixe; elles sont médiocrement à recommander, III, 279; — conditions déterminantes du choix des sondes chez les prostatiques, I, 174 à 176; III, 291 à 297, voir cathétérisme *Évacuateur*; — doivent-elles avoir une ou deux ouvertures? III, 45, 53, 279, 424; — calibre des sondes à employer chez les prostatiques, I, 178; — au début et plus tard, I, 228, 229; — manœuvre d'introduction des sondes en gomme droites ou coudées, III, 293 à 295; — manœuvre des s. béquilles, III, 300, 301; — leur bec doit toujours suivre la paroi supérieure III, 301; — un mouvement de reptation peut aider, III, 301; — manœuvre des s. à courbure fixe non munies de mandrin, III, 302; — manœuvre de sondes munies de mandrin, III, 290, 311 à 315, 324, voir *Mandrin*.

Services rendus par les s. en gomme pour l'évacuation chez les prostatiques, voir cathétérisme *Évacuateur* — pour les lavages, III, 409, 424; — elles permettent l'évacuation des poussières, non des fragments, III, 434; — elles peuvent fournir des sensations de frottement caractéristiques dans les cas de calcul, III, 169, 170.

S. coniques à bout olivaire, leur emploi chez les rétrécis, I, 150; — leur manœuvre, III, 300; — pourquoi elles sont défectueuses pour l'application à demeure, III, 353.

S. rigides. S. en verre des accoucheurs, très facile à stériliser, III, 280.

S. métalliques, III, 280; — étude des grandes courbures, III, 281; — harmonie nécessaire du canal et de la sonde, III, 282; — déformation chirurgicale du canal III, 282; — forme et dimensions que doit avoir la courbure, III, 284; — la grande courbure de Gély (circonférence de 12 centimètres) peut avantageusement être diminuée (à 11 et à 10), III, 287;

— courbure des béquilles, III, 287; — S. métalliques coudées, III, 452 à 453; — Le videur du baron Heurteloup, courbure, calibre, yeux, mandrin, III, 435-436; — services que peut rendre ce mandrin, III, 435-436; il doit pouvoir se démonter, III, 437, voir *Lithotritie*; — manœuvre des instruments métalliques, III, 302; — cathétérisme curviligne, III, 303 à 311, 325, voir *Cathétérisme*.

Services rendus par les s. métalliques pour l'évacuation des graviers après la lithotritie, III, 452; — pour l'aspiration des corps mous, III, 430, 431; — inconvénients des S. à double courant, III, 421 à 423.

La sonde de trousse est un mauvais instrument, I, 136; III, 288.

Petite sonde en argent des Anglais dans le traitement de la rétention chez les rétrécis, I, 154; — S. métallique droite, sa manœuvre, III, 326, 327.

SONDE A DEMEURE, ses indications générales, III, 329 à 331. — Son action thérapeutique, III, 341 à 349; — Action contre l'infection d'origine vésicale et urétrale, I, 184; II, 102; III, 332; — chute plus ou moins rapide de la fièvre chez les prostatiques, II, 190; III, 332, 343, 342; — elle prévient l'absorption quand la vessie blessée offre des voies ouvertes, II, 440; — la sonde à demeure est insuffisante quand la fièvre persiste ou s'aggrave, III, 334; — elle donne le plus souvent chez les prostatiques infectés des résultats immédiats et durables, III, 335; — son action comparée à celle de la cystostomie, III, 334, 335, 338; — elle n'est contre-indiquée ni par l'épididymite, ni par la phlébite intercurrentes, qui sont rares, III, 336; — combinaison de l'uréthrotomie interne et de la sonde à demeure chez les prostatiques rétrécis, III, 338; — résultats dus à la protection du canal, II, 177; III, 339 — sonde à demeure après la lithotritie, III, 340; — comment agit la sonde à demeure contre l'infection; elle draine la vessie et protège le canal, III, 341.

Action contre l'hématurie en assurant le repos de la vessie et en protégeant le canal, I, 500, 509; III, 342 à 345.

Action contre les rétentions vésicales; elle est rarement nécessaire; ses indications: polyurie accusée, grande fréquence des besoins, tranquillité de la nuit, I, 181, 216; II, 401; III, 345, 346; — elle jugule la fièvre de la rétention incomplète septique, III, 345.

