

luleuse ambiante et forme un noyau circonscrit de suppuration. Parfois, ainsi qu'il arrive dans ces abcès distants, siégeant sur le dos de l'organe, la propagation se fait par voie lymphatique.

4° **COWPÉRITE ET PÉRIGOWPÉRITE.** — Cette complication de la blennorragie est exceptionnelle. Vers le troisième ou quatrième septénaire d'une blennorragie aiguë, la région prébulbeuse s'endolorit. L'examen de la région périnéo-bulbaire fait reconnaître, nous dit GUBLER, « une légère tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, qui est parfaitement libre, ainsi que les couches cellulaires sous-jacentes, au-dessous desquelles on sent, dans la profondeur, une petite tumeur nettement limitée, allongée, ovoïde ou plutôt piriforme, dont la grosse extrémité regarde l'anus, tandis que la pointe répond au bulbe avec lequel elle se confond : cette tumeur, grosse comme un haricot ou comme une moitié de très petite noix, est latérale par rapport au raphé médian et a son siège exact entre le muscle transverse et la protubérance bulbaire ». — La phlegmasie ne tarde pas à franchir la loge aponévrotique de la glande : elle s'étend à la zone cellulaire ambiante ; très souvent une pointe d'œdème inflammatoire la prolonge vers le tissu cellulaire lâche de l'origine des bourses. La délimitation du foyer devient plus incertaine. Les téguments rougissent, s'échauffent et se tendent ; la tumeur est très sensible ; son point culminant tend à se ramollir ; la fluctuation, d'abord obscure, devient de plus en plus manifeste : en moins de sept jours la suppuration est faite.

### III. — URÉTHRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE

**Étiologie.** — Pourquoi une uréthrite devient-elle chronique ? — La cause peut en résider : 1° dans l'insuffisance ou les irrégularités du traitement ; 2° dans certaines conditions anatomiques de l'urèthre (méat étroit, persistance d'une folliculite, lésions rétrécissantes du canal) ; 3° accessoirement, dans un état constitutionnel du sujet (arthritisme).

**Anatomie pathologique.** — Les recherches histologiques

contemporaines ont établi l'importance des lésions épithéliales qui caractérisent l'uréthrite chronique et accompagnent la formation du rétrécissement blennorragien.

Une altération essentielle est la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Ces modifications de l'épithélium sont dues à la sclérose de la muqueuse et sont en rapport avec les altérations du tissu conjonctif sous-jacent. Une néoformation conjonctive qui passe successivement par les stades d'infiltration embryonnaire, de production de cellules fusiformes, pour aboutir à la formation de tissu fibreux adulte, tel est le processus que NEELSEN, BARABAN, FINGER, HALLÉ et WASSERMANN ont bien décrit.

**Symptomatologie et diagnostic.** — 1° **ÉTUDES DES COMMÉMORATIFS ET DES SYMPTÔMES.** — Un malade a gardé d'une ou plusieurs chaudepisses antérieures un suintement rebelle : c'est le matin, au réveil, — goutte du bonjour — que le plus souvent la goutte vient au méat, soit spontanément, soit par l'expression de l'urèthre ; souvent l'écoulement se réduit à cette goutte matinale, à une tache sur la chemise ; parfois, c'est un véritable écoulement qui suivra un bon diner, un coït excitant : dans d'autres cas, ce sont des filaments plus ou moins nombreux dans l'urine. Le méat est collé. Quelques malades accusent surtout des troubles de la miction et vous consultent pour un rétrécissement ; d'autres se plaignent de phénomènes douloureux variés.

Enquérez-vous du nombre, de la durée, de l'ancienneté, du mode de traitement des blennorragies antérieures. A une période de cette ou de ces chaudepisses, le malade a-t-il eu une orchite ou des envies fréquentes d'uriner ? A-t-il éprouvé la douleur caractéristique à la fin de la miction, ou parfois une certaine souffrance à son début, au moment où la colonne urinaire distend l'urèthre prostatique et va entr'ouvrir le tronçon membraneux ? — La constatation de ces commémoratifs démontre que l'arrière-urèthre a été atteint. Le type de l'écoulement fournit des renseignements pour le siège de l'uréthrite : quand l'urèthre prostatique est pris, il arrive que le pus s'accumule à la région profonde du canal et s'évacue dans la journée,



à intervalles plus ou moins réguliers, par une sorte d' « éjaculation en miniature » qui projette au méat les quelques gouttes ; quelquefois, c'est à la fin de la miction ou de la défécation, que cette émission purulente se produit. Ce sont ces malades qui viennent se plaindre au médecin de « pertes séminales involontaires ».

