

## CHAPITRE III

## AFFECTIONS DE LA PROSTATE.

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA PROSTATE.

**Étiologie.** — Les plaies de la prostate sont rares; elles accompagnent en général des plaies de la vessie ou du plancher périnéal.

Elles sont le fait d'une action chirurgicale ou d'un traumatisme accidentel. La prostate est sectionnée dans les divers procédés de taille périnéale; elle peut être déchirée par un cathétérisme malheureux, et la plaie contuse qui en résulte porte le nom de *fausse route*.

Les plaies accidentelles sont produites de dehors en dedans par des coups d'épée ou de couteau ou par une chute sur un corps plus ou moins effilé, tranchet, branche d'arbre, échelas. Des corps étranger du rectum peuvent blesser la glande, à travers la paroi antérieure de l'intestin, dans des tentatives faites pour leur extraction.

On a vu des calculs et des corps étrangers engagés dans l'urèthre déterminer des solutions de continuité de la prostate. Enfin, celle-ci peut être atteinte par des projectiles d'armes à feu, avec complication fréquente de blessure des organes voisins et de fracture des os du bassin.

**Symptômes et diagnostic.** — L'urétrorrhagie et l'écoulement de l'urine par la plaie extérieure au moment de la miction sont les deux signes importants. L'hémorrhagie peut se produire à la fois par le méat et par la plaie extérieure, si elle est abondante; le sang peut s'accumuler dans la vessie si le col est intéressé.

L'urine ne passe par la plaie extérieure que si celle-ci est suffisamment large et directe; elle s'écoule par intermittence, au moment des mictions, ou d'une manière continue, s'il y a une section du col vésical. Elle s'infiltré dans les tissus si la plaie est

étroite et tortueuse, et à plus forte raison si la déchirure de la prostate est produite de dedans au dehors, sans solution de continuité des téguments.

L'exploration directe à l'aide d'une sonde ou d'un instrument mousse, le toucher rectal, pourront donner d'utiles renseignements sur le siège de la plaie. Ces moyens peuvent faire reconnaître la présence d'un projectile arrêté dans le tissu de la glande.

Les blessures de la prostate sont toujours graves, à cause de la possibilité de l'infiltration d'urine et des complications septiques au voisinage des plexus veineux du petit bassin.

**Traitement.** — L'infiltration d'urine sera prévenue par le cathétérisme répété, la pose d'une sonde à demeure ou même la ponction sus-pubienne de la vessie. Dans le cas de fausse route, le cathétérisme sera fait avec les instruments et les précautions nécessités par l'hypertrophie de la prostate.

S'il y a un commencement d'infiltration d'urine, avec ou sans plaie extérieure, les parties molles du périnée seront largement ouvertes pour donner une issue facile aux liquides accumulés dans la région.

## II

## LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA PROSTATE.

1<sup>o</sup> AFFECTIONS INFLAMMATOIRES.

La *prostatite* peut affecter une marche *aiguë* ou *chronique*; dans les deux cas elle peut se terminer par la formation d'*abcès*.

Il faut faire remonter à Desault les premières notions précises sur la prostatite aiguë et sur les abcès de la prostate; Segond (thèse de Paris, 1880) en a fait une excellente étude.

## A. — PROSTATITE AIGÜE.

**Étiologie.** — La prostatite aiguë s'observe surtout à l'âge moyen de la vie; elle éclate particulièrement chez des sujets porteurs d'une

lésion prostatique préexistante qui passe à l'état aigu sous l'influence d'un excès ou d'une manœuvre opératoire, sans conséquence chez des sujets sains.

On a décrit des prostatites aiguës de *cause générale*, consécutives aux oreillons, à la variole (Béraud), à l'infection purulente.

Les causes *locales* sont de beaucoup les plus importantes; les violences extérieures, les contusions du périnée, les plaies accidentelles ou chirurgicales de la prostate, les accidents du cathétérisme, la présence d'une sonde à demeure, de fragments de calculs ou de corps étrangers, sont souvent le point de départ de l'inflammation prostatique. Mais sa cause la plus fréquente est la blennorrhagie; cette complication de la chaude-pisse éclate en général vers la fin de la troisième semaine, le plus souvent à l'occasion d'un excès quelconque de boisson, de coït, de fatigues, de marche, etc., ou quelquefois par l'usage prématuré ou abusif des injections pendant la période aiguë des accidents urétraux. L'injection provoque une auto-inoculation ou agit comme une véritable violence portant sur la région prostatique.