Action contre les fausses routes; la sonde à demeure protège les plaies urétrales, III, 346; — elle offre peu de sécurité contre les phénomènes infectieux dans les ruptures urétrales, comment la placer dans ces cas, I, 245.

Action modificatrice exercée sur l'urètre; elle rétablit la voie urétrale chez les prostatiques; elle décongestionne la prostate, I, 200; II, 140; III, 347; — elle ramollit et dilate, mais pour peu de temps, les rétrécissements même très étendus et très résistants, III, 348, 480.

Manière dont la sonde à demeure est supportée, III, 349; — son action comme corps étranger, III, 349; — elle est bien supportée, même par les vessies enflammées et douloureuses, III, 350; — les douleurs sont causées non par le contact, mais par le mauvais fonctionnement, III, 350; — c'est surtout par l'immobilité et la position horizontale du malade qu'elle est gênante, III, 351; — l'accoutumance est rapide, III, 351; — elle ne doit s'accompagner ni de besoin d'uriner, ni de douleur, III, 352.

Placement, fixation et entretien, III, 352 à 367; — choix de la sonde: les béquilles, les sondes à bout coupé, les sondes de Pezzer sont seules d'un bon usage, III, 353; — formes diverses et mode d'introduction des sondes de Pezzer, III, 354 à 357; — mise au point des sondes ordinaires, III, 357; — elle doit être au goutte-à-goutte continu, III, 358; — mode de fixation aux poils du pubis, III, 360, 361; — habillement antiseptique de la verge, III, 362; — urinal antiseptique, sa description, son utilité, pastilles de sublimé, III, 363, 364; — surveillance et entretien de la sonde, utilité des petits lavages fréquents et du changement fréquent de la sonde, III, 364, 365; — la sonde doit être ouverte pour combattre l'infection, III, 365; — fermée dans les cas de rétention

incomplète avec distension, I, 231; III, 366, 420; — et dans les cas d'hématurie par évacuation complète, III, 421; — fermée, elle permet au malade de changer de position, III, 366.

Inconvénients de la sonde à demeure, moyens d'y remédier, III, 367; — urétrite, III, 367; — abcès et perforations fistuleuses par trop grande pression, III, 368, 481; — les sondes doivent entrer dans l'urètre sans frottement, III, 60, 481; — bonne adaptation réciproque de la sonde et du canal, III, 368; — position à donner à la verge, ne pas la couder, III, 369; — ulcération vésicale par pression, III, 368; — action sur le milieu vésical: infection par la sonde à demeure, III, 369; — comment la prévenir, III, 370, 371; — lavages fréquents, changements fréquents de sonde, nettoyage du canal, III, 372; — appareil pour l'irrigation continue de la vessie, III, 371; — action préservatrice de l'écoulement continu et régulier contre l'infection, III, 373.

Application de la sonde à bout coupé après l'urétrotomie interne, voir *Urétrotomie*.

SPASME du sphincter urétral, appelé parfois spasme du col de la vessie, II, 391; — il a son siège dans la région membraneuse, II, 360; III, 121; — sa nature spasmodique, III, 121; — son inconstance, III, 122; — son apparition chez les rétentionnistes par le fait d'un vif besoin d'uriner, III, 121, 122.

Il est toujours symptomatique et presque toujours lié à un état douloureux de la vessie, II, 361, 362, 391; — il est quelquefois déterminé par la dilatation chez les rétrécis, I, 146, 147; — le spasme, cause de rétention, I, 121; — S. par inflammation urétrale, I, 121; — par cystite, I, 122; — par calcul, I, 122; — par tuberculose vésicale, I, 122; — par froissement direct de l'urètre, I, 123; — par traumatisme instrumental, I, 123; — par cautérisation localisée, I, 123; — par surdistension de l'urètre, I, 123; — par exploration, I, 123; — par lithotritie, I, 124; — le spasme agit surtout combiné avec la congestion ou l'inflammation, I, 123; — il ne suffit

seul que chez les prédisposés : névropathes, neurasthéniques, myéliques, hystériques, I, 125, 126; — spasme et rétrécissement de l'urètre, III, 126; — le spasme ne se surajoute pas au rétrécissement, III, 128; — Spasme et atrésie du méat, III, 126, 127.