2° EXPLORATION. — § 1. *Examen antérieur de l'urèthre.* — Le canal d'un blennorrhéique doit être examiné en deux fois. Une première exploration s'arrêtera au cul-de-sac bulbaire, c'est-à-dire se limitera à l'urèthre antérieur ; poussez donc une bougie à boule olivaire, n° 16 à 18 par exemple, jusqu'à ce qu'elle vienne buter à l'entrée de la portion membraneuse, comme le sphincter urétral. Ramenez alors la bougie ; l'olive sort, le talon souillé de mucosités purulentes ; c'est que vous avez été, suivant l'expression de JAMIN, « pêcher le pus dans son nid, le cul-de-sac bulbaire ». Parfois, la sécrétion n'apparaît au méat qu'après le retrait de l'olive ; celle-ci a entre-bâillé les parois du canal, et, faisant piston, entraîné les gouttes purulentes.

Prenez un n° 23 à 25, et explorez la dilatabilité urétrale. L'urétrite chronique produit une perte de l'élasticité normale due à l'infiltration embryonnaire, une sorte d' « urétrite scléreuse » qui réclame l'assouplissement par la dilatation. Dans certains cas, le talon de l'olive accrochera de menues brides en série dans la portion pénienne, ébauches de rétrécissements et causes d'inflammation tenace — urèthres en escalier. Ce n'est point tout : l'explorateur olivaire, s'il sait interroger méthodiquement la sensibilité de l'urèthre spongieux, vous révélera le présence de points douloureux, au niveau desquels l'ins-tillation portera.

Depuis que l'examen endoscopique nous a permis de faire « l'anatomie pathologique sur le vivant », nous avons pu reconnaître et panser des lésions méconnues ou discutées : l'urétrite granuleuse ; l'urétrite herpétique ou phlycténulaire ; les ulcérations de la muqueuse, les desquamations, les polypes. Quand DÉSORMEAUX, il y a plus de quarante ans, voulut avec son endoscope fonder une classification des diverses formes de

l'urétrite chronique, il échoua par imperfection instrumentale : GRÜNFELD, NITZE et surtout OBERLANDER ont pu arriver au diagnostic précis des lésions et suivre pas à pas les progrès de leur guérison. L'endoscopie urétrale, facilitée par l'instrument de Luys, nous devient d'un secours réel au point de vue du diagnostic et du traitement topique des lésions.

3° EXAMEN DE L'URÈTHRE POSTÉRIEUR. — L'étude des commémoratifs ou des symptômes actuels, signalant l'orchite, les mictions fréquentes, la douleur ou l'hématurie terminales, vous a fait soupçonner la participation de l'urèthre profond. Le malade n'a point uriné depuis deux ou trois heures au moins. Nettoyez l'urèthre antérieur au moyen d'une injection poussée à méat ouvert soit avec une seringue seule, soit avec une sonde à bout coupé, puis faites uriner le malade dans deux verres. Pratiquement, ce procédé est une épreuve assez nette ; nous l'avons, ailleurs (page 736), décrit : un deuxième verre clair indique que l'on a affaire à une inflammation limitée à l'urèthre antérieur ; un deuxième verre trouble ou strié de filaments démontre que l'arrière-canal est pris.

4° EXAMEN HISTOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS. — § 1. *Goutte et filaments.* — Goutte et filaments ont la même composition : ces derniers, formés par la sécrétion condensée dans l'intervalle des mictions, sont d'une étude plus facile et plus sûre. GUYON distingue des filaments *purulents, muco-purulents, muqueux* : « Les filaments purulents sont courts, multiples, opaques, friables, se dissociant facilement dans l'urine qu'ils troublent, lourds et tombant rapidement au fond du liquide. Le filament muco-purulent, souvent unique, est long, pelotonné, renflé parfois à l'une de ses extrémités ; il est d'un blanc grisâtre, formé de points ou de stries opaques réunis par une substance transparente ; il est léger, flotte longtemps dans le liquide sans tomber au fond et vient d'une pièce en s'étirant quand on le prend pour l'examiner. Le filament muqueux a les mêmes caractères de forme et de consistance que le précédent : il s'en distingue par sa légèreté, sa transparence. »

