

gués par Keersmæcker : tantôt la prostate demeure régulièrement tuméfiée, mollassée, sans noyaux durs, peu sensible, forme qui répond à une prostatorrhée assez copieuse; tantôt, la glande est moins volumineuse, mais irrégulière, à noyaux durs, et cela répond aux formes moins sécrétantes, à virgules dans le second verre. Mayet a décrit, d'après Guyon, une prostatite glandulaire subaiguë d'emblée, qui peut être totale, donner à l'organe le volume du poing et faire penser à une tumeur maligne, ou bien être partielle. Le parenchyme est plus ou moins atteint; mais les glandes prostatiques enflammées font saillie sous forme de petits noyaux durs comme des grains de plomb incrustés. On pourrait penser alors à une tuberculose prostatique; mais l'affection rétrocede assez vite sous l'influence du traitement, eau chaude et suppositoires mercuriels.

2° **Symptômes fonctionnels.** — Les symptômes fonctionnels peuvent être réduits au minimum. Un peu de pesanteur à l'anus; parfois une irradiation douloureuse dans l'urèthre; chez quelques malades, une sensation de vraie souffrance au moment de l'éjaculation; quelque fréquence dans les besoins de miction; des érections incomplètes; une émission de sperme qui est très hâtive ou retardante: c'est à peu près le tableau ordinaire. Mais sur cette symptomatologie atténuée vient s'exercer le travail grossissant de l'imagination, de la nervosité, des lectures extra-scientifiques ou des consultations incompétentes. On sait combien l'adulte est sensible à tout ce qui menace sa capacité génitale: ceux-là sont des impressionnables qui, en observation incessante de leur écoulement, arrivent à une véritable hypochondrie sexuelle. Il en est de ces prostatites chroniques comme du varicocèle: c'est dans le malade plus souvent que dans la maladie qu'on trouve la raison de l'exagération symptomatique.

Il est, cependant, des troubles réels de la miction, de l'excrétion prostatique et des fonctions génitales, que Finger et Fürbringer ont bien analysés. On observe des besoins plus fréquents et plus impérieux d'uriner; après chaque défécation, des faux besoins peuvent persister, dus à l'excitation née du passage du bol fécal. Au moment de l'éjaculation, une douleur lancinante peut être ressentie dans les parties profondes de l'urèthre ou du côté du rectum: elle tient vraisemblablement au rétrécissement de l'orifice des conduits éjaculateurs par l'infiltration ou l'hyperplasie conjonctive. Ces conduits ne sont pas de simples canaux; de leurs parois partent des diverticules, dirigés dans le sens du courant spermatique: si, à la sortie des canaux éjaculateurs, le sperme rencontre une résistance anormale, il s'engage, par courant rétrograde, dans ces diverticules, d'où il sera exprimé dans la miction ou la défécation suivantes. Les spermatozoïdes, ainsi évacués, sont parfois privés de mouvement: cela tient, d'après Fürbringer, aux altérations du suc prostatique qui a la propriété d'éveiller la motilité des spermatozoïdes, toujours inertes dans les vésicules séminales. Si les deux canaux éjaculateurs sont oblitérés, par l'infiltration de la sclérose, il en résulte un aspermatisme total. — Aux lésions du verumontanum, si richement pourvu de nerfs, se rattache la neurasthénie sexuelle, d'autant plus intense qu'elle évolue sur un terrain prédisposé, arthritique et nerveux. On observe l'hyperesthésie de l'urèthre, avec sensations douloureuses irradiées, spasme uréthral, éjaculations hâtives, érections brèves et mal soutenues; ces phénomènes d'irritation font place à des symptômes de dépression nerveuse: coït laborieux, impuissance, obsessions hypochondriaques. Mais, ici, l'effet dépasse la cause, et il s'agit de vraies psychopathies urinaires.

Traitement. — Le traitement est d'abord un traitement moral. « Déclarez nettement, conseille Guyon, aux névropathes qu'ils ne sont pas prostatiques, et aux prostatiques qu'ils ne sont pas voués, par une insignifiante lésion, aux maux que subissent les névropathes. » Tonifiez les anémiques; prescrivez aux nerveux l'hydrothérapie tiède, le plein air, l'exercice. Des lavements très chauds seront pris avec une canule à courant continu, dans laquelle passe pendant une dizaine de minutes un courant d'eau de 50 degrés. Les suppositoires mercuriels et iodurés, associés aux lavements très chauds, donnent d'excellents résultats.

