

I, 367; — sa diminution dans les affections rénales, I, 368; — les sept poisons de l'urine, II, 10; — pouvoir toxique des sels de potasse, de l'urée, II, 11; — diverses origines de la toxicité urinaire, II, 9; — origine intestinale de certains poisons, II, 9; — la présence de l'indican dans l'urine est en rapport avec des putréfactions intestinales, II, 9; — la toxicité urinaire est diminuée par l'antisepsie intestinale, II, 9; — dialyse appliquée à l'étude de la toxicité urinaire, II, 12, voir *Intoxication*.

TRAUMATISMES de l'urètre. — Voir *Urètre* (traumatismes)

T. du périnée, cause de rétention, I, 417, 137, 232.

T. de la vessie. — Sont beaucoup moins fébriles que ceux de l'urètre, II, 407 à 409; — leur rôle sur la réceptivité de la vessie, II, 438; — leur influence n'est pas constante, comme le prouvent l'expérimentation, II, 438; — les observations des calculs, les plaies de la taille et de l'extirpation des tumeurs, II, 439.

T. chirurgicaux ou accidentels. — Cause d'oligurie, I, 619.

TROUBLE DES URINES. — Comment le constater, I, 526; — comment reconnaître s'il est dû au refroidissement d'urines trop riches en urates, I, 539; — à la réaction alcaline du liquide, I, 540; — à la présence du pus, voir *Pyurie*, à des lésions rénales, voir *Rein*, *Polyurie*.

TUBERCULOSE URINAIRE. — Phénomènes précurseurs, I, 43; — hématuries prémonitoires, I, 497.

Symptômes: douleur de la miction, I, 56; — douleur terminale, simulant l'affection calculuse, I, 58, 59; — augmentation de la douleur par le mouvement, comme pour les calculs, II, 389; — hématuries à la période confirmée, I, 469; — suppuration abondante, I, 515, 601; — pyurie avec hématurie dans la tuberculose rénale ou vésicale, I, 483; — rétention d'urine spasmodique, I, 422; — incontinence d'urine par pertes de substance plus ou moins étendues et cependant curables, I, 278, 279; — polyurie transitoire, I, 638; — bosselures indurées de l'appareil génital: épидидymes, cordons,

vésicules séminales, prostate, I, 488; — présence de grumeaux caséux tuberculeux dans l'urine, I, 325.

Localisation des lésions: granulations et ulcérations au voisinage du col, II, 389; — la tuberculose, fréquente dans l'urètre postérieur, est rare et secondaire dans l'urètre antérieur, II, 373; — diminution anatomique de la vessie tuberculisée, III, 461.

Le bacille de la tuberculose, I, 346; — sa recherche, procédés de coloration, I, 345; — son injection dans la vessie demeure sans effet, à moins de cystite et de rétention préalables, II, 431, 432, 437; — c'est à peu près le seul microbe qui infecte la vessie par la voie circulatoire et non par sa surface interne, II, 442.

U

ULCÉRATIONS. — Ne sont généralement pas la cause d'hématuries, I, 496, 498.

Elles peuvent être reconnues par l'endoscopie, III, 247.

Elles sont quelquefois causées dans la vessie par la sonde à demeure trop profondément enfoncée, III, 368; — dans l'urètre, si l'on tient la verge dans une position coudée, III, 369.

URATES. — Sédiments d'urates, I, 335; — conditions cliniques de leur formation, I, 337.

Augmentation de leur chiffre total par diminution de l'élément aqueux, I, 411, 412.

Influence du régime et des diathèses rhumatismale et goutteuse, I, 413.

URÉE, I, 393; — son dosage: procédé Regnard, I, 395; — diminution relative et diminution absolue, I, 384; — diminution progressive de son excretion dans la rétention expérimentale, I, 87; — elle est plus prononcée dans l'urètre que dans la vessie, I, 87; — sa diminution dans la rétention; — chronique, I, 99; — importance de son chiffre pour le pronostic de la rétention incomplète chronique avec distension, I, 226, 227; — pouvoir toxique de l'urée, II, 41.

URÉMIE. — L'urémie est la résultante d'actions toxiques complexes, II, 41; — symptômes de l'urémie expérimentale, II, 42, 43; — symptômes de l'urémie clinique: petit brightisme, II, 43 à 45; — grand brightisme: urémie cérébrale, elle peut être comateuse, convulsive ou délirante, II, 46; — folie brightique, II, 46; — elle ne s'observe jamais chez les urinaires, II, 47; — urémie dyspnéique (simple, paroxystique, spasmodique), II, 47; — elle est rare chez les urinaires, II, 48; — respiration de Cheyne-Stokes, II, 47; — urémie gastro-intestinale, II, 48 à 20.

Ordinairement apyrétique, l'urémie est quelquefois cause de fièvre, II, 418; — l'urémie est le fond de la symptomatologie des néphrites médicales, II, 448.

URÈTÈRES. — Leurs modifications dans la rétention expérimentale: ils se distendent, I, 74, 82; — ils se congestionnent, surtout à leur partie supérieure, I, 74; — leur contractilité faradique devient très circonscrite, I, 82; — ils ne présentent pas de contractions anti-peristaltiques, I, 82; — le reflux vésico-urétéral est impossible, I, 83; II, 445; — mécanisme de la distension des urètres: elle est descendante et non ascendante, I, 87; — ascension rapide et en grande quantité des microbes vers le bassin et le rein, ascension minime et jusqu'au bassin seulement des particules inertes, pourquoi? I, 82 à 83.

Leurs modifications dans la rétention clinique: distension et altérations de leurs parois dans la rétention incomplète chronique avec distension, I, 217; II, 403; — dans celle des rétrécis, I, 148; — cependant, la vessie est bonne gardienne des urètres, II, 444; — rôle de la musculature vésicale comme agent de défense de l'urètre, II, 446, 447; — rôle physiologique de l'urètre, II, 448; — conditions d'ascension des microbes par les urètres: il faut infection vésicale et rétention, mais la congestion seule peut suffire chez la femme, par exemple, II, 449.

