

- 11 cas certains, comme contrôle de la méthode ;
- 17 cas douteux cliniquement, avec urines purulentes ;
- 7 cas douteux cliniquement, avec urines claires.
- 8 cas très douteux cliniquement.

Sur ces 43 cas, 25 fois la réaction a été positive, 18 fois négative.

Sur les 25 cas positifs, 22 fois la preuve de la nature tuberculeuse de l'injection fut faite parallèlement par la recherche du bacille de Koch, l'inoculation au cobaye ou l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire ou nécropsique.

2 fois, la preuve ne fut pas faite.

1 fois, il y eut contradiction entre la réaction et l'inoculation. On passa outre à la néphrectomie et l'examen anatomopathologique donna raison à la réaction.

Sur les 18 cas *négatifs*, un seul n'a pas eu d'autre preuve.

(Chevassu, Heitz-Boyer, Grégoire et Heitz-Boyer).

CYSTOSCOPIE

Si nous avons tardé à parler de l'examen cystoscopique, c'est que, toujours, l'examen clinique prime l'examen instrumental et que la cystoscopie ne doit être pratiquée qu'après un examen clinique détaillé : analyse des signes fonctionnels, examen physique de tout l'arbre urinaire, notions sur l'âge et les antécédents personnels du malade ; examen des urines.

La cystoscopie, dans ces conditions, est un procédé de haute valeur pour confirmer ou pour fournir un diagnostic dans les maladies de la vessie, de l'uretère ou du rein. Newmann prétend qu'à elle seule, sans l'assistance du cathétérisme urétéral, la cystoscopie suffit pour faire le diagnostic de tuberculose rénale. Nous croyons prendre rang parmi la majorité, pour ne pas dire la totalité, des chirurgiens en pensant que cette formule est exagérée outrée, dans l'immense majorité des cas, du moins.