

rénales? Ils semblent s'ajouter à tous les faits, qui démontrent de plus en plus que les fonctions glandulaires peuvent continuer à s'exercer alors qu'il n'y a plus que des vestiges de l'organe qui y est préposé. Ils font en tout cas comprendre aux chirurgiens combien peut être précieuse la conservation des moindres parcelles de tissu rénal.



BIBLIOTECA

000674

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
PRÉFACE DE LA TROISIÈME ÉDITION.....	v

PREMIÈRE PARTIE

SYMPTOMES FONCTIONNELS

PREMIÈRE LEÇON

IMPORTANCE ET BUT DE LA SÉMIOLOGIE

Conditions générales de l'étude des maladies des voies urinaires. — Principes de leur diagnostic. — Les malades doivent être examinés au point de vue médical avant d'être soumis à l'exploration chirurgicale. — Le moyen et la méthode. — Nécessité d'une méthode.....	1
--	---

DEUXIÈME LEÇON

COMMÉMORATIFS ET CLASSIFICATIONS DES SYMPTÔMES FONCTIONNELS

I. COMMÉMORATIFS. — Division du sujet. — Début et évolution de l'affection. Affections antérieures de l'urèthre: traumatisme: blennorrhagie; date, nombre et durée. — Affections héréditaires ou acquises: tuberculose, goutte et rhumatisme, syphilis, maladies nerveuses, diabète, athérome. — Traitements antérieurs, leurs résultats, leurs accidents.....	7
II. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Classification; tableaux synoptiques.....	16

TROISIÈME LEÇON

TROUBLES DE LA MICTION

I. MICTION FRÉQUENTE. — Par lésion du système nerveux: névropathes, ataxiques, hypochondriaques. — Par affections urinaires: fréquence nocturne, fréquence diurne.....	20
II. MICTION IMPÉRIEUSE.....	29

	Pages.
III. MICTION DIFFICILE. — Par lésion nerveuse. — Par affection urinaire. — Miction lente. — Miction retardée. — Miction retardée et douloureuse. — Efforts véritables; positions prises par le malade.....	30
IV. MICTION RARE.....	38
V. MODIFICATIONS DU JET. — Conditions complexes qui les régissent. — Changement de forme. — Diminution de volume, de projection. — Interruption brusque; sa valeur sémiologique; observations.....	39
VI. MICTION DOULOUREUSE. — Douleur provoquée par la miction; nécessité de savoir à quel moment: avant, pendant ou après. — Douleurs entre les mictions. — Causes qui les provoquent. — Influence du repos et du mouvement. — Siège et degré des douleurs. — Irradiations douloureuses. — Douleurs spontanées. — Conclusion.....	47

QUATRIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE

Étude du symptôme. — Division du sujet

La rétention n'est qu'un symptôme déterminé par des lésions diverses. — A chacune correspond une espèce particulière de rétention. — L'étude des rétentions sera notre but. — L'importance des modifications anatomiques et fonctionnelles que la rétention fait subir à l'appareil urinaire est cependant si grande qu'il est indispensable d'étudier tout d'abord la rétention.....

I. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE. — Anatomie pathologique et physiologie pathologique de la rétention.....	68
II. ÉTUDE CLINIQUE.....	97
III. DIVISION DU SUJET.....	114

CINQUIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE INFLAMMATOIRE, CONGESTIVE
SPASMODIQUE ET NERVEUSE

Conditions qui provoquent la congestion: urétrite actuelle ou récemment éteinte; injections irritantes; injections mal faites. — Conditions qui provoquent le spasme; causes déterminantes; contact d'un corps étranger, d'une solution cathétérique, froissements de l'urètre, excitation du col par tuberculose, par cystite, par besoin d'uriner. — Causes prédisposantes: nervosisme, affections médullaires. — Diagnostic du spasme. — Diagnostic de la rétention suite de prostatite aiguë.