Obstruction des urètres par caillot (fausse colique néphrétique), I,

463, 483; — par calcul, cause d'anurie, I, 625; — par cancer de l'utérus, I, 627.

Palpation de l'urètre, II, 269; — son utilité pour le diagnostic des urétrites, II, 270; — et pour l'étude de la sensibilité de l'urètre, II, 271.

Examen endoscopique des orifices urétéraux, III, 233, 234; — prolapsus de la muqueuse urétérale prise pour une tumeur, III, 253; — vue endoscopique du mode suivant lequel se fait l'éjaculation urétérale de l'urine dans la vessie, III, 254; — avant la néphrotomie et surtout la néphrectomie, il faut s'assurer par l'endoscopie de la perméabilité de l'urètre, III, 255; — La cystoscopie permet de constater le saignement urétéral, I, 503, 504; — de reconnaître la nature des sécrétions rénales, III, 255; — le côté malade dans certaines affections rénales, III, 256.

Cathétérisme cystoscopique des urètres, III, 257; — ses difficultés, III, 258; — Cystoscope urétéral de Nitze, III, 258; — de Casper, III, 260.

URÈTRE. — ANATOMIE.

Division anatomique en trois portions: spongieuse, membraneuse, prostatique, II, 295; — division en régions chirurgicales de Velpeau et de Richet, II, 295.

Division de l'auteur en six régions: il subdivise la région spongieuse en quatre régions secondaires: r. naviculaire, r. pénienne, r. scrotale, r. périnéo-bulbaire, et conserve les régions membraneuse et prostatique, II, 295, 296.

Direction, II, 297; — courbure normale de sa partie profonde, II, 499; — ses moyens de fixation, II, 298, 299, 305; — possibilité et mécanisme de son redressement, II, 297, 305; — la courbure est différente chez le jeune homme et chez le vieillard, II, 300; — chez le vieillard, il n'existe pas seulement une courbure, mais une coudure, II, 30; — différence entre les parois supérieure et inférieure, la première est régulièrement courbe, la seconde est une ligne brisée, II, 301 à 304.

Longueur, II, 306; — longueur normale chez le jeune homme et chez le vieillard, II, 306, 307; — longueur pathologique, II, 307; — l'urètre doit

être examiné par régions et non par centimètres, I, 140; II, 295, 308; III, 85, 86.

Calibre, II, 309; — il n'est pas uniforme, II, 309; — le méat est le point le plus étroit, II, 309; — il n'est pas dilatable, II, 313. — La fosse naviculaire est plus large, II, 309. — La portion pénienne se rétrécit de nouveau, II, 309; — le bulbe offre le plus grand diamètre, II, 310; — collet fibreux du bulbe: méat de l'urètre postérieur, II, 310; — très grande dépressibilité du cul-de-sac du bulbe, expériences qui la démontrent, II, 311, 312; — les instruments s'y coiffent aisément, II, 312; — étroitesse, mais extensibilité de la région membraneuse, c'est le principal obstacle à l'introduction des instruments, II, 313, 315; — la région prostatique offre une nouvelle dilatation, II, 313; — les trois dilatations du canal sont creusées sur sa paroi inférieure, II, 314; — difficulté de fixer rigoureusement le calibre normal de chacun des points de l'urètre, II, 314, 315; — chiffres de Sappey, II, 314; — d'Otis, II, 315; — calibre artificiel, II, 316; — recherches de l'auteur et de Campenon, II, 316 à 320; — leurs conclusions, II, 320; — dans les urètres rétrécis, la dilatation la plus prononcée et même l'urétrotomie ne donnent que des résultats éphémères, II, 321, 322; — il en est de même de la sonde à demeure, III, 348, 480; — application à la lithotritie, II, 322; — calibre des instruments employés pour cette opération, II, 323; — les déchirures par instruments trop volumineux siègent sur la paroi inférieure, II, 323; — col de la vessie, ses dimensions, son extensibilité, II, 323, 324.

Contenance de l'urètre antérieur, III, 380, 382, 565.

Surface interne de l'urètre, sillons et rides, II, 325; — valvule de Guérin, foramina et foraminula, II, 325; — orifices s'ouvrant dans l'urètre postérieur, II, 326.

Structure de l'urètre, II, 327; — solidarité pathologique de ses diverses couches, II, 327; — élasticité de la muqueuse, d'où écartement permanent des plaies transversales et

longitudinales, II, 328; — application à l'urétrotomie, II, 328; — adhérence de la muqueuse aux couches sous-jacentes, II, 329; — sa faible consistance, II, 329; — couche musculaire lisse de l'urètre, II, 329, 330; — ses glandes, gl. de Littre, gl. de Cooper, II, 331; — épithélium, II, 332; — vaisseaux, II, 333; — connexions de l'urètre avec la prostate, II, 334; — sphincter prostatique, II, 335, 336; — sphincter de la vessie, II, 336; — appareil musculaire de la région membraneuse, ses fibres striées, II, 337; — rapports de l'urètre avec le tissu spongieux, II, 338; — il le traverse obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, II, 338, 340.

Comparaison des parois supérieure et inférieure de l'urètre, II, 340 à 344; — la paroi supérieure, paroi chirurgicale, est moins extensible, moins longue, II, 341 à 343; — elle est aussi plus fixe et plus régulière, II, 344; III, 284, 301, 319, 320; — la portion membraneuse, point de repère chirurgical, II, 345; — danger moindre d'hémorragie en incisant sur la paroi supérieure que sur la paroi inférieure dans l'urétrotomie interne, II, 346; — raisons pour lesquelles l'urétrotomie doit être faite sur la paroi supérieure, II, 346, 347, 348.

PHYSIOLOGIE NORMALE, II, 349.

Le sphincter urétral est contractile et sensible (exploration avec les bougies à boule), II, 350, 358; — dans l'intervalle des mictions, il ferme l'urètre (expériences des instillations antérieures et profondes), II, 350, 351; — il est éminemment contractile (électrisation directe du canal, difficulté du cathétérisme sur le cadavre, II, 351).

