

pratique chirurgicale journalière. Le retrécissement du méat que porte notre malade, est certes peu banal vu qu'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale nullement dirigée contre une affection quelconque du gland, mais en l'espèce, ce retrécissement très serré a son importance pour l'étude de la calculose uréthrale. Et cette calculose de l'urèthre, que je pourrais appeler totale, elle n'est pas la monnaie courante de la pratique journalière.—Au reste, ce qui doit nous arrêter, et ce qui surtout rend cette observation très intéressante, ce serait de savoir d'où viennent ces calculs et où ils se sont formés — calculs migrants? Sont ils descendus des voies urinaires supérieures, ou venus de la vessie où ils se sont formés; Se sont-ils de préférence développés sur place, calculs autochtônes? C'est là, ce me semble, le point à élucider. Il n'y a aucun doute sur le fait que le malade n'a jamais eu de coliques néphritiques. De plus, il n'a commencé à souffrir de sa vessie et de son urèthre que longtemps après sa malheureuse opération sur son prépuce. Il n'est pas prostatique. Bref, je crois qu'il faut résoudre la pathogénie de cette calculose en prenant comme point de départ une atrésie très considérable de son méat occasionnant une distension de l'urèthre, stagnation urinaire, et développement sur place dans la suite d'une calculose si remarquable au point qu'il y a peu d'observations actuellement publiées qui puissent se comparer à celle de notre malade. Des symptômes d'infection plus intense sont plus tard survenus, avec la cystite obligatoire, et un beau jour, par une fissure du canal, une infiltration urinaire s'est produite qui a failli avoir une issue dramatique.

Si la calculose uréthrale est loin d'être fréquente, j'entends la calculose autochtone, combien l'est encore moins, la production d'une énorme calculose en chaînons articulés. C'est ce