

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° Quand il y a des lésions tuberculeuses évidentes au méat urétéral, 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 stérilisés, 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 : oedème ;