Le sphincter urétral établit une séparation des plus nettes entre l'urètre antérieur et l'urètre profond: dualité de l'urètre aux points de vue anatomique, physiologique et pathologique, II, 352; — conséquences pour l'étude de l'urétrorrhagie, des écoulements antérieurs et postérieurs, de la circulation des liquides physiologiques versés par les différents appareils glandulaires, II, 352 à 357; — écoulement incolore d'origine glandulaire, II, 354; — sécrétion normale de l'urètre, II, 355; — prostatorrhée

de la défécation, II, 354; — fermeture du col de la vessie pendant l'éjaculation, II, 355; — petites éjaculations purulentes de l'urètre postérieur, II, 357; — le sphincter urétral complète et perfectionne l'appareil sphinctérien du col de la vessie qui se prolonge jusqu'au ligament de Carcassonne; il en est la partie la plus active, la seule qui obéisse à la volonté et puisse activement résister aux contractions de la vessie, II, 358 à 360; — sa force tonique, II, 358; — le sphincter de la vessie n'est suffisant qu'en l'absence de contractions vésicales, II, 360; — le sphincter urétral est le siège des spasmes dits du col, II, 360; — ce spasme est toujours symptomatique et presque toujours lié à un état douloureux de la vessie (vessie irritable), II, 361, 362; — il s'observe pourtant chez quelques myéliques et neurasthéniques, II, 361.

Le rôle physiologique de l'urètre antérieur est passif, inconvénients de l'atrésie du méat, comment le débarrasser, II, 363.

La dualité de l'urètre est démontrée par ses malformations, II, 364; — et par les recherches bactériologiques: le sphincter urétral empêche le passage des microbes de l'urètre antérieur dans le postérieur, II, 365.

Sensibilité de l'urètre; elle est surtout vive dans la région membraneuse, II, 365; — elle est parfois très prononcée chez les neurasthéniques, et peut être mise en éveil par le toucher rectal, II, 366; III, 534; — la sensibilité au contact et à la tension, II, 366; — la sensibilité à la tension de l'urètre postérieur se confond avec celle de la vessie, II, 366; — le besoin d'uriner n'est pas dû à la pénétration de l'urine dans l'urètre postérieur, II, 367, 368.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, II, 368.

L'urètre antérieur contient à l'état normal des microbes saprophytes, mais ils sont inoffensifs, I, 29, 30; II, 368; — ils ne déterminent pas l'infection de la vessie, II, 369; — résistance de l'urètre aux microbes portés par les instruments ou venus de la vessie, II, 369; — la réceptivité gonococcique de l'urètre augmente par de précédentes atteintes, II, 370; — 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; — celui-ci cultive très bien 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; — s'il y a des urétrites postérieures sans cystite, il n'y a pas de cystite sans urétrite postérieure, II, 373; — la tuberculose fréquente dans l'urètre postérieur est rare et secondaire dans l'urètre antérieur, II, 373.

Part de l'urètre dans l'infection générale. — Malgré le grand pouvoir absorbant de l'urètre, ses infections restent locales tant qu'il n'y a pas traumatisme et miction sous pression, I, 240; II, 95, 96, 97, 101, 374, 452; — comment une plaie urétrale peut ouvrir la porte à l'infection générale et à la fièvre, II, 452, 455; — très grande importance de l'absorption par l'urètre, II, 459, 463; — ce que montre la fièvre chez les rétrécis après l'enlèvement de la sonde à demeure, II, 460; — fièvre urétrovésicale de Civiale, II, 138; — l'absorption urétrale est possible, même avec intégrité de l'épithélium, II, 147.

Exploration de l'urètre normal et de l'urètre pathologique, voir cathétérisme *explorateur* de l'urètre et *Endoscopie* urétrale.

PATHOLOGIE DE L'URÈTRE.

Inflammations, voir *Blennorrhagie*.

— Urétrite causée par la sonde à demeure, III, 367; — urétrite interstitielle et abcès, perforation et fistule causées par une pression trop forte, III, 368; — il faut une bonne adaptation réciproque du canal et de la sonde, III, 368; — position à donner à la verge; — ne pas la couder, III, 369.

Analyse histo-bactériologique des sécrétions pathologiques de l'urètre, I, 352; — filament muqueux normal, I, 352; — urétrite à gonocoque pure, I, 353; — urétrites mixtes, I, 354; — urétrites aiguës non gonococciques; — I, 354; — urétrites chroniques à gonocoques, I, 357; — urétrites chroniques mixtes, I, 357; — urétrites saprophytiques, I, 357; — urétrites aseptiques, I, 357; — spermatorrhée vraie, I, 359; — prostatorrhée, I,

359; — urétrorrhée, I, 359; — il n'y a pas de cystite sans urétrite postérieure, II, 373; — *Traitement modificateur de l'urètre enflammé, voir Insuffillations et Lavages.*

Traumatismes. — Ils se font de dedans en dehors (t. internes), ou de dehors en dedans (t. externes):

1° T. internes. — Voir *Fausse routes*:

2° T. externes: A. *Région péniennne*: ils sont fréquents et dus à la rupture de la corde ou aux faux pas du coït, I, 233, 234; — symptômes: urétrorrhagie, rétention, infiltration, I, 234; — traitement, I, 234; — B. *Région périnéo-bulbaire*: causes, chute à califourchon, coup de pied, etc., I, 234, 235; — la peau est ordinairement intacte, I, 235; — la rupture peut être complète ou incomplète, I, 236; — le foyer est à la fois ouvert et fermé, I, 237; — il y a trois symptômes: troubles de la miction, écoulement de sang, tumeur périnéale, I, 237; — inconvénients du cathétérisme, I, 238.