Dans un filament on trouve : 1° des leucocytes ; 2° des cellules épithéliales, qui sont surtout de deux sortes, d'un côté



des cellules cubiques ou polygonales à noyau, se colorant nettement en rouge par le picro-carmin, d'autre part des cellules aplaties, isolées ou soudées en plaques, qui paraissent répondre à un stade plus avancé des lésions épithéliales. A côté des filaments de ces diverses formes, on en trouve, dans le verre n° 2, qui sont denses, courts, en forme de petits cylindres

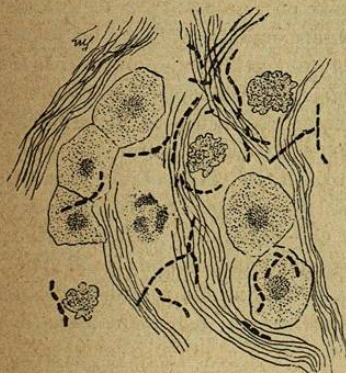


Fig. 217.  
Sécrétion d'urétrite chronique (Pousson).

courbes : ce sont les fameuses « virgules de Fürbringer ». Elles représentent des moules des conduits glandulaires de la prostate, exprimés à la fin de la miction. Ces filaments spéciaux, nageant dans une urine claire, permettent de penser que la lésion dominante est la prostatite glandulaire. Ce sont ces malades que l'on entend surtout se plaindre d'impuissance, d'érections mal soutenues, de défaut de jouissance, de pertes séminales ; si l'on touche leur prostate, par le rectum, on lui trouve un commencement d'hypertrophie avec de petits grains durs qui résultent du gonflement des glandes prostatiques et qu'il ne faut pas confondre avec la tuberculose.

§ 2. *Liquide prostatique et sperme.* — Dans l'effort de la miction et de la défécation se produisent des écoulements spéciaux que le microscope permet de distinguer. S'agit-il d'une *prostatorrhée* vraie, le liquide, qui ne contient pas de spermatozoïdes ou n'en contient qu'un petit nombre, présente d'abondantes cellules épithéliales cylindriques ou polygonales, des cellules épithéliales cylindriques en deux couches provenant des conduits glandulaires, des corpuscules amyloïdes, et les cristaux spermatiques de Böttcher, en aiguilles ou en prismes, qu'on voit bien en ajoutant à la sécrétion une goutte de solu-

tion à 1 p. 100 de phosphate ammoniaco-magnésien et en laissant se dessécher le mélange. Dans la *spermatorrhée* vraie l'écoulement a le caractère du sperme normal.

5° EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS. — L'examen bactériologique de la goutte et des filaments a une importance de premier ordre. Il permet de reconnaître : 1° les cas où le gonocoque est encore présent et reste prépondérant ; 2° ceux où il s'associe à d'autres espèces microbiennes, bacilles ou microcoques — formes mixtes ; 3° ceux où le gonocoque a disparu et où l'une de ces espèces a pris un développement dominant — formes bactériennes ; 4° ceux où l'on ne trouve aucun microorganisme — formes aseptiques de l'urétrite chronique.

Tant que le gonocoque persiste, la récurrence et l'infection sont à craindre. Le gonocoque doit être recherché dans la goutte et les filaments, dans les abcès et trajets fistuleux para-uréthraux s'il en existe : on doit aussi, après le premier jet d'urine, exprimer l'urètre et la prostate, et NEISSER a insisté récemment sur la permanence fréquente du gonocoque dans les glandes uréthrales et prostatiques. Si ces examens sont négatifs, ne niez point encore la présence du gonocoque, mais provoquez sa réapparition par l'une des trois réactions suivantes : 1° la réaction par une alimentation épicée, surtout par l'absorption de quelques verres de bière — réaction de la bière ; 2° la réaction de Neisser par un lavage au sublimé à 1 p. 10.000 de l'urètre antérieur ; 3° la réaction de Janet, que nous préférons pour notre part, par une injection de nitrate d'argent à 1 p. 2.000 ou par l'instillation de quelques gouttes d'une solution à 1 p. 100.

**Traitement.** — A. TRAITEMENT ABORTIF. — Est-il possible de faire avorter la blennorrhagie ? Deux méthodes se le proposent :

1° *Méthode des caustiques à dose forte.* — DIDAY l'a ainsi réglée : poussez avec une seringue uréthrale, 6 à 7 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, retenez le liquide en appliquant au méat la pulpe de l'index gauche ; puis à deux ou trois reprises, refoulez-le d'avant en arrière avec les doigts de la main droite pour faire pénétrer l'injection dans les plis, les lacunes, les canaux excréteurs des glandes.