Mais le traitement local garde le premier rôle. Dans le cas de lésion nette du verumontanum, infiltré et tuméfié « en une fraise rouge », la médication topique peut être portée directement avec l'endoscope. Ordinairement, on réalise le pansement local, soit par les instillations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre, soit par des crayons médicamenteux, à la gélatine ou à la glycérine solidifiée, introduits dans l'urèthre prostatique au moyen de porte-remèdes de Dittel. L'emploi des irrigations chaudes de l'arrière-canal est un bon moyen d'activer la résolution: on peut recourir à l'appareil de Finger. Enfin, ici, comme dans l'uréthrite chronique, le moyen souverain est fourni par la « cure de dilatation », par l'action mécanique des gros béniqués, des numéros 50 à 60. Thure Brandt, Schlifka, Rosenberg, Keersmæcker ont vanté les bons effets du massage intra-rectal.

CHAPITRE III

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

L'hypertrophie prostatique n'a point une vieille histoire. Il faut une interprétation très complaisante du texte pour en trouver trace dans les écrits hippocratiques, et Mercier ⁽¹⁾ nous paraît avoir discuté ce point avec une érudition lucide et décisive. Celse et Galien n'ont rien ajouté à ce qu'a dit Hippocrate. Les Arabes qui fleurirent aux x^e, xi^e et xii^e siècles, sont « un peu plus avancés »: ils parlent bien de la rétention d'urine produite par « des chairs exubérantes », mais ils ne spécifient point qu'il s'agisse d'une affection sénile; ce sont vraisemblablement les caroncules et caroncules qui font leur entrée dans l'histoire des rétrécissements uréthraux. Au milieu du xv^e siècle, André Lacuna publie sa « méthode pour connaître et extirper les caroncules qui naissent au col vésical »; il ne croit pas pouvoir faire à Dieu, mort pour le genre humain, une offrande plus agréable que son livre. En même temps que Lacuna — quelques-uns disent un an avant lui — Ferri écrit aussi sur la « callosité qui se développe à la région cervicale de la vessie ». Sur ces deux travaux qui, à la rigueur, appartiennent à l'histoire des obstructions prostatiques du col, bien que de prostate nul n'ait encore parlé, s'est échafaudée toute la doctrine erronée des caroncules de l'urèthre qui a si longtemps servi de thème aux dissertations sur les sténoses du canal.

(1) MERCIER, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérées spécialement chez les hommes âgés.* Paris, 1841.

Au commencement du XVII^e siècle, Riolan (1) dit que le col de la vessie peut être obstrué par une tumeur des glandes prostatées : c'est la première fois que le mot apparaît et que la localisation anatomique se précise. Bartholin a remarqué que « des excroissances du col vésical sont de nature glanduleuse »; Santorini en a vu « formées de glandes agglomérées ». Mais c'est Morgagni qui donne la plus nette confirmation des découvertes de l'anatomiste français : « il a constaté que c'est chez les vieillards que se font les gonflements de la prostate (2) et que cette glande n'est pas toujours entièrement gonflée; il n'est pas rare, suivant lui, de ne voir que la partie supérieure affectée, ou bien dans tout son pourtour, ou bien dans un seul endroit : c'est ordinairement derrière le col de la vessie (3); elle forme alors une tumeur qui, si on la coupe en même temps que la partie voisine de la prostate, n'en est manifestement qu'une continuation (4). »

« J'ai ouvert plusieurs cadavres morts de la rétention d'urine que cause le gonflement de la prostate », écrit J.-L. Petit : si la partie nosographique écrite par ce clinicien pénétrant n'est point sans défauts, si prostatées enflammées et prostatées grosses s'y trouvent confondues, en revanche, son chapitre thérapeutique abonde en préceptes sages et encore valables. — En dépit des indications anatomiques de Morgagni, la topographie des lésions prostatiques garde chez les classiques du commencement du siècle, chez Desault et Boyer, une incertitude frappante; par « habitude ou par préjugé », on continue à décrire sous les noms de polypes, de fungus de la vessie, de squirrhes, des tumeurs de siège prostatique évident, et cependant le chirurgien en chef du « grand hospice d'humanité, ci-devant Hôtel-Dieu », trace, en vingt lignes (5), un tableau symptomatique remarquable de la « rétention d'urine produite par la vieillesse ».