— *Cas légers*: urétrorrhagie, I, 238; — rétrécissement ultérieur, I, 239. — *Cas moyens*, I, 239; — symptômes: écoulement de sang, tumeur périnéale, I, 239; — ne pas se servir d'instruments droits, I, 239; — mais d'une sonde en caoutchouc ou de bougies collodionnées, I, 240; — transformation fréquente des cas moyens en cas graves par infection du foyer et fièvre, malgré la sonde à demeure, I, 240. — *Cas graves*, I, 240; — urétrorrhagie abondante, rétention complète, I, 240; — nécessité de l'intervention chirurgicale immédiate, I, 240; — cathétérisme, ses difficultés, ses inconvénients; il expose à l'infection du foyer fermé, I, 242; — ponction hypogastrique avec canule à demeure, son insuffisance, ses services, I, 242; — incision simple du périnée, I, 243; — elle ne suffit pas, il faut en outre rechercher le plus tôt possible le bout postérieur et mettre une sonde à demeure, I, 244; — ce bout postérieur est toujours accessible, I, 244; — manière d'introduire la sonde, I, 245; — la formation consécutive d'un rétrécissement est rapide et fatale, I, 246; — ce rétrécissement est souvent infranchissable, I, 246; — utilité de

la réparation de l'urètre par suture immédiate des deux bouts, I, 247; — il en est de même dans les cas de fracture du pubis, I, 248; — C. *Région membraneuse*, I, 248; — les lésions urétrales sont rarement importantes, aussi le cathétérisme est-il indiqué, I, 248; — Dans les cas difficiles: — ponction hypogastrique, cystostomie, cathétérisme rétrograde, I, 249, 250.

Traumatismes de l'urètre, cause d'incontinence, I, 279, 280.

Traumatisme de l'urètre pendant l'accouchement, I, 233.

Compression de l'urètre, cause de rétention; traitement: cathétérisme avec une sonde en caoutchouc, I, 251.

Corps étrangers de l'urètre. — Voir *Corps étrangers de l'urètre et Calculs de l'urètre.*

Rétrécissements de l'urètre. — Voir *Rétrécissements.* Leur traitement par la dilatation, voir *Dilatation.*

Anesthésie locale de l'urètre. — Voir *Anesthésie.*

URÉTROTONIE INTERNE. — Ses indications; accès de fièvre provoqués par une dilatation bien conduite, II, 188, 189; — elle est possible et indiquée même dans les cas où une opération plus grave serait contre-indiquée, II, 122; — dans certains cas de calcul engagé derrière un rétrécissement, elle est préférable à la dilatation, I, 261; — elle est indiquée dans la rétention des rétrécis quand l'introduction d'une bougie ne rétablit pas le cours de l'urine, I, 153; — elle est indiquée dans la forme lente de la fièvre urinaire, II, 192; — dans l'infiltration d'urine, elle doit être faite plusieurs semaines après l'incision périnéale, I, 155.

L'urétrotomie interne doit être faite sur la paroi supérieure, II, 346 à 348; — car le danger d'hémorragie y est beaucoup moindre, II, 346; — cependant, il vaut mieux la faire sur la paroi inférieure, dans les rétrécissements traumatiques de la région membraneuse pour éviter le plexus de Santorini, I, 249; — l'élasticité de la muqueuse assure l'écartement permanent des lèvres de la plaie, II, 328.

Nécessité de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, III, 60; 331; — condition de son intro-

duction et de son séjour, III, 60; — elle doit être à bout coupé pour être mise en place sur conducteur, III, 277, 317; — comment l'introduire dans le cas de calcul de l'urètre, I, 262; — la sonde doit entrer dans l'urètre sans frottement, II, 101; III, 60, 481; — il faut veiller à la bonne adaptation réciproque de la sonde et du canal, III, 368; — ne pas trop l'enfoncer, III, 358; — ne pas couder la verge, III, 369; — elle doit être au goutte-à-goutte continu, III, 358; — Durée de son séjour, III, 60; — fixation, pansement, entretien, voir *sonde à demeure.*

Comment l'urétrotomie interne peut être cause de fièvre, II, 97; — influence du volume de la sonde, II, 101; — relation de l'état ammoniacal des urines avec la fièvre, II, 99; — bien conduite, l'urétrotomie ne détermine pas la fièvre, même quand les urines sont microbiennes, III, 331.

Elle a au contraire une action très remarquable dans les cas où elle s'est installée, II, 99, 188, 189; — heureux effets de l'urétrotomie interne sur les troubles digestifs, II, 209, 217; — sur la migraine, II, 211; — sur la diarrhée, II, 212; — sur les vomissements, II, 213; — sur la cystite et l'état ammoniacal des urines, I, 550, 563; II, 429; — sur la polyurie, I, 639.

Antisepsie de l'urétrotomie interne; stérilisation des instruments souples ou métalliques, III, 54, 59, voir *Stérilisation.* — L'antisepsie absolue de cette opération est cependant impossible, car la vessie et l'urètre ne peuvent être désinfectés, III, 59, 60; — on pare à ces inconvénients par la bonne application de la sonde et des lavages antiseptiques de la vessie, III, 60.

La chloroformisation est inutile pour l'urétrotomie interne; cependant, le chloroforme à la reine est quelquefois permis, III, 527; — médiocres effets de l'anesthésie locale, III, 538, 539; — la cocaïne est mauvaise, III, 527.

URÉTROTONIE EXTERNE. — Ses indications dans les ruptures urétrales par chute à califourchon, I, 243; — par fracture du pubis, I, 248; — la su-

ture immédiate des deux bouts de l'urètre est le meilleur moyen de prévenir la formation rapide du rétrécissement, I, 247; — manière d'introduire la sonde quand on a trouvé le bout postérieur, I, 245.

Urétrotomie externe sans conducteur dans les cas de rétrécissement infranchissable avec infection de la vessie et fièvre, I, 155.

Urétrotomie externe pour extraire un calcul engagé derrière un rétrécissement, I, 260.

L'urétrotomie externe exige la chloroformisation complète, III, 527.

URÉTROTONIE. — Comment la distinguer de l'hématurie, I, 439; II, 333; — elle constitue l'un des symptômes les plus caractéristiques des ruptures urétrales; ce qu'elle est dans les cas légers, I, 238; — dans les cas moyens, I, 239; — dans les cas graves, I, 240; — elle est aggravée par le cathétérisme, I, 241; — dans l'urétrotomie interne, elle se produit plus facilement, si l'on incise sur la paroi inférieure, que sur la paroi supérieure, II, 346.

URINAL ANTISEPTIQUE. — Sa description, III, 363; — son but: empêcher l'infection de la vessie par la sonde à demeure, III, 371; — emploi pour cet urinal de pastilles de sublimé; leur formule, III, 363.