En cas d'échec, et l'échec est fréquent, ne renouvelez pas la tentative.

2° *Méthode des antiseptiques à doses faibles et fréquentes.* — On fait uriner le malade, puis on lui fait un premier lavage avec un litre d'une solution de permanganate à 1 p. 2.000. Un capuchon d'ouate imbibé de la solution protège le méat contre toute réinfection par les taches du linge. Cinq heures après, nouveau lavage, allant jusqu'au bulbe avec une solution à 1 p. 1.500. Cinq heures après, troisième lavage avec un demi-litre de la solution au millième. Puis, douze heures de repos : à ce moment les mictions sont douloureuses, le méat tuméfié, l'écoulement séreux abondant, teinté parfois de quelques gouttes de sang. Au bout de ces douze heures, quatrième lavage de l'urèthre antérieur avec la solution de 1 p. 2.000 ; et douze heures après, cinquième lavage au même titre. Pendant quatre jours encore, si le gonocoque réapparaît, on fait un lavage quotidien avec la même solution. — Telle est la méthode réglée par JANET, qui nous paraît le traitement de choix. Mais il faut à peu près abandonner l'espoir de couper radicalement et d'un coup l'urétrite vraie à gonocoques ; nous pouvons simplement par l'antiseptisation immédiate, continue, de l'urèthre, dans toutes ses portions contaminées, empêcher l'accroissement de l'invasion gonococcique, réduire l'écoulement, prévenir les complications. Pour être de plus modeste prétention, ce résultat est suffisant, d'autant que, dans les cas bien menés, il peut être obtenu en une quinzaine de jours.

*B. TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE AIGUE.* — Dans la blennorragie suraiguë, avec phénomènes inflammatoires vifs, il faut rester aux règles de l'ancien traitement. Dites au malade : vous vous abstenrez de mets épicés, de gibier, de truffes, de bière, de champagne ; buvez du lait, du thé léger, du vin coupé d'eau : évitez la fatigue ; portez un suspensoir ; prenez un bain alcalin tous les trois jours ; couchez sur un lit dur et peu couvert ; si vous avez des érections douloureuses, prenez un lavement de 2 grammes d'antipyrine ou une potion au bromure. Absorbent par jour dix à douze grammes d'opiat du Codex ou une dizaine de capsules de santal et de copahu. Couvrez le méat avec

un capuchon de coton hydrophile ; évitez de porter la main aux yeux ; dans une dizaine de jours l'écoulement sera moins violent et nous commencerons les lavages.

En dehors de cette contre-indication, fournie par l'acuité des symptômes, il faut aussi précocement que possible assurer l'antiseptisation de l'urèthre. On ne doit employer que des médicaments et des doses non offensifs à la muqueuse. L'action thérapeutique doit porter sur toutes les parties malades simultanément. — Ces deux règles comportent des applications importantes.

Le *permanganate de potasse* doit sa valeur à ses propriétés peu irritantes pour le canal : mais ses doses doivent être réglées suivant la réaction du canal, et il faut parfois commencer par des titres très faibles, 1 p. 5.000, même 1 p. 10.000, avant de passer aux solutions classiques à 1 p. 2.000 et à 1 p. 1.000.

La désinfection doit être totale. Les injections de l'urèthre antérieur peuvent être faites par le malade lui-même à l'aide d'une petite seringue : il faut savoir que la portion antérieure d'un canal blennorragique, réduite de capacité par l'inflammation, ne peut guère admettre que 3 à 5 centimètres cubes, et qu'une injection plus forte peut infecter l'urèthre postérieur. Aussi, on doit accorder la préférence à l'irrigation avec un bock ou irrigateur muni d'un tube de caoutchouc de 2 mètres et d'une canule de verre, à gros bec conique, obturant le méat sans s'enfoncer dans l'urèthre. Faites pisser le malade immédiatement avant le lavage : lavez le gland, le prépuce, le méat, les cryptes et canaux accessoires, s'il en existe. Introduisez la canule dans le méat : pour laver l'urèthre antérieur, il suffit que le syphon soit élevé de 50 à 75 centimètres. Pour laver les deux urèthres, après le lavage de l'avant-canal, il suffit d'élever le siphon à une hauteur qui varie entre 1<sup>m</sup>, 30 et 1<sup>m</sup>, 50, la canule étant solidement collée aux lèvres du méat. Le liquide, n'ayant pas d'issue, presse sur le sphincter membraneux, force sa résistance, pénètre dans l'arrière-urèthre et la vessie. La fréquence des lavages se détermine d'après l'état du pus : d'abord deux lavages dans les vingt-quatre heures, quand le pus est épais,



jaune ou vert ; puis, un seul lavage dès que le pus est ramené à l'état séreux ; ou une injection quand le gonocoque a disparu et que, histologiquement, les éléments épithéliaux prédominent sur les leucocytes. — A cette dernière phase, commencent les injections astringentes : l'injection de Ricord, celle aux trois sulfates, celles au bismuth ou à la résorcine à 2 p. 100.

