

complètement ; la goutte matinale persistera ; parfois, la sécrétion revendra plus abondante, surtout à la suite d'un écart de régime, d'un coït ou d'une pollution.

La persistance de cet écoulement tient à ce que l'urétrite chronique est entretenue par des lésions urétrales, et ce sont ces lésions qu'il faut attaquer et détruire si on veut obtenir la disparition des microbes en même temps qu'une guérison complète et définitive.

Les lésions de l'urétrite chronique peuvent occuper l'urètre antérieur seul ou les deux urètres à la fois. L'expérience des deux verres suffit le plus souvent à faire ce diagnostic. On sait en quoi elle consiste : on fait uriner la malade dans deux verres, si le second est trouble, qu'il renferme des filaments, c'est que l'urètre postérieur est malade. Ce procédé n'est pas toujours exact, car la sécrétion urétrale postérieure peut être en si petite quantité qu'elle ne tombe pas dans la vessie et soit entraînée par le premier jet de l'urine. Si on avait des doutes, on pourrait irriguer copieusement l'urètre antérieur avec de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée, de façon à le débarrasser de tous ses produits de sécrétion, puis faire uriner le malade. Si l'urine renferme des filaments, c'est qu'il s'agit d'une urétrite postérieure. On pourra encore user du procédé de Kromayer, qui consiste à injecter du bleu de méthylène dans l'urètre antérieur et à faire uriner ensuite le malade dans deux verres : seuls, les filaments de l'urètre antérieur seront colorés ; s'il existe de l'urétrite postérieure, les filaments du second verre seront incolores. La présence seule des filaments n'implique pas nécessairement d'une urétrite chronique, car, si le microscope ne décele dans ces produits que du mucus et quelques rares cellules épithéliales, et non des leucocytes et des microbes, on peut affirmer que la maladie est éteinte, quand bien même le canal se trouverait rétréci à un degré quelconque.

La connaissance de l'étendue de la maladie à l'urètre antérieur seul ou aux deux urètres ne peut être utile que pour diriger les lavages, mais elle ne nous enseigne en aucune façon sur le siège exact et la nature des lésions localisées de la blennorrhagie chronique. Nous savons que les lésions principales sont dues à des infiltrats qui envahissent la muqueuse et les tissus sous-jacents, et qui donnent lieu à la formation des rétrécissements. Il est très important de connaître au point de vue de la thérapeutique, la nature et le siège de ces rétrécissements. Ils pourront être mous, succulents, s'ils sont de date récente, scléreux, c'est-à-dire à leur dernier stade d'organisation, s'ils sont de date ancienne. Quand il est unique, le rétrécissement siège plus principalement au niveau du collet du bulbe ; quand il en existe plusieurs, on les trouve par ordre de fréquence près de la fosse naviculaire, au niveau de l'angle pénico-scrotal, ou échelonnés le