URINES. — Considérations générales sur les modifications pathologiques des urines et en particulier sur leur valeur sémiologique, I, 288 à 292.

Analyse histologique. — Prise de l'urine, I, 293; — formation du dépôt, sédimentation, I, 294; — avantages de la sédimentation rapide par la centrifugation, I, 295; — examen histologique du dépôt; technique, I, 296; — *sédiments épithéliaux*, I, 297; — épithélium urinaire normal du bassinnet à l'urètre, I, 298; — il est très différent de l'épithélium rénal, I, 298; — sédiment épithélial normal de l'urine; filament normal, énéorème, sperme, épithélium vulvo-vaginal, I, 299; — sédiments épithéliaux pathologiques, I, 304; — dans les inflammations urétrales et vésicales, I, 304; — sédiment épithélial néoplasique, sa valeur diagnostique, I, 305, 323; — *sédiment purulent, leucocytes*, I,

308; — caractères généraux des sédiments à l'œil nu, I, 308; — comment se présentent les leucocytes dans les urines acides, I, 309, 310; — dans les urines alcalines et ammoniacales, I, 311, 312; — procédés chimiques de diagnostic du pus, I, 312; — valeur sémiologique de la pyurie, I, 312, 313; — urines putrides, I, 313; — *urines sanglantes*, caractères généraux à l'œil nu, I, 316; — urines rouges à hématies normales, urines brunes à hématies dissoutes, I, 316; — utilité de la centrifugation pour reconnaître la présence de rares hématies, I, 317; — hématies crénelées des urines rouges, I, 317; — hématies altérées des urines noires, I, 318; — caillots frais et anciens, I, 318; — diagnostic de vieux caillots fibrineux, I, 319; — diagnostic de l'hémoglobinurie, I, 319; — *Fragments de tissu organisés*, I, 322; — fragments néoplasiques; variétés de volume et d'aspect, leur recherche, I, 322; — fragments vilieux et non vilieux, I, 323; — fragments stagnés, altérés, I, 324; — l'examen de fragments néoplasiques peut-il renseigner sur la nature et le point de départ du néoplasme? I, 324; — oui, quelquefois, exemple: épithélioma de l'intestin saillant dans la vessie, I, 324; — fragments de membranes fausses, membranes fibreuses, I, 324; — sphacèle partiel des parois vésicales, I, 325; — petits fragments de parenchyme rénal, I, 325; — grumeaux tuberculeux, I, 325; — parasites, I, 325. — *Cylindres urinaires*, I, 328; — ils sont fréquents dans les néphrites des urinaires, I, 328; — utilité de la centrifugation pour les rechercher, I, 328; — réactifs fixateurs et dissociants, I, 328; — cylindres hyalins, I, 329; — c. cireux, I, 330; — c. granuleux, I, 330; — c. cellulaires, I, 330; — théorie de la formation des cylindres, I, 331; — leur diagnostic, I, 331; — *sédiments salins*, leur examen à l'œil nu, I, 334; — leur diagnostic chimique, I, 336; — tableau synoptique des divers sédiments salins des urines acides et alcalines et des agents qui les dissolvent, I, 335; — conditions cliniques de leur formation, I, 336, 337.

Analyse bactériologique. — Prise de l'urine pour l'examen bactériologique, I, 342; — cultures, leur importance, I, 342; — examen bactériologique des urines sur lamelles colorées, I, 343; — dissolution des sels par le réactif de Schlen Wendriner, I, 343; — examen des urines dans les cas de bactériurie, I, 344; — dessiccation, fixation, coloration simple et double, I, 344; — des milieux de culture, cultures directes et sur plaques, I, 345; — microorganismes les plus fréquents: bactérium coli, I, 345; — uro-bacillus liquéfaciens septicus, I, 346; — staphylocoques et streptocoques pyogènes, I, 346; — bacille tuberculeux, I, 346, etc., etc.

Analyse physiologique. — Son importance pour le diagnostic pathogénique, I, 364; — toxicité urinaire, I, 365; — accidents toxiques observés chez les animaux, I, 366; — mode d'expérimentation; mesure de la toxicité, I, 366; — agents toxiques, leur provenance, I, 366, 367; — variations physiologiques, I, 367; — variations pathologiques, I, 367; — diminution dans les affections rénales, I, 368; — *Septicité urinaire*, I, 368; — variations du pouvoir septique, I, 368, 369; — lésions locales diverses (induration, suppuration circonscrite, diffuse, sphacèle), produites par l'inoculation des urines septiques, I, 369, 370; — accidents généraux, I, 369, 370; — agents septiques: divers microbes, I, 370; — valeur diagnostique de l'inoculation des urines septiques, I, 371; — toxicité spéciale des urines septiques, I, 371, 372.

Examen physico-chimique des urines. — Caractères physiques de l'urine normale et pathologique, I, 373 à 387; — Consistance, I, 373; — odeur et saveur, I, 374; — transparence, I, 375; — Couleur, I, 376; — couleur jaune ambrée de l'urine normale, I, 376; — pâle des urines polyuriques nerveuses, I, 376; — foncée après absorption de rhubarbe, d'acide phénique, salol, naphtol, I, 377; — rouge ou noirâtre des hématuries, I, 378; — urines ictériques, I, 379; — urines hémaphériques, I, 380, 381; — urines bleues, I, 382;

vertes, I, 382; — laiteuses (chylurie), I, 382; — Quantité, I, 382 à 385; — voir *Polyurie, Oligurie, Anurie.* — Densité, variations physiologiques et pathologiques, I, 385 à 387; — Réaction, acidité normale, I, 387 à 392; — alcalinité alimentaire, I, 388; — alcalinité ammoniacale, I, 389 à 392; — utilité du papier de tournesol, I, 391, voir *Ammoniurie et Alcalinité.* — Composition: éléments normaux; Urée, I, 393; — son dosage par le procédé Regnard, I, 395; — son chiffre normal, 28 grammes par litre, I, 396; — ses variations physiologiques, I, 397 à 399; — ses variations pathologiques, I, 399 à 402; — sa décomposition en carbonate d'ammoniaque, I, 402, voir *Ammoniurie et Urée.* — Acide urique, I, 403; — causes de sa formation, son origine, I, 403 à 406; — conditions qui augmentent sa production et favorisent sa précipitation, I, 406 à 411 voir *Acide Urique et Acide oxalique.* — Urates, voir *Urates.* — Phosphates, voir *Phosphates.* — Éléments étrangers: *pus, sang, sucre, albumine, peptones, indican, oxalate de chaux*; voir ces mots, et *pyurie, hématurie, albuminurie*; — Urines grasses ou chyleuses, I, 429 et 430; — cystine, I, 439; — alcaloïdes, I, 439; — sels ammoniacaux, I, 440; — carbonate d'ammoniaque et urate d'ammoniaque, I, 440; — phosphate ammoniaco-magnésien, I, 441.