Diagnostic : Le chloroforme et l'anesthésie locale sont impuissants à révéler la nature de l'obstacle, III, 122; — ils n'aident pas à en triompher, III, 525, 526, 539, 554; — Questions à poser, III, 123; — nécessité de l'examen direct, III, 123; — absence de tout point rétréci dans l'urètre antérieur, III, 124; — avec les instruments droits, la résistance du sphincter est d'autant plus accusée que le cul-de-sac du bulbe se déprime et que la pression n'agit pas sur le sphincter, III, 124; — il faut recourir aux instruments métalliques (Béniqués), III, 124; — le spasme qui résiste aux instruments souples cède aux Béniqués, I, 127; — utilité du cathétérisme à la suite (Béniqués avec conducteur), III, 126; — différence des sensations à l'aller et au retour dans le spasme et le rétrécissement, III, 127; — en cas de rétention spasmodique, il faut se servir pour l'évacuation de sondes coniques olivaires et mieux de sondes béquilles montées, s'il est nécessaire, sur mandrin coudé ou courbe, III, 298.

SPECTROSCOPE. — Son application à la recherche du sang dans l'urine, I, 446.

SPERME. — Le sperme dans l'urine, I, 542; — chez les vieux diabétiques, I, 543; — spermatorrhée, I, 359.

SPHINCTER URÉTRAL. — Voir *Membraneuse* (région) et *Urètre*.

STAGNATION URINAIRE. — V. *Rétention incomplète* chez les prostatiques et chez les rétrécis.

STÉRILISATION des instruments, III, 8; — elle comprend deux actes successifs : 1° stérilisation de l'instrument; 2° sa conservation à l'état stérile, III, 8.

Conditions de fabrication des sondes facilitant leur stérilisation. — Rôle de la largeur du calibre intérieur, III, 9; — de l'état lisse de la surface interne, III, 9; — il faut d'abord un nettoyage aussi parfait que possible,

III, 9, 10; — et un bon séchage, III, 9; — il ne faut pas de cul-de-sac au bout de la sonde, III, 10; — il est nécessaire que le pavillon soit évasé en entonnoir, III, 10, 11.

Stérilisation par les agents physiques. — Chaleur sèche, étuve. Bonne pour les instruments métalliques, III, 11; — bonne aussi pour les instruments en gomme, mais après un séchage parfait et en évitant leur contact entre eux et avec les parois, III, 11; — appareils de Janet et de Chabré pour le séchage, III, 12, 13; — température et temps nécessaires pour la stérilisation, III, 12; — conservation des sondes stérilisées par l'étuve sèche, III, 12.

Chaleur humide; vapeur d'eau sous pression au-dessus de 100°; autoclave; nécessité de la dessiccation des sondes pour leur conservation, III, 14; — vapeur d'eau bouillante à 100°; elle abîme les sondes, III, 14; — eau bouillante à 100°, III, 14; — utilité du savonnage préalable: sans, il faut une demi-heure; avec, cinq à dix minutes, III, 15, 18; — le carbonate de soude abîme les sondes, III, 15; — les corps gras dont les sondes sont enduites nuisent à leur stérilisation, utilité de la pommade soluble, III, 15, 16.

Stérilisation par les agents chimiques. — Antiseptiques liquides; suffisamment concentrés, ils altèrent les sondes, III, 16; — acide phénique, son action délétère, III, 17; — sublimé, biiodure, nitrate d'argent, bons, III, 17; — à quels titres? III, 17; — inconvénients du sublimé, III, 17; — antiseptiques gazeux, III, 18; — acide sulfureux, son pouvoir antiseptique, III, 18; — appareil pour son emploi, III, 18 à 25; — formol, ses remarquables propriétés, III, 25 à 29; — après stérilisation par l'acide sulfureux et le formol, il faut plonger les sondes dans l'eau stérilisée, sinon elles seraient offensantes pour le canal, III, 25 à 28; — vapeurs mercurielles, leur action très lente, III, 28, 29; — expériences de contrôle pour la stérilisation des sondes, III, 29 à 31; — l'immersion dans le liquide de culture doit être momentanée seulement pour atténuer l'action de l'antiseptique apporté par la sonde,

III, 29 à 31; — acide sulfureux et formol excellents pour clinique et pratique privée, III, 32, 33; — ébullition recommandable chez le malade, III, 32, 33.