C. URÉTHRITE CHRONIQUE. — § 1. *Grands lavages.* — Tant que persiste, indépendamment des filaments, un trouble muqueux

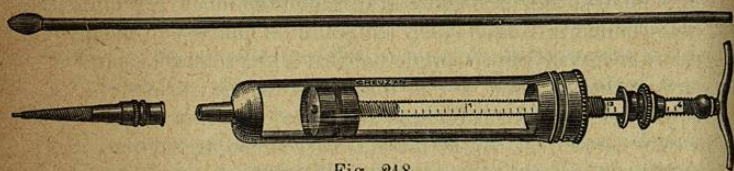


Fig. 218.

Seringue à instillation de Guyon.

de l'urine, tant que le gonocoque se retrouve abondamment dans la sécrétion, évitez l'introduction d'instruments dans le canal. De même, si l'urètre postérieur paraît sain, n'allez point le contaminer par la pénétration d'un instrument. Les grands lavages au permanganate de potasse sont le moyen le plus sûr de débarrasser l'urètre de ses gonocoques : contrôlez bactériologiquement leur disparition. S'il persiste ensuite un suintement muqueux, clair, à éléments épithéliaux abondants, il faut recourir à des lavages au sublimé à 1/10.000, et souvent s'abstenir et attendre.

§ 2. *Instillations.* — Les instillations sont le moyen de localiser l'action topique, et partant d'employer des doses plus concentrées. Leur indication s'en déduit : elles conviennent aux phases où ont guéri les grandes surfaces d'hyperhémie et d'hypersecretion, où l'affection plus ancienne se limite à des foyers rebelles, de désinfection plus difficile, à lésions anatomiques plus profondes et plus avancées.

Trois topiques sont surtout recommandables : le nitrate d'argent, le protargol et le sublimé. Le premier, qui jouit vis-à-vis du gonocoque des propriétés d'un véritable révélateur, excitant

sa culture, est surtout avantageux quand ce microbe a disparu et quand il s'agit, soit de cautériser une plaque granuleuse, soit d'activer la kératogenèse sur la muqueuse, soit même d'exercer une action régressive sur une infiltration : tâchez la susceptibilité uréthrale, en graduant le titre de 1 p. 50 à 1 p. 20, 1 p. 15 : ne craignez point les fortes quantités — 40 gouttes et plus — quand il s'agit de plaques granuleuses, sensibles, exposées à de menues hémorragies ou quand il faut modifier une prostatite glandulaire, une *folliculite* à verumontanum hyperémié et bourgeonnant. Aidez la pénétration du topique par quelques mouvements de va-et-vient de l'olive. — Le protargol s'emploie en solution à 3 p. 100 ; la quantité instillée varie de 40 à 60 gouttes ; la douleur est très atténuée, inférieure assurément à celle déterminée par le nitrate d'argent ou le sublimé. Ses meilleurs effets s'obtiennent, nous dit DESROS, dans les uréthrites chroniques sans gonocoques. — Le sublimé se recommande par sa haute valeur antiseptique, dans les infections profondes des glandes uréthrales et de la prostate, dans les uréthrites saprophytiques.

§ 3. *Dilatation.* — Quand il existe des zones d'infiltration embryonnaire sous muqueuse, appréciables à l'uréthromètre ou à la bougie olivaire, tendant à la sclérose, la dilatation méthodique du canal, son calibrage anatomique parfait, sont assurément le meilleur auxiliaire du traitement topique des points enflammés. En voici, les avantages : suppression de toute stagnation d'urine dans le canal, cause d'irritation et d'infection ; régularisation de la surface muqueuse ; massage et action résolutive exercée sur les foyers d'infiltration cellulaire molle et jeune ; distension ou rupture des infiltrats durs ; par la guérison de ces lésions, suppression des infections qu'elles abritaient ou rendaient peu accessibles aux antiseptiques.