URIQUE (ACIDE). — Sédiments d'acide urique, I, 335; — conditions cliniques de leur formation, I, 337.

Acide urique dans l'urine, I, 403 à 411; — son augmentation par le régime azoté, I, 403, 404; — par les écarts de régime et les boissons alcooliques, I, 406, 407; — sa précipitation favorisée par l'acidité excessive de l'urine, I, 390; — rôle provocateur possible de l'acide oxalique sur la formation des calculs uriques, I, 434; — par l'intermédiaire de petites lésions rénales, I, 435.

V

VAGINAL. — Du toucher vaginal pour l'exploration de la vessie, II, 288; —

il peut quelquefois déceler des calculs, II, 288.

VALVULES DU COL DE MERCIER, III, 151; — il en est de deux espèces: musculaires et prostatiques, III, 151; — leur extrême rareté, II, 409, III, 152; — Difficultés de leur diagnostic, III, 152; — mode d'exploration employé par Mercier, III, 153; — Les opérations destinées à les combattre ne peuvent être conseillées, III, 153.

VARICOCÈLE. — Symptomatique de tumeur rénale, I, 479; II, 245.

VERGE. — Sa tension par la main gauche pour faciliter le cathétérisme, III, 76, 77.

Habillement de la verge dans l'application de la sonde à demeure, III, 362, 372.

Position de la verge, avec sonde à demeure; ne pas la couder, III, 369.

VERRES. — Expériences des verres pour l'examen de l'urine, I, 593; — importance de l'examen du premier jet pour le diagnostic des urétrites, I, 594; — valeur de la présence du pus dans le deuxième verre, I, 596.

VÉRU MONTANUM. — Son érection pendant l'éjaculation, son influence sur la fermeture de l'urètre pendant l'érection, II, 355.

VÉSICULES SÉMINALES. — Leur exploration par le toucher rectal, II, 284; — leurs indurations dans la tuberculose génitale, II, 284.

VESSIE. — **PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.** — *Sensibilité et contractilité.* — La sensibilité de la vessie tient directement et étroitement sous sa dépendance la contractilité, c'est-à-dire le besoin d'uriner, II, 379.

Physiologiquement, la vessie est insensible au contact de l'urine, II, 380; — et faiblement sensible au contact des instruments, II, 382; — et des corps étrangers, II, 383; — des calculs notamment, II, 384; — elle est au contraire très sensible à la distension, II, 381; — même pendant le sommeil physiologique et sous le chloroforme, II, 384, 385; — La cause déterminante du besoin d'uriner est la mise en tension de la vessie, II, 392, 393; — et non la pénétration de l'urine dans l'urètre postérieur, II, 393; — la capacité de la vessie n'est pas anatomique, mais physiologique,

II, 394; — influence de l'habitude sur la capacité de la vessie normale, II, 395.

Pathologiquement, la vessie devient sensible au contact, II, 388; — cette sensibilité s'exalte au plus haut point dans les cystites douloureuses, II, 388, 389; — le contact de la plus petite quantité d'urine et le moindre mouvement sont alors insupportables, II, 389; — dans les vessies enflammées, le contact des corps étrangers provoque de vives douleurs, II, 383, 388; — la sensibilité à la tension est encore plus vive que la sensibilité aux contacts, II, 386, 387; — fréquence des besoins dans la cystite douloureuse et dans la cystite tuberculeuse, II, 389; — dans toute cystite, la moindre tension doit être évitée, II, 387; — les injections sont contre-indiquées, II, 387, 388; — mais les instillations conviennent, II, 388; — ce n'est pas seulement le col, mais la vessie tout entière qui est hyperesthésique et contracturée, II, 390, 391; — capacité pathologique de la vessie: la douleur marque la limite de sa distensibilité, II, 404; — on rend la vessie plus spacieuse par les moyens qui calment la douleur, II, 405; — résumé des notions relatives à la sensibilité et à la contractilité de la vessie, II, 396.

Conséquences de la distension, II, 397; — différence entre la distension et la tension, II, 422; — phénomènes congestifs démontrés par les érections, même chez les vieillards et chez l'enfant, II, 397; — par l'anatomie pathologique de la rétention expérimentale, II, 398; — par la turgescence des vaisseaux vésicaux dans la taille hypogastrique, II, 398; — par le saignement facile des vessies distendues, II, 399; — Inconvénients de la cessation prématurée des cathétérismes chez les prostatiques, poussées de cystite qui en résultent, II, 400; — dangers créés par la distension pour les reins, II, 388, 401; — la distension, cause de cystite, de fièvre, II, 401; — utilité du cathétérisme régulier et, quand il est incertain, de la sonde à demeure, II, 401; — quelquefois la cystotomie est indiquée, II, 402; — la simple retenue excessive de l'urine peut être cause de cystite,

II, 402; — effets subis par la musculature de la vessie à la suite des rétentions aiguës: paresse vésicale consécutive, I, 108; — différences entre la distension aiguë et la distension chronique, II, 402; — même lente et non douloureuse, elle s'accompagne de congestion, II, 403; — ses conséquences funestes, II, 403; — inversement, la congestion augmente la sensibilité de la vessie à la tension, II, 407, 408; — influence du sommeil et du décubitus sur la fréquence des besoins, II, 408.