Traitement: le cathétérisme est utile, mais n'est qu'un adjuvant. — Importance des moyens médicaux. — Ouverture des abcès prostatiques. — Rétention par simple distension vésicale.....

	119
--	-----

SIXIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE CHEZ LES RÉTRÉCIS

Influence de l'hypertrophie prostatique sur la rétention d'urine dans certains cas de rétrécissement. — Diagnostic entre les prostatiques et les rétrécis par les commémoratifs et par l'exploration: nécessité de ce diagnostic. — Diagnostic différentiel de la nature et du siège des rétrécissements.

	Pages.
cissements. — Rétention complète passagère. Sa fréquence, sa pathogénie: congestion par décubitus; irritation par contact direct. — Rétention incomplète. — Sa gravité; son traitement par l'uréthrotomie. — Rétention complète. — Son étiologie. — Le traitement antiphlogistique est très important, toujours utile et souvent suffisant. — Le traitement chirurgical varie selon le calibre du rétrécissement. — Indications de la sonde. — Indications de la bougie. — Cathétérisme appuyé. — De l'uréthrotomie interne immédiate. — Si le rétrécissement est infranchissable et que la rétention persiste, recourir à la ponction aspiratrice. — Cathétérisme forcé. — Injections forcées. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Boutonnière périnéale. — Dans la rétention avec infiltration d'urine, il faut inciser et non sonder.....	134

SEPTIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES

Considérations générales. — Rétention complète

De la rétention de cause prostatique en général. — Prodomes: fréquence et difficultés nocturnes de la miction. — Pathogénie: rôle de la congestion et causes qui la provoquent. — L'inertie vésicale est secondaire et non primitive. Modifications anatomiques apportées à l'urètre prostatique et au col vésical par l'hypertrophie prostatique. — Le diagnostic de la rétention comporte son degré, sa cause, la nature de la déviation. Il doit être fait par les commémoratifs, par le toucher rectal combiné au palper abdominal, et par l'exploration méthodique du canal.....

Rétention complète. — Nécessité de l'intervention. — Du choix de l'instrument: sa nature, sa forme, son calibre. — Des règles de l'évacuation. — Évacuation successive. — Évacuation antiseptique. — Cathétérisme répété. — Sonde à demeure. — Traitement consécutif: hygiène locale et générale. — Ponction de la vessie avec la canule à demeure; ponction capillaire avec aspiration. — Fistule sus-pubienne. — Fistule périnéale. — Prostatomie et prostatectomie.....

	156
	173

HUITIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES (suite)

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES

Les rétentions incomplètes offrent trois types qui peuvent être observés à l'état aseptique ou septique.....

I. Rétention aiguë incomplète avec ou sans distension. Les symptômes sont locaux: miction difficile, douloureuse, répétée, insuffisante. — Le traitement médical peut suffire dans certains cas. — Indications du cathétérisme.....	206
II. Rétention chronique incomplète sans distension. Symptômes locaux, tantôt nets, tantôt insidieux. — Cathétérisme évacuateur et explorateur. — La vessie est contractile, souvent très irritable. Les symptômes généraux digestifs et fébriles peuvent quelquefois être très prononcés. — Traitement: cathétérisme répété et injections; hygiène; moyens généraux.....	211

	Pages.
III. <i>Rétention chronique incomplète avec distension.</i> Sa définition anatomique. — État général grave; il y a toujours des troubles digestifs, souvent de la cachexie, pas de fièvre. Les symptômes locaux peuvent passer inaperçus : polyurie et fréquence de la miction. — Distension vésicale facile à constater. — Pronostic grave. — Le traitement curatif est le cathétérisme évacuateur progressif et aseptique; ses indications et ses contre-indications. — Ses règles.	217

NEUVIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE TRAUMATIQUE

Définition. — Traumatismes internes. — Traumatismes externes; nécessité de distinguer la région atteinte.	232
I. Traumatismes de la région péniennne.	233
II. Traumatismes portant sur le périnée. — Étiologie. — Considérations anatomiques. — Cas légers: cas de moyenne intensité; cas graves. — Indications thérapeutiques.	234
III. Traumatismes de la région membraneuse.	248

DIXIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE MÉCANIQUE

Définition et division. — Compression de l'urètre. — Obstruction du canal par un corps étranger. — Indications thérapeutiques tirées du siège: au col, dans l'urètre profond, dans l'urètre antérieur. — Calcul derrière un rétrécissement; gravité possible de ces cas; leur traitement. — Engagement de débris calculeux.	250
---	-----

ONZIÈME LEÇON

INCONTINENCE D'URINE

Définition. — Division du sujet. — Incontinence par lésions et par affections nerveuses. — Incontinence infantile; évolution; étiologie; pathogénie; traitement. — Opinions de Desault, de Trousseau, de Civiale; opinion de l'auteur. — Électrisation directe du sphincter urétral. — Chez les urinaires, l'incontinence avec vacuité de la vessie ne se rencontre que dans quelques cas rares. — Incontinence mécanique. — Incontinence traumatique urétrale et vésicale. — Incontinence par insuffisance urétrale. — Incontinence des rétrécis et des prostatiques. — Leur type; leur pathogénie. — Diagnostic. — Traitement: curateur chez les rétrécis; palliatif chez les prostatiques.	264
---	-----

DEUXIÈME PARTIE

MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES DES URINES

DOUZIÈME LEÇON

	Pages.
Considérations générales sur les modifications pathologiques des urines et, en particulier, sur leur valeur sémiologique. — Division du sujet; l'analyse doit être: histologique, bactériologique, physiologique, physico-chimique, clinique.	287
I. ANALYSE HISTOLOGIQUE. — Prise de l'urine. — Formation du dépôt: sédimentation et centrifugation. — Examen histologique du dépôt: technique.	293
A. Sédiments épithéliaux. — Structure de l'épithélium urinaire normal: Sédiment épithélial normal de l'urine. — Sédiments épithéliaux pathologiques: dans les inflammations; dans les néoplasies; leur valeur sémiologique.	297
B. Sédiment purulent. — Leucocytes. — Caractères généraux des sédiments purulents à l'œil nu. — Urines purulentes acides et alcalines. — Technique de l'étude des leucocytes: leurs réactions; leur diagnostic; leur valeur sémiologique. — Urines putrides.	308
C. Urines sanglantes. — Caractères généraux à l'œil nu. — Urines rouges: hématies normales; urines brunes: hématies dissoutes. — Hématies normales, crénelées, dissoutes. — Caillots frais et anciens: diagnostic des vieux caillots fibrineux. — Diagnostic de l'hémoglobinurie.	316
D. Fragments de tissus organisés. — Fragments néoplasiques: variétés de volume et d'aspect, leur recherche: fragments vilieux et non vilieux. — Fragments stagnés, altérés. — Fragments de néoplasmes intestinaux. — Fragments membraneux: fausses membranes d'exsudation; membranes de sphacèle. — Grumeaux tuberculeux; parasites.	322
E. Cylindres urinaires. — Technique de leur recherche dans les urines purulentes. — Cylindres purs, hyalins, cireux. — Cylindres composés, granuleux: graisseux, salins, épithéliaux, leucocytiques, hémattiques. — Théories de la formation des cylindres; leur valeur sémiologique.	328
F. Sédiments salins: urines acides; urines alcalines. — Forme, réactions, diagnostic.	334
II. ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE. — Prise aseptique de l'urine. — Technique. Examen sur lamelles colorées. — Technique: procédés de Sehlen-Wendriner, de Biddert. — Dessiccation: fixation, coloration simple et double. — Cultures directes et sur plaques. — Bacterium coli: Urobacillus liquefaciens septicus. — Staphylocoques et streptocoques pyogènes; bacille tuberculeux.	342
Analyse histo-bactériologique des sécrétions pathologiques de l'urètre. — Sécrétion normale: filament muqueux normal. — Sécrétions pathologiques: A. Urétrites aiguës et subaiguës; a) Urétrites à gonocoques purs; étude du pus à gonocoques; b) Urétrites mixtes; c) Urétrites aiguës non gonococciques. — B. Urétrites chroniques; filaments purulents, muco-purulents, muqueux. — Leurs éléments: leucocytes, cellules épithéliales, normales et altérées; a) Urétrites chroniques à gonocoques; b) Urétrites chroniques mixtes; c) Urétrites chroniques saprophytiques; d) Urétrites chroniques aseptiques.	352
UVOX. — Voies urinaires.	42