Avec les travaux d'Ev. Home (6) et d'Amussat (7), la question entre dans sa phase contemporaine. La même année vit paraître, en 1841, le livre de Civiale sur les *Maladies du col de la vessie et de la prostate*, et les recherches de Mercier sur les *Maladies des organes urinaires considérées spécialement chez les hommes âgés*. « Jamais un livre n'a été plus fidèlement reproduit que le mien, écrivait Mercier dans sa lettre à Civiale; c'est à tel point que je suis obligé de rappeler qu'il a été publié avant même que le vôtre ne fût sous presse, pour que ceux qui plus tard verront le même millésime sur les deux ouvrages ne soient pas tentés de me prendre pour un plagiaire sans valeur. » Entre ces deux hommes qui ont eu sur les progrès de la chirurgie urinaire une si décisive influence, une polémique s'allume, avivée par d'irritantes questions de priorité. Mercier, par « sept années d'investigations persévérantes au sein des hôpitaux et des amphithéâtres les plus riches », a constitué à coup sûr la plus exacte étude anatomique des déformations séniles de la prostate, a porté les premiers coups à l'étiologie banale alors courante, et a eu le mérite, avant Leroy, d'armer notre outillage des sondes coudées. A Civiale revient l'avantage d'une étude plus compréhensive, s'élevant au-dessus de l'obstacle mécanique d'ordre prostatique, établissant l'importance

(1) RIOLAN, *Anthropographia*, 1649, lib. II, cap. xxviii.

(2) MORGAGNI, *Epistolæ anatomo-medicæ*, 66, art. 12.

(3) MORGAGNI, *Epistolæ anatomo-medicæ*, 41, art. 17, 19.

(4) MORGAGNI, *Epistolæ anatomo-medicæ*, 41, art. 18.

(5) DESAULT, *De la rétention d'urine produite par la vieillesse. Œuvres chirurgicales*, 1798, 1^{re} partie, An. VI, p. 128.

(6) EV. HOME, *Practical observations on the treatment of diseases of the prostate gland*. London, 1818, 2 vol.

(7) AMUSSAT, *Leçons sur les rétentions d'urine et sur les maladies de la prostate*. Paris, 1852.

clinique de l'inertie vésicale et des lésions rénales; dans son livre se peuvent retrouver, soit nettement formulées, soit ingénieusement pressenties, maintes notions données plus tard comme neuves.

Puis deux noms ont dominé ce point de la pathologie urinaire. Thompson (1) rédige un bon chapitre d'anatomie pathologique macroscopique, basé sur l'examen des pièces des principaux musées de Londres, et apporte à l'étude clinique de l'hypertrophie cette simplicité claire et cette vérité d'observation qui se retrouvent dans toutes ses œuvres. Guyon (2) écrit l'histoire naturelle des « prostatiques » et discerne des « formes morbides diverses dont l'hypertrophie de la glande est l'occasion »; il développe et documente l'idée de Civiale en montrant l'appareil urinaire tout entier solidaire de l'affection prostatique et le parallélisme des troubles fonctionnels n'étant que la conséquence du parallélisme des lésions; il fait de l'artério-sclérose le pivot anatomo-pathologique de ces lésions d'ensemble primitives et simultanées, et démontre le rôle de la congestion dans leur symptomatologie.

La période contemporaine vient de voir s'ouvrir un grand débat sur le traitement de l'hypertrophie prostatique; et nous renvoyons au chapitre thérapeutique pour ce point d'histoire actuelle. Parallèlement aux recherches thérapeutiques, et par contre-coup, des notions plus précises ont été fournies sur les conditions cliniques des prostatiques et quelques acquisitions intéressant l'anatomie pathologique de l'affection en sont résultées.

Anatomie pathologique. — 1^o Des formes macroscopiques de l'hypertrophie prostatique. — Les formes de l'hypertrophie prostatique se rattachent à deux types, dont la distinction importe au double point de vue symptomatique et thérapeutique. Tantôt l'hypertrophie est générale : la glande est développée en masse. Tantôt, au contraire, la tuméfaction est partielle, ou tout au moins offre une localisation dominante, soit sur le lobe moyen, soit sur les lobes latéraux : la glande est plus déformée que grossie, le canal prostatique se dévie ou l'orifice du col s'encombre. Thompson, étudiant les collections anatomo-pathologiques des musées de Londres, a dressé l'échelle de fréquence des diverses espèces; nous lui juxtaposons, avec Desnos, les chiffres analogues fournis par les musées Dupuytren et Civiale :

LOCALISATION DE L'HYPERTROPHIE.	THOMPSON.	MUSÉE DUPUYTREN.	MUSÉE CIVIALE.	TOTAL.
Hypertrophie générale de tous les lobes	74	7	9	91
Hypertrophie dominante du lobe moyen	79	8	6	55
Hypertrophie des lobes latéraux	5	5	7	17
Hypertrophie générale avec prédominance du lobe droit	8	1	2	11
Hypertrophie générale avec prédominance du lobe gauche	11	1	5	15
Commissure antérieure seule hypertrophiée	5	•	•	5
Lobes latéraux et commissure antérieure hypertrophiée, mais non la portion médiane	5	•	•	5
TOTAL DES PIÈCES	185	22	27	175

(1) THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 1881, p. 556, 754.

