

Newmann conclut ainsi son travail :

"Quand l'orifice de l'uretère est rigoureusement normal, il n'y a pas d'affection grave du rein correspondant; 2<sup>e</sup> Quand il y a des lésions tuberculeuses évidentes au méat uréteral, il y a toujours tuberculose du rein correspondant."

Nous n'avons pas à décrire ici les différents modèles de cystoscope. Le seul que nous avons vu employé est celui d'Albarran; il nous a toujours donné à nous-mêmes entière satisfaction.

Les mêmes règles qui régissent la moindre intervention chirurgicale doivent être suivies ici: "Dans les vessies infectées, aussi bien que dans les vessies saines, employer des instruments bien stérélisés, remplir la vessie avec un liquide également stérilisé et nettoyer l'urètre préalablement."

(Pasteau)

Il faudra en outre se rappeler ce principe "qu'on ne fait rien de propre avec des mains sales".

Avant la cystoscopie il faut explorer et préparer l'urètre. Si le canal a besoin d'être dilaté et que cette dilatation demande trop de temps, on fera une urétrotomie. Les irrégularités qui peuvent siéger dans la portion prostatique seront rectifiées par une sonde à demeure laissée dans le canal pendant 24 heures.

La vessie doit être garnie avec une quantité un peu inférieure à sa capacité. 60 grammes constituent un minimum de capacité.

En cas de cystite grave, on attendra quelques semaines l'effet des instillations. Si les urines sont purulentes, faire passer dans la vessie 4 ou 5 seringues d'eau bouillie jusqu'à ce que celle-ci resorte claire, en évitant de mettre la vessie en tension.

Dans une vessie pathologique on pourra voir :

De la "rougeur" diffuse ou localisée à certains points: cystite;

Une muqueuse "boursoufflée", translucide à la partie supérieure, des élévures arrondies: œdème;