La prostatite peut aussi être provoquée par le froid humide agissant sur le périnée, comme dans la station assise sur un banc de pierre ou sur le gazon mouillé (Thompson); ou bien par des irritations de voisinage, comme des lésions inflammatoires ou organiques de l'anus et du rectum.

Quelquefois la cause de cette inflammation échappe complètement aux recherches.

**Anatomie pathologique.** — D'après les examens de Brissaud et Segond, la prostatite débute par l'élément glandulaire, soit par propagation directe de la phlegmasie de la muqueuse uréthrale à la muqueuse des conduits prostatiques, soit par propagation à distance.

Il se fait une abondante prolifération de l'épithélium du canal excréteur et de celui des culs-de-sac, avec tendance à la régression ou à la suppuration, pendant que le tissu glandulaire s'infiltré de noyaux embryonnaires qui peuvent se résorber, s'organiser ou passer à la suppuration.

Quel que soit le point de départ des lésions, au bout de très peu de temps les éléments intra et extra-glandulaires sont également envahis, et il n'y a que peu d'intérêt à distinguer une prostatite *glandulaire*

ou *catarrhale* et une prostatite *phlegmoneuse*. Chaque département glandulaire peut s'enflammer isolément, comme le fait se passe dans la mamelle : un lobule glandulaire très altéré peut être voisin d'un lobule encore sain.

Dans la première période, la glande dans son ensemble est augmentée de volume, lobulée, plus ferme et en même temps plus friable qu'à l'état normal; la pression fait sourdre par les orifices glandulaires un liquide épais, filant, quelquefois sanguinolent.

La suppuration, très précoce, est marquée par l'apparition de petits foyers jaunâtres, disséminés en nombre plus ou moins grand dans la prostate, d'abord isolés, puis bientôt confluent et formant par leur réunion un véritable abcès. Ce mode de formation rend compte de la forme primitivement irrégulière et anfractueuse de ces abcès.

Le pus, filant et visqueux, est souvent teinté de sang et peut varier de quelques gouttes jusqu'à 160 et 180 grammes (Thompson). Le volume de l'abcès ne dépasse pas souvent celui d'un pois, d'une noisette, d'une noix; il peut acquérir la dimension d'une mandarine. La glande a dans ce cas complètement disparu.

Le siège ordinaire des abcès de moyen volume est un des lobes latéraux, et particulièrement sa face uréthrale; il est tout à fait exceptionnel de les rencontrer sur la ligne médiane postérieure et dans la portion pré-uréthrale de la prostate.

Le pus peut se vider dans l'urèthre à droite et à gauche du verumontanum par une perte de substance de forme variable, quelquefois par des orifices multiples en pomme d'arrosoir.

L'urèthre, resté intact, peut être entièrement disséqué par le pus et traverser comme un tube la collection purulente qui l'entoure.

Les canaux éjaculateurs sont souvent dilatés, ulcérés à leur orifice ou dans leur paroi, quelquefois disséqués ou détruits par la suppuration.

Quand le pus se fait jour à travers les parois de la loge prostatique, il perfore le plus souvent la lame prostato-péritonéale et se dirige vers le rectum. Dans les cas où la suppuration est diffuse et envahissante, elle peut fuser en haut vers le péritoine, en bas vers les fosses ischio-rectales ou en avant vers le pubis. On a vu le pus, parti de la paroi antéro-supérieure de la loge prostatique, remonter derrière la paroi abdominale antérieure jusqu'au-dessus du rebord des fausses côtes.

La suppuration traverse rarement l'aponévrose moyenne pour tendre directement vers le périnée.

Elle peut à la fois suivre diverses directions, d'où la formation de clapiers et de fistules.

Dans tous ces cas, il s'agit de *péri-prostatites secondaires* consécutives à l'irruption dans le tissu cellulaire de la collection née dans la prostate. Il est nécessaire de les distinguer des *péri-prostatites d'emblée* qui peuvent se déclarer alors que la prostate est simplement hyperémiée ou légèrement enflammée. Duplay les compare aux phlegmons du petit bassin succédant à une métrite.