Antiseptie par le malade, ses désidérata, III, 33; — infection préalable du canal et de la vessie; son influence pour l'asepsie du cathétérisme, III, 34, 35.

La stérilisation à l'étuve sèche ou le simple flambage suffisent pour les instruments métalliques pleins et pour les instruments métalliques de l'urétrotomie interne, III, 54, 59.

Difficile stérilisation du cystoscope, III, 240.

SUBLIMÉ. — Son emploi en instillations et en lavages, III, 406, 468; — son usage pour la stérilisation des sondes est irritant pour le canal, qui devient inextensible, III, 17; — pastilles de sublimé pour urinal antiseptique, III, 363.

SUCRE dans l'urine. — Essai et dosage, I, 418, 419; — sa présence physiologique, I, 417.

SULFATE DE CUIVRE. — En instillations, doses, III, 406.

SULFATE DE QUININE. — Son action pour prévenir la fièvre après les opérations, II, 180; — pour la combattre quand elle est déclarée, II, 182.

SYPHILIS. — Elle joue un rôle pathogénique insignifiant dans les maladies des voies urinaires, I, 14.

T

TACHES du linge. — Leur examen, leur valeur, II, 244, 245.

TAILLE. — Voir *Cystotomie* et *Cystotomie*.

TAMPONNEMENT. — Vaginal et rectal, cause de rétention, I, 251.

TANNIN. — En injections vésicales contre l'hématurie, I, 512.

TÉNESME vésical et rectal, sa valeur sémiologique, I, 50.

TENSION de la vessie, II, 422, voir *Distension*.

TORULE AMMONIACALE. — Voir *Ammoniuurie* et *Micro-organismes*.

TOUCHER RECTAL. — Simple, II, 278;

— position du malade: décubitus dorsal et non latéral, pourquoi? II, 279; — comment placer le doigt, II, 280; — nécessité de bien graisser la marge de l'anus, II, 280.

Il permet l'exploration de la prostate, II, 285; III, 132, 133, 242; — des vésicules séminales, II, 284; — du fond de l'urètre, II, 287; — des artères de la paroi antérieure du rectum (pouls rectal), II, 286; — sa valeur pour le diagnostic de l'hypertrophie de la prostate, I, 171; — de ses néoplasmes: consistance ligneuse, bosselures indurées, II, 285; III, 132; — de sa tuberculisation, III, 132; — de ses inflammations aiguës et de ses abcès, I, 128, 129; III, 132; — il peut servir à faciliter l'introduction des instruments métalliques dans la vessie (4^e temps) en relevant l'extrémité profonde de l'instrument, III, 139; — combiné avec l'explorateur à boule, il renseigne sur les lacunes prostatiques, III, 135; — sur le point d'arrêt de la boule de l'instrument, II, 292.

En général, il vaut mieux le combiner avec la palpation hypogastrique, II, 278, 281; — il permet alors de reconnaître la présence de l'urine dans la vessie (rétention), I, 111, 112, 213, 273; II, 281, 282; — même dans les cas de rétention partielle, avec prédominance de la vessie vers le sacrum, II, 282; — il est particulièrement utile pour le diagnostic des néoplasmes vésicaux, I, 488; II, 283; III, 153; — les renseignements négatifs éclairent sur la pédiculisation probable, II, 283; — il peut permettre de sentir un calcul vésical chez l'enfant, II, 280; — très exceptionnellement chez l'adulte et chez le vieillard (ballotement), II, 284.

TOUR DE MAÎTRE. — L'ancienne manœuvre du tour de maître, III, 308; — elle est aujourd'hui abandonnée, III, 100; — tour de maître du bulbe, III, 400.

TOXICITÉ DE L'URINE normale, I, 365; II, 6; — sa nécessité, II, 8; — ses preuves: accidents toxiques produits par injection sous-cutanée chez le lapin, I, 366; — agents de la toxicité urinaire, I, 366; II, 10; — ses variations physiologiques et pathologiques,