Contractions. — Mode de fermeture du col; la valvule musculaire de Mercier est exceptionnelle, II, 409. — sa théorie ne peut être soutenue ni en clinique ni en physiologie, II, 410; — Contractions partielles de la vessie, II, 411; — jamais elles n'ont lieu au niveau du col, II, 412; — mais de la paroi postérieure d'abord (vessie à éperon), II, 412; — puis du bas-fond, II, 413; — c'est ce qui résulte des sensations recueillies pendant la lithotritie, II, 412 à 414; — des recherches expérimentales sur l'accommodation des corps étrangers, II, 415; — des constatations cadavériques, II, 418; — Comment s'effectue l'effacement de la cavité vésicale pendant son évacuation, II, 416; — la paroi postéro-supérieure s'applique sur la paroi postéro-inférieure, II, 416; — le diamètre transverse est celui qui se modifie le moins, II, 414, 415; — on peut toujours se mouvoir latéralement dans une vessie, II, 414; — c'est dans le sens du diamètre transverse que doivent être faites les recherches des fragments, II, 417; — c'est le diamètre chirurgical de la vessie, II, 418.

La résistance des parois de la vessie est soumise avant tout à des conditions physiologiques (contractions), et non pas seulement anatomiques, II, 418; — la vessie se rompt plus qu'on ne la rompt, II, 419; — la distension, cause de rupture quand la vessie est bien musclée et douloureuse, II, 406, 420; — dans les vessies très douloureuses, la lithotritie doit être faite presque à sec, II, 407; — rupture de la vessie distendue pendant la taille hypogastrique, II, 419, 420; III, 518; — cependant, les plaies

de la vessie non tendue ne demandent qu'à se fermer, II, 420, 421; — la rétention est une cause très rare de rupture, I, 111; II, 419; — ruptures dans la rétention expérimentale, I, 73.

Le diagnostic des affections de la vessie ne doit pas être seulement anatomique et étiologique, mais aussi physiologique, II, 421.

Résistance de la vessie à l'infection locale, obstacles qu'elle apporte à l'infection générale. — La réceptivité de la vessie domine l'étude de son infection locale, II, 425; — résistance de l'épithélium vésical, II, 432; — importance de son intégrité sur l'implantation microbienne, II, 440; — la présence 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 Koch, II, 431, 432, 437; — l'urobacillus septicus est le seul microbe qui infecte la vessie sans préliminaires, II, 440, 441; — peu d'influence des irritations artificielles de la muqueuse vésicale, sur son infection microbienne, II, 436; — preuves: traumatismes expérimentaux, II, 438; — plaies de la taille et de l'extirpation des tumeurs, II, 439; — observations des calculeux, II, 439; — très faible réceptivité vésicale chez les rétrécis, II, 426; — chez les pisseurs de pus, même quand ce pus est microbien, II, 427; — chez les sujets atteints de fistule vésico-intestinale, II, 429; — rôle puissant des influences mécaniques, de la distension en particulier, II, 433, 434; — conséquences d'une antisepsie insuffisante dans les cathétérismes pour rétention chronique, II, 438; — rôle des influences dynamiques (congestion), surtout démontré chez la femme (menstruation, grossesse, puerpéralité, ménopause), II, 434; — la condition nécessaire de l'infection de la vessie est la constitution d'un état pathologique de ses parois, II, 442; — difficulté de l'infection expérimentale de la vessie, à moins qu'il n'y ait rétention combinée avec lésions préalables, II, 430 à 432, 437; — rôle des lésions préexistantes à l'infection, leur importance, I, 562 566, 588; II, 436; — rôle des produits albumineux, de la présence

du pus sur la réceptivité microbienne de la vessie (transformation ammoniacale), II, 424; — l'infection de la vessie se fait très habituellement par sa surface libre et non par la voie circulatoire, sauf pour le bacille tuberculeux, II, 442; — pénétration de microbes d'origine intestinale à travers la paroi vésicale, II, 443.

Influence de la vessie sur les uretères. — La vessie est bonne gardienne des uretères non seulement à l'état normal, mais aussi à l'état pathologique, II, 444; — son infection y reste longtemps localisée, II, 444; — moyens de défense de rein contre l'infection vésicale, II, 444, 445; — le mode d'abouchement de l'uretère dans la vessie empêche le reflux de l'urine dans la rétention par ligature, II, 445; — expériences qui montrent le rôle de la musculature vésicale comme agent de défense de l'uretère, II, 446 à 448; — le courant continu descendant de l'urine dans l'uretère, les contractions péristaltiques de ce conduit constituent également une défense, II, 448; — conditions d'ascension des microbes par les uretères, I, 82 à 85; II, 449; — il faut pour cela infection vésicale et rétention, II, 449; — cependant, la congestion seule, chez la femme, par exemple, peut suffire, II, 449; — danger pour les reins de la tension des vessies douloureuses, II, 388, 450, 451.

Part de la vessie dans l'infection générale. — Le poison urinaire élaboré dans la vessie n'est pas nécessairement résorbé; l'épithélium vésical sain ne permet ni l'absorption, ni la fièvre, II, 437; — la part de la vessie dans l'infection générale est directe ou indirecte, II, 432; — Pour que l'absorption directe ait lieu, il faut des lésions anciennes de la vessie avec rétention ou autres causes adjuvantes: refroidissement, surmenage, écart de régime, II, 452, 458 à 460; — l'infection générale, avec fièvre et troubles digestifs, peut être déterminée par la retenue très incomplète d'urine septique, II, 452; — l'absorption vésicale est lente et limitée; elle n'introduit que de petites doses, II, 462, 463; — elle ne s'exerce pas d'une façon constante, II, 461,

463; — démonstration clinique par l'observation des prostatiques : résistance aux accidents fébriles de ceux qui ont l'habitude de se sonder, II, 458, 459; — et même de ceux qui, étant infectés, ne se sondent pas et ne vident pas leur vessie, II, 460; — et par l'observation des rétrécis infectés qui n'ont de fièvre qu'au moment où la plaie de l'urétrotomie permet la résorption, II, 461; — différence des effets du contact et de la pénétration dans les accidents généraux de l'infection, II, 439; — la sonde à demeure prévient la pénétration quand la vessie offre des voies ouvertes à l'absorption, II, 440.