Cette *péri-prostatite* est, dans l'immense majorité des cas, une *rétro-prostatite*, c'est-à-dire que l'inflammation phlegmoneuse siège dans ce tissu cellulaire abondant, lâche et vasculaire, situé entre le rectum et la vessie, et séparé de la prostate par la mince lamelle prostatopéritonéale. Le plus souvent, elle reconnaît pour cause une prostatite suppurée; très rarement, une lésion du rectum, de la vessie ou des vésicules séminales. On ne sait encore au juste si la propagation inflammatoire se fait par les veines, les lymphatiques ou par simple continuité de la prostate à la zone celluleuse.

Le pus peut fuser dans tous les sens : dans les cas simples, il se porte au plus près et se verse directement dans le rectum, la vessie, ou indirectement dans l'urèthre par l'intermédiaire d'un abcès intraprostatique déjà ouvert dans ce canal. On a vu la suppuration apparaître au périnée, aux régions inguinale, obturatrice, fessière, ombilicale.

**Symptômes.** — La prostatite peut être *subaiguë*, ou *phlegmoneuse* et franchement *aiguë* tendant rapidement à la suppuration.

La première forme, surtout fréquente chez les malades atteints d'une affection ancienne des voies urinaires, éclate après un accès de coït ou une tentative de traitement de la lésion primitive. Elle débute par une pesanteur subite du côté du périnée et du rectum, avec douleur et sensation de cuisson dans le fond du canal pendant la miction, qui est peu augmentée de fréquence. Il y a souvent de la fièvre avec tendance au frisson et constipation.

Le toucher rectal démontre une augmentation de volume en général plus prononcée sur un lobe que sur l'autre, et une exagération de la sensibilité.

Le plus souvent, la collection s'ouvre dans l'urèthre soit spontanément,

ment, soit à la suite d'un cathétérisme, et il s'écoule par le méat un peu de pus mêlé de sang. C'est la forme bénigne.

La forme aiguë, phlegmoneuse, éclate par un frisson avec élévation notable de la température, soif, insomnie, agitation. Une violente douleur se déclare à la région périnéale, exagérée par la pression exercée surtout en un point du raphé médian, par la station assise, par le croisement des jambes, rendant les mouvements et la marche impossibles.

La miction est horriblement douloureuse, l'urine n'est émise qu'après de grands efforts et sort goutte à goutte en déterminant dans le fond du canal une sensation de brûlure. Quelquefois il y a dès le début rétention complète de l'urine; en général elle ne se déclare que tardivement. La *fréquence* des mictions n'est que peu augmentée dans la plupart des cas.

Dans cette première période, la défécation est pénible sans être encore réellement douloureuse.

Dans la période d'état, tous les symptômes s'exagèrent : les douleurs de la miction sont portées à leur summum avec rétention plus ou moins complète d'urine; il s'établit un ténésme rectal des plus pénibles, entretenu par une fausse sensation de corps étranger arrêté dans le rectum (Desault, Boyer).

Le toucher rectal indique une augmentation de volume de la prostate, qui prend une forme carrée (Vidal) si la prostatite est générale, et présente une série de bosselures ou de mamelons ou une hypertrophie latérale dans la prostatite partielle.

Le cathétérisme, très douloureux et souvent dangereux, ne doit pas être employé comme moyen de diagnostic.

La résolution, assez fréquente dans la forme subaiguë, congestive, est exceptionnelle dans la prostatite phlegmoneuse. La terminaison par suppuration est alors la règle, et se manifeste vers le sixième, le huitième ou le dixième jour.

Les troubles de la miction et de la défécation sont portés à leur maximum; la rétention d'urine est de règle presque absolue, quand bien même l'abcès ne tend pas directement vers l'urèthre.

Outre l'augmentation de volume en général plus prononcée d'un côté que de l'autre, le toucher rectal fait percevoir un *pouls rectal* ou *pouls prostatique* donné par les battements des artères de la paroi antérieure du rectum.

Si l'abcès s'avance jusqu'à la limite postérieure de la glande, le doigt apprécie facilement son relief et la nature de ce relief; s'il est plus central et séparé par une couche de tissu prostatique ou par le tissu péri-prostatique induré, le doigt ne perçoit plus qu'un mélange de mollesse et de tension profondes; il rencontre à côté d'une surface dure et résistante un point tout à la fois dépressible et élastique.

La pression exercée sur la prostate peut quelquefois faire apparaître un petit flot de pus au méat.