BÉNIQUÉ affirmait, en 1844, guérir l'écoulement chronique par la dilatation. Dans la période contemporaine, OBERLANDER et KOLLMANN ont précisé l'instrumentation et développé l'emploi clinique de la dilatation. Si le méat est large, l'introduction des béniqués est un bon moyen de dilatation. Mais, la distension, maxima au niveau du méat, demeure, au niveau du



bulbe, inférieure au calibre physiologique de cette portion. On peut, pour poursuivre la dilatation, sectionner le méat, à la façon d'OTIS. Il est préférable d'utiliser des instruments à distension partielle, capables de se développer largement dans l'urèthre profond, sans forcer le canal pénien ou le méat.

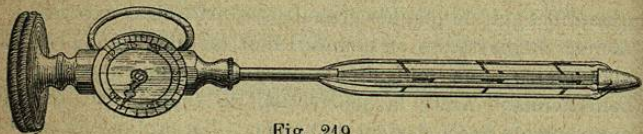


Fig. 219.

Dilatateur de Kollmann.

OBERLANDER a fait établir quatre types de dilateurs, dont les branches parallèles, engainées dans un capuchon de caoutchouc stérilisable, s'écartent par l'action d'une vis et dont le développement s'enregistre sur un cadran, gradué en numéros Charrière. Quand la guérison d'une blennorragie n'avance pas, malgré les topiques judicieusement appropriés aux trois phases successives de l'affection (état gonococcique, état bactérien, état aseptique), c'est qu'il y a des lésions réclamant un traitement plus direct : lacunites ; infections des glandes ; infiltrations périglandulaires ; prostatites. Pour leur diagnostic et leur traitement, un progrès considérable a été réalisé par l'endoscope, surtout par l'uréthroscope de Luys, grâce auquel nous pouvons attaquer avec les caustiques les points malades, électrolyser les lacunites et les folliculites, faire de la galvanocaustique intra-urétrale.

## ARTICLE VI

## RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

**Étiologie et pathogénie.** — Blennorragie et rupture accidentelle : tels sont les deux facteurs des rétrécissements urétraux qui, partant, peuvent être de deux ordres : *inflammatoires* ou *traumatiques*. — Et le processus diffère dans l'un et

l'autre cas : dans le premier, c'est un travail de phlegmasie chronique, aboutissant à une lente sclérose, qui resserre le canal ; il s'agit, dans le second, d'une cicatrice, rapidement organisée, qui a, du tissu inodulaire, les fâcheuses propriétés, à savoir les tendances rétractiles et la coarctation progressive. Entre ces deux espèces, se place une variété intermédiaire : les rétrécissements « scléro-cicatriciels ».

**1° RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES.** — La région périnéo-bulbaire, siège d'élection des rétrécissements traumatiques, est surtout atteinte dans les chutes à califourchon ou dans les chocs sur le périnée ; le tronçon membraneux est parfois rompu, mais il est particulièrement menacé par les fractures du bassin. Le rétrécissement traumatique est habituellement unique, et ce caractère le distingue. L'étendue de la cicatrice se mesure au degré du traumatisme : aux ruptures interstitielles succède une demi-virole occupant la paroi inférieure ; plus tard, l'anneau cicatriciel se complète, mais c'est toujours en bas que l'épaisseur et la dureté inodulaires seront plus accentuées.

La rapidité d'évolution ; l'inextensibilité propre aux tissus de cicatrice et, partant, la résistance à la dilatation ; la complication fréquente par des abcès urinaires, par des fistules rebelles, par des lésions ascendantes de l'appareil urinaire supérieur : voilà des caractères cliniques propres aux rétrécissements traumatiques.

**2° RÉTRÉCISSEMENTS SCLÉRO-CICATRICIELS.** — Un blennorragien a subi un de ces menus traumatismes, souvent inaperçus du malade et qu'une enquête étiologique ne doit jamais négliger : une érection vive, un coït en pleine chaudepisse cordée, le redressement du gland pour faciliter l'introduction de la seringue, la vieille coutume de la rupture de la corde, telles sont les conditions habituelles de ces traumatismes de l'urèthre pénien ; de là, des éraillures de la muqueuse, des éclatements trabéculaires du corps spongieux. Le canal a saigné ; le plus souvent quelques gouttes à peine ont paru au méat ; le malade a éprouvé une douleur vive mais passagère : voilà des commémoratifs à rechercher. Au niveau de ces déchirures, vont s'organiser des cicatrices, des ilots fibreux denses, où le processus cicatriciel se