L'infection indirecte, d'origine vésicale, résulte de l'absorption urinaire par l'urètre traumatisé, II, 455; — très grande importance de l'absorption par l'urètre, II, 459, 463; — il peut permettre l'introduction rapide de grandes doses et la production d'accès urinaires foudroyants, II, 455, 456; — nécessité de protéger l'urètre, II, 455; — l'absorption indirecte résulte encore de l'imparfaite élimination opérée par les reins, II, 452; — les lésions secondaires du rein aggravent l'infection directe, II, 455; — possibilité de l'infection du rein par la voie sanguine chez les urinaires, II, 453; — retentissement de la vessie sur le rein par les urètres, par action réflexe, par infection générale, II, 454; — infection d'un rein par l'autre rein, II, 456; — le rein infecté peut à son tour devenir infectant, II, 457; — part du rein dans l'infection : c'est moins ce qu'il verse dans le sang que ce qu'il n'en fait plus sortir, II, 457; — difficulté d'apprécier l'état des reins, II, 457; — dans les cas les plus graves d'infection générale, il faut agir sur la vessie et protéger l'urètre, II, 457, voir *Infection*.

Action de l'anesthésie générale et locale sur la vessie, voir Anesthésie.

PATHOLOGIE

INFLAMMATIONS. — Voir *Cystites, Tuberculose*.

VESSIE IRRITABLE. — État morbide mal déterminé répondant souvent à la neurasthénie, à des lésions spinales ou à la tuberculose, I, 53; II, 361, 362.

CALCULS, voir *Calculs de la vessie.*

NÉOPLASMES. — Symptômes : Hématurie spontanée, unique manifestation, sa valeur, I, 462, 487; — son abondance, I, 476; — intervalle des crises hématuriques, I, 478; — dans certains cas, les hématuries néoplasiques sont provoquées par le mouvement, I, 468; — douleur graduelle et tardive, I, 48, 49; — parfois, odeur de l'urine excessivement fétide (de macération), I, 374; — rétention d'urine par caillots; rétention permanente complète et incomplète, I, 501; — les néoplasmes vésicaux évoluent généralement sans fièvre, II, 93; — sédiment épithélial, sa valeur diagnostique, I, 305, 323; — rencontre dans l'urine de fragments de tissus organisés, I, 322; — ces fragments peuvent être villosités et non villosités, I, 323; — leur valeur diagnostique, I, 324; — possibilité de reconnaître, grâce à eux, une tumeur d'origine intestinale faisant saillie dans la vessie, I, 324.

Examen direct : la palpation simple ne permet que très rarement de sentir le néoplasme, II, 271; — il faut recourir au toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique, I, 486, 488; II, 283; III, 153; — diagnostic du mode d'implantation par le toucher rectal : les bosselures indiquent l'infiltration, I, 486; — des renseignements négatifs, la pédiculisation probable, II, 283; — diagnostic des néoplasmes pré-vésicaux, I, 271, 275.

Résultats insuffisants de l'exploration métallique dans les cas de néoplasmes, III, 153; — sensations recueillies par l'instrument en cas de fungus villosus, III, 154; — l'exploration n'est pas douloureuse tant qu'il n'y a pas de cystite, III, 155; — le pédicule des tumeurs ne peut être reconnu par l'exploration métallique, III, 154; — erreurs dues, dans certains cas très rares, à l'encroûtement calcaire du néoplasme, III, 154.

La cystoscopie permet le diagnostic des néoplasmes de la vessie, III, 247, 248; — elle en fait reconnaître la multiplicité, III, 248; — elle renseigne souvent mal sur le mode d'implantation et sur la nature histologique des tumeurs, III, 249 à 251; — le développement considérable du

néoplasme contre-indique l'examen cystoscopique, III, 249; — la cystoscopie peut faire croire à une tumeur qui n'existe pas, III, 251.

Traitement : évacuation des caillots; — voir *caillots, lavages, instillations*; — valeur de la *cystotomie* contre les hématuries et les douleurs des néoplasiques, III, 344; — la sonde à demeure peut enrayer l'infection, III, 343.

Le *traitement cystoscopique* des tumeurs de la vessie est très imparfait, III, 265; — galvano-cautère à angle de Nitze pour l'extirpation endoscopique des tumeurs de la vessie, III, 265.

TRAUMATISMES DE LA VESSIE. — Ils n'ont pas grande influence sur la réceptivité microbienne de la vessie, II, 438; — c'est ce que prouvent : l'expérimentation sur les animaux, II, 438, — l'observation des calculeux, II, 439, — et les opérations de taille et d'extirpation de tumeurs, II, 439; — ils favorisent l'infection quand ils sont combinés avec la rétention, II, 430, 432, 437; — alors également ils peuvent donner naissance aux accidents généraux de l'infection, II, 439.

RUPTURE DE LA VESSIE. — La rétention est une cause très rare de rupture, I, 411; II, 419; — comment elle

se produit dans la rétention expérimentale; — elle est loin d'être constante, I, 73.

Les ruptures de la vessie sont principalement causées par ses propres contractions, quand elle est bien musclée, douloureuse et soumise à la distension, II, 406, 418, 420; — la vessie se rompt plus qu'on la rompt, II, 419; — rupture de la vessie distendue pendant la taille hypogastrique et sous le chloroforme, II, 419, 420; III, 518.

EXAMEN DIRECT DE LA VESSIE. — Exploration extra-vésicale, voir *Percussion, palpation, toucher rectal simple et combiné avec la palpation hypogastrique, toucher vaginal*.

Exploration intra-vésicale, voir *Cathétérisme explorateur de la vessie et Cystoscopie*.

VOITURE. — Son influence aggravante sur la fréquence et la douleur, particulièrement significative chez les calculeux, I, 60; — sur les hématuries, I, 521.

VOMISSEMENTS. — Dans la rétention expérimentale, I, 88, — chez les urinaires, II, 202, 212; — gravité extrême des vomissements incoercibles après les interventions chez les urinaires dyspeptiques, II, 203; — traitement, II, 234.



BIBLIOTECA

000642