La suppuration a tendance à se faire jour à l'extérieur; si elle est évacuée de bonne heure par une incision appropriée, la guérison peut être obtenue rapidement. En général, le pus se fait jour dans l'urèthre (55 fois sur 115 cas, Segond), soit spontanément, soit pendant le cathétérisme. Il s'écoule par le méat d'une manière intermittente, par petits flots plus ou moins rapprochés; il est mêlé au premier jet d'urine, la fin de l'excrétion étant normale.

L'ouverture de l'abcès dans le rectum a lieu généralement pendant la défécation; le pus s'échappe en plus ou moins grande quantité mêlé aux matières, provoquant des besoins plus ou moins répétés. La guérison peut succéder à cette issue du pus.

L'abcès peut s'ouvrir à la fois dans l'urèthre et dans le rectum ou il peut fuser dans diverses directions que nous avons déjà signalées. Le plus souvent, en effet, la première ouverture spontanément faite dans l'urèthre reste insuffisante et il se fait des décollements et des ouvertures secondaires.

Segond range en trois catégories les diverses marches de la suppuration : la première comprenant les cas fréquents, habituels (ouvertures uréthrales et rectales, fusées périnéales et ischio-rectales); la seconde, les cas rares (fusées inguinales et obturatrices); la troisième, les cas exceptionnels (propagation péritonéale, fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique et les fausses côtes, ouverture péritonéale).

Quelquefois, chez de vieux urinaires, des abcès prostatiques se développent sans donner lieu à des troubles fonctionnels manifestes et ne sont reconnus que par le toucher rectal. Leur formation s'accompagne d'un état adynamique des plus graves, comme dans certains états typhoïdes.

La terminaison par gangrène est exceptionnelle.

**Complications.** — Ce sont surtout la *péri-prostatite*, sur laquelle

nous avons déjà insisté, et qui n'est souvent qu'une phase de l'évolution de la prostatite suppurée, et la *phlébite* des sinus prostatiques, qui s'accompagne souvent d'infection purulente.

**Pronostic.** — Le pronostic de la forme subaiguë congestive est généralement bénin; il reste le même quand il se forme un abcès de petit volume ouvert spontanément dans l'urèthre, sans phénomènes généraux bien marqués. Il peut cependant persister un état subaigu, qui, chez un sujet prédisposé, pourra aboutir, comme terme ultime, à la tuberculisation (Guyon).

Le pronostic des abcès prostatiques est sérieux; 1 malade sur 7 succombe aux progrès de son affection et 1 sur 7 des guéris reste porteur d'une fistule persistante (Campeçon, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

La péri-prostatite aggrave le pronostic; elle s'accompagne de longues fusées purulentes et de décollements étendus et a souvent entraîné la mort par infection purulente.

**Diagnostic.** — Les troubles fonctionnels et les commémoratifs conduisent en général à un diagnostic précis; mais c'est le toucher rectal qui en fournit les meilleurs éléments.

La *coopérite* et la *péricoopérite* ou inflammation des glandes de Cooper et de leur atmosphère celluleuse se distinguent de la prostatite par l'absence de toute modification du côté du rectum et surtout par la constatation d'un gonflement qui est purement périnéal et toujours latéral.

Dans la cystite, la fréquence des mictions est plus considérable, le ténesme rectal est moins prononcé et le toucher n'indique rien du côté de la prostate.

L'abcès prostatique sera reconnu aux divers signes que nous avons indiqués; nous ne voulons plus insister ici que sur la nécessité absolue de pratiquer le toucher rectal chez tous les sujets atteints de troubles urinaires, chez lesquels il peut faire découvrir une collection purulente développée sans grands phénomènes fonctionnels.

La périprostatite pourra être soupçonnée quand les contours de la prostate seront effacés en totalité ou en partie et se déroberont aux recherches et que le doigt rencontrera de suite de la résistance sans autre interposition que la paroi intestinale.

**Traitement.** — Les antiphlogistiques et les calmants doivent être largement employés au début de l'inflammation prostatique; dix,

vingt et même trente sangsues, appliquées à plusieurs reprises, des grands bains généraux prolongés, des applications émollientes, des préparations belladonnées et opiacées sous leurs diverses formes et surtout en suppositoires, seront des moyens utilement prescrits.

La rétention d'urine pourra être combattue par le cathétérisme pratiqué avec une sonde molle ou une sonde à bécuille numéro 15 ou 16; elle nécessite quelquefois la ponction sus-pubienne avec aspiration.