	Pages.
III. ANALYSE PHYSIOLOGIQUE. — Son importance pour le diagnostic pathogénique. — Toxicité et septicité urinaires. — Toxicité urinaire. — Mode d'expérimentation. — Mesure de la toxicité. — Agents toxiques : leur provenance. — Variations de la toxicité à l'état normal et pathologique, dans les affections rénales. — Septicité urinaire. — Variations du pouvoir septique. — Lésions locales diverses (induration, suppuration circonscrite, diffuse, sphacèle) et accidents généraux produits par l'inoculation des urines septiques. — Agents septiques ; microorganismes. — Valeur diagnostique de l'inoculation des urines septiques. — Toxicité spéciale des urines septiques.	364

TREIZIÈME LEÇON

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE DES URINES

I. Caractères physiques de l'urine normale et pathologique. — Consistance. — Odeur. — Saveur. — Transparence. — Couleur. — Quantité. — Densité.	373
II. Réaction et composition de l'urine normale et pathologique. — Acidité normale ; modifications physiologiques ; alcalinité pathologique. — Urée ; ses origines, ses modifications quantitatives, sa décomposition en carbonate d'ammoniaque. — Acide urique. — Urates. — Phosphates : phosphate de chaux, phosphate de magnésie.	387
III. Éléments étrangers : Sucre dans les urines. — Albumine. — Peptones. — Indican. — Urines chyleuses. — Oxalate de chaux. — Cystine. — Sels ammoniacaux : carbonate d'ammoniaque, urate d'ammoniaque, phosphate ammoniaco-magnésien.	416

QUATORZIÈME LEÇON

EXAMEN CLINIQUE DES URINES PATHOLOGIQUES

LE SANG DANS LES URINES

(Hématurie)

Fréquence et importance du symptôme « hématurie ».	442
I. Examen des urines. — Recherche du sang dans les urines : microscope, analyse chimique ; spectroscope ; inspection. — Étude des dépôts : dépôts purulents ponctués et striés de sang ; dépôts de sang pur. — Forme, dimensions et couleur des caillots ; leur valeur sémiologique. — Examen du liquide qui surnage le dépôt, facile dilution du sang dans l'urine. — Nuances et teintes diverses, valeur sémiologique.	444
II. Examen du malade. — Diagnostic entre l'hématurie et l'urétrorrhagie. — Conditions productrices de l'hématurie. — Influence comparée du repos et de la marche. — Influence de la congestion, son rôle. — Rapports de l'hématurie avec les divers temps de la miction, hématurie totale ; hématurie terminale ; hématurie initiale. — Le moyen et la méthode. — Fréquence, durée et abondance de l'hématurie. — Remarque sur le varicocèle symptomatique. — Valeur des symptômes fonctionnels vésicaux ou rénaux accompagnant l'hématurie. — Hématuries dépendant de causes générales ou de la présence de parasites. — Physiologie pathologique de l'hématurie.	458

	Pages
III. Indications de l'exploration instrumentale ; principes de l'intervention chirurgicale et du traitement dans les hématuries.	499
IV. Appendice. — Éjaculations sanglantes.	512