(2) GUYON, *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, 1888, p. 465, 608.

La forme de l'hypertrophie, déjà si importante au point de vue du cathétérisme, est devenue une notion pleine d'intérêt depuis nos entreprises de prostatectomie. L'avenir de ces interventions demeure encore en débats; en tout cas, leur succès se subordonne à la fréquence des hypertrophies partielles du col, seules ou surtout accessibles à notre extirpation par voie sus-pubienne. Les vitrines des musées ne sauraient à l'heure actuelle fournir des documents décisifs pour trancher cette question: elles réunissent surtout les formes exceptionnelles, les échantillons volumineux, les types hypertrophiques de lobes moyens; bien des prostatites à lobes latéraux développés sont passées dans les hôpitaux, qui n'ont pas été jugées dignes de la conservation. C'est donc à des séries plus riches et plus régulièrement constituées qu'il appartient de préciser ultérieurement cette topographie des lésions. Voici, par exemple, l'hypertrophie générale, « uniforme », disait Mercier, portant à peu près également sur tous les lobes: c'est une forme qui symptomatiquement est souvent moins menaçante par une sorte de compensation réciproque des lésions, mais qui, par contre, échappe à peu près à tout projet d'excision opératoire; or, tandis que les relevés de Thompson la signalent dans plus de la moitié des cas, les collections du musée Dupuytren et de l'hôpital Necker ne nous la montrent que dans un tiers des pièces recueillies. La tuméfaction prépondérante du lobe moyen est l'espèce thérapeutique intéressante et opérable: l'échelle de Thompson ne la mentionne que pour une moyenne de 15 pour 100; à considérer la série des pièces du musée Dupuytren, on la pourrait croire fréquente dans une proportion de 55 pour 100, ce qui paraît dépasser largement la moyenne clinique. Motz, récemment ne l'a signalée que 2 fois sur 27.

Le poids des prostatites grosses ne nous apprend pas grand'chose: ce ne sont pas les glandes les plus lourdes qui sont les plus obstruantes. « Le poids le plus commun, nous dit Thompson, lorsque la maladie a existé depuis dix ou douze ans, semble être compris entre 34 et 46 grammes, c'est-à-dire plus du double du poids normal. » Il y a des exemples classiques de prostatites plus pesantes: on en a recueilli de 288 et de 520 grammes. Il s'agit alors de glandes à développement « excentrique », qui refoulent la paroi du rectum et dessinent dans sa cavité un volumineux relief. « Bartholin, nous dit Mercier, croit en avoir trouvé une dont le volume égalait une tête d'homme, ce qui me semble empreint d'exagération, car le petit bassin n'aurait pu la contenir. » Le volume d'un fibrome massif conservé à l'University College atteint presque, au dire de Thompson, celui d'une noix de coco. Une prostate de même taille, signalée par Bell comme « monstrueuse » et « la plus grosse d'Angleterre », est au musée du College of Surgeons, à Edimbourg.

L'élément « déformation » prime de beaucoup l'élément « hypertrophie ». Or, cette action déformante peut porter, suivant la localisation anatomique du processus, soit sur le tronçon prostatique du canal, soit sur le méat interne et la région cervicale de la vessie.

Une modification de l'urètre est à peu près constante: c'est l'allongement. Et cela s'explique: les hypertrophies, même partielles, s'associent presque toujours à un développement total de la glande, ainsi qu'il ressort du tableau de Thompson. La partie prostatique du canal, qui mesure normalement 5 centimètres, atteint souvent une longueur de 5, 6 et même 8 centimètres; ne voyons-nous pas, par analogie, la cavité des utérus fibreux s'allonger considérablement? Les lobes latéraux, en se développant, poussent l'une contre l'autre leurs

« joues » convexes: telles deux amygdales tendant à s'adosser sur la ligne médiane. En même temps ils augmentent l'écart