Dès qu'un abcès de la prostate est reconnu, il doit être ouvert, l'intervention précoce étant le seul moyen de prévenir les vastes supurations et les fistules rebelles qui entraînent la mort des malades. Si l'abcès a tendance à se montrer à la région périnéale, il sera hâtivement ouvert en ce point à l'aide d'une large incision transversale pratiquée comme dans le premier temps de la taille prérectale.

En général, l'abcès est ouvert par le rectum en un point indiqué par le toucher rectal, qui fournit une sensation de résistance et d'élasticité particulière. Un bistouri à pointe cachée par une boulette de cire est introduit à plat sur le doigt, qui s'assure de l'absence en ce point de pulsation artérielle marquée. Un mouvement d'abaissement du manche permet de faire la ponction et l'incision sur le doigt qui sert de guide.

Ce procédé, généralement employé et suivi souvent de bons résultats, a donné lieu quelquefois à des hémorragies extrêmement inquiétantes. En outre, il agit à l'aveugle et ne permet pas de placer ni de faire l'incision comme on veut. Avec Segond, nous préconisons l'ouverture précoce par le périnée, comme dans le premier temps de la taille prérectale. Cette incision à ciel ouvert permet d'ouvrir largement la collection dans tous ses embranchements, de la vider complètement, d'irriguer et de désinfecter la poche et de lier les vaisseaux s'il y en a qui donnent.

En tout cas, la cicatrisation doit être très surveillée, la région prédisposant à la formation des décollements, des clapiers et des fistules.

#### B. — PROSTATITE CHRONIQUE.

**Étiologie.** — La prostatite chronique s'observe spécialement dans la période d'activité des organes sexuels, de vingt à quarante ans; on l'a vue aussi à l'époque de la puberté. Elle paraît due à toutes les

causes ayant pour effet de congestionner la prostate d'une manière répétée et surtout aux lésions uréthrales. La blennorrhagie, quand elle a franchi le sphincter membraneux, en est une cause fréquente. Les causes déterminantes sont les mêmes que celles que nous avons rencontrées pour la prostatite aiguë.

**Anatomie pathologique.** — La prostate est un peu augmentée de volume, plus friable qu'à l'état normal, infiltrée d'un liquide muco-purulent, épais, filant, quelquefois sanguinolent, que la pression fait sourdre par les orifices glandulaires. A une période plus avancée, la glande peut avoir tendance à se scléroser ou à passer à la suppuration.

La muqueuse de l'urèthre, dans la portion prostatique, est fortement congestionnée et épaissie et offre une teinte variant du rouge foncé au rouge ardoisé; les orifices glandulaires y sont largement dilatés; ceux des conduits éjaculateurs sont le plus souvent rétrécis.

**Symptômes.** — Les symptômes de la prostatite chronique sont assez vagues: de la pesanteur et de la sensibilité périnéales, des irradiations douloureuses vers les cuisses, le sacrum, les testicules, exagérées par la voiture, la marche, la station assise prolongée; une fréquence un peu plus grande de la miction qu'à l'état normal, variable suivant les sujets; la présence de muco-pus dans le premier jet d'urine recueillie, l'éjaculation quelquefois douloureuse d'un sperme sanguinolent, tels sont les troubles assignés à la prostatite chronique.

En outre, de temps à autre, en général au moment des efforts de défécation, une goutte de liquide puriforme ou laiteux apparaît au méat; ce liquide, jaunâtre ou verdâtre, quelquefois sanguinolent, parfois filant et incolore, est pris par les malades pour une perte séminale dont il diffère par l'absence complète de spermatozoïdes et par la présence de granulations solides irrégulières, de 1 à 2 millimètres de millimètre de diamètre, d'aspect grasseux, à contour foncé, à centre brillant et jaunâtre. On a donné à cet écoulement le nom de *prostatorrhée*. Les malades qui en sont atteints présentent le plus souvent une tendance marquée à la tristesse et à l'hypochondrie.

L'examen du canal avec l'explorateur à boule provoque une sensation de chaleur et de brûlure dans la traversée de la région prostatique. Si le canal a été d'abord balayé par un instrument introduit jusqu'au sphincter membraneux, un second instrument plongé jus-

qu'au col vésical peut ramener du muco-pus ramassé dans la région de la prostate.

Le toucher rectal fait reconnaître une augmentation totale ou partielle de la glande et surtout une exagération de la sensibilité étendue à tout l'organe ou limitée à un de ses points.