QUINZIÈME LEÇON

EXAMEN CLINIQUE DES URINES PATHOLOGIQUES

LE PUS DANS LES URINES

(Pyurie)

I. EXAMEN DES URINES. — Fréquence et importance de la suppuration. — Conditions qui la permettent et la favorisent. — Origines diverses du pus qu'on trouve dans l'urine. — Ses caractères physiques et chimiques. — Les albumines du pus, leur recherche. — Aspect des urines purulentes fraîches et reposées : filaments, nuages, dépôts grumeleux, dépôts homogènes. — Mélanges et conditions physico-chimiques qui modifient les aspects du pus. — Urines rénales. — Dépôts divers qui peuvent simuler le pus ; moyens de les distinguer. — Valeur des mots : mucus et muco-pus.	319
II. EXAMEN DU MALADE. — Conditions cliniques qui modifient et régissent les aspects de l'urine purulente. — Urines alcalines et urines ammoniacales. — Influence de l'état vésical sur la transformation alcaline ou ammoniacale des urines. — Influence du traitement chirurgical sur leur retour à l'état acide. — Observations et exposé des faits. — Théorie clinique de la putréfaction intra-vésicale. — Discussion des théories. — Conclusion.	546
III. THÉORIE SUR LA TRANSFORMATION AMMONIACALE DES URINES	570
IV. VALEUR DIAGNOSTIQUE. — Moment de la miction où se montre le pus. — Expérience des deux verres. — Altérations réciproques du pus et de l'urine. — Apparition progressive et subite ; abondance et durée. — Symptômes locaux et généraux concomitants.	592
V. VALEUR PRONOSTIQUE. — Quantité et durée de la suppuration. — Urines rénales. — Urines alcalines.	599
VI. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Quand doit-on faire un traitement chirurgical (observations cliniques) ; quand faut-il s'en abstenir ?	603

SEIZIÈME LEÇON

EXAMEN CLINIQUE DES URINES PATHOLOGIQUES

LES GAZ DANS LA VESSIE

(Pneumaturie)

Étude clinique du symptôme-origine diverse des gaz. — 1° Introduction mécanique. — 2° Passage dans la vessie à travers une fistule vésico-intestinale des gaz formés dans l'intestin. — 3° Développement spontané des gaz dans la vessie par fermentation alcoolique des urines qui contiennent du sucre. — 4° Développement spontané de gaz indépendants de la glycosurie. — 5° Pneumatose rénale.	608
---	-----

DIX-SEPTIÈME LEÇON

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

VARIATION DANS LA QUANTITÉ DES URINES

Oligurie, anurie, polyurie)

	Pages.
I. DIMINUTION DANS LA QUANTITÉ DES URINES. — OLIGURIE. — Conditions cliniques où elle se présente: lésions graves, anciennes et complexes; traumatismes accidentels et chirurgicaux; accès de fièvre; approche de la mort; excitation très vive de la vessie. — Mode d'apparition: diminution brusque, diminution graduelle. — Valeur pronostique.....	617
II. SUPPRESSION DE LA SÉCRÉTION. — ANURIE. — Sa rareté dans les affections des voies urinaires. — Anurie par occlusion des uretères. — Anurie calculuse. — Anurie consécutive au cancer de l'utérus. — Anurie dans les néphrites, dans l'hystérie, dans les maladies générales graves.	624
III. AUGMENTATION DE LA QUANTITÉ D'URINE. — POLYURIE. — Quantité d'urine rendue. — Influence du lit; la polyurie des urinaires est surtout nocturne. — Aspect des urines claires, urines troubles. — Composition chimique. — Polyurie passagère. — Polyurie intermittente. — Polyurie persistante. — Polyurie de la rétention aiguë, de la rétention chronique, de la tuberculose. — Diagnostic de la polyurie. — Pathogénie et pronostic.	632



1030011186