Le *diagnostic* est toujours fort délicat et ne peut être réellement formulé que si, avec les symptômes et signes énumérés plus haut, le toucher rectal donne des résultats positifs.

**Pronostic.** — Le pronostic doit être réservé; la sensation permanente de gêne et de malaise provoquée par la fréquence des mictions, la répétition des crises douloureuses, la prostatorrhée, les troubles des fonctions génitales, conduisent en général les malades à l'hypochondrie. Enfin la résistance des phénomènes à la médication vient encore souvent exagérer leur découragement.

**Traitement.** — La médication interne, le traitement général, reconstituant ou sédatif suivant les indications, l'hydrothérapie, ne devront pas être négligés. L'hygiène et le régime seront sévèrement surveillés. Le coït peut être autorisé à intervalles éloignés et réguliers.

On peut recommander une révulsion locale à l'aide de badigeonnages iodés sur la région périnéale, de bains de siège très chauds et très courts.

Le moyen le plus efficace paraît être l'instillation d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième portée dans la région prostatique de la manière que nous avons indiquée plus haut.

## 2<sup>o</sup> HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

L'augmentation sénile du volume de la prostate décrite par les anciens chirurgiens sous le nom de *squirrhe* a été décrite par Baillie (1794) sous le nom d'*hypertrophie*, qu'il est bon de lui conserver. Depuis cette époque elle a été longuement étudiée par tous les auteurs qui s'occupent des affections des organes urinaires; Evvard Home (1818), Mercier (1859), Leroy d'Étiolles (1840) en ont fait l'histoire presque complète. Jullien lui a consacré un bon article dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1880).

**Anatomie pathologique.** — Le fait le plus saillant de l'examen est l'augmentation de volume de l'organe : cette hypertrophie peut porter sur tous les lobes de la glande ou sur deux d'entre eux ou sur

un seul. Sur 205 cas, Jullien a trouvé 64 fois une hypertrophie *monolobaire*, 54 fois *bilobaire*, et 107 fois *trilobaire*. Le siège varié et complexe des déformations leur donné une grande diversité d'aspects.

La prostate peut présenter une tuméfaction générale sans déformation, et dans ce cas, à moins d'une hypertrophie très considérable, ce n'est que par comparaison avec une glande saine que l'on peut apprécier la tuméfaction : le poids de la glande étant en moyenne de 19 grammes, toutes les fois qu'il dépassera 50 grammes, on sera en droit d'admettre une hypertrophie. On a vu ce poids atteindre 184<sup>gr</sup>,50 (Mercier) et 288 grammes (Gross, de Philadelphie).

Dans les cas d'hypertrophie totale de dimension moyenne, la glande conserve sa forme normale, avec effacement des sillons qui se dessinent ordinairement à sa surface.

La tuméfaction se fait ordinairement en arrière et en haut, de manière à refouler le bas-fond de la vessie : celle-ci ouverte, on voit proéminer à ce niveau un gros bourrelet lisse et régulier, si bien que l'orifice de l'urèthre, au lieu d'être déprimé, se trouve situé sur une saillie plus ou moins comparable à un col utérin. La portion prostatique de l'urèthre subit une élongation qui peut aller jusqu'au double de la longueur normale, soit 6 centimètres; son orifice interne est repoussé en haut et son calibre est élargi de quelques millimètres de diamètre.

Dans plus de la moitié des cas, l'hypertrophie a pour siège le *lobe moyen* de la prostate, c'est-à-dire le segment glanduleux qui, fiché comme un coin entre l'urèthre et les canaux éjaculateurs, se trouve en rapport par sa base avec le bas-fond de la vessie. La tumeur, grossièrement sphérique ou ovoïde, forme au niveau du col un relief médian, quelquefois latéral, avec rigole urinaire de chaque côté; elle arrive à former une véritable barrière transversale se détachant presque à angle droit de la paroi postérieure de l'urèthre. C'est à cette disposition que Mercier a donné à tort le nom de *valvule*. C'est un obstacle charnu, épais, mousse, une véritable *barre* déplaçant le col, le rejetant en avant et le coupant parfois comme une écluse (Jullien).

Cette hypertrophie médiane peut s'accuser par un soulèvement longitudinal antéro-postérieur prolongeant, pour ainsi dire, le verumontanum et divisant en deux parties l'orifice interne de l'urèthre, auquel fait suite une gouttière latérale côtoyant la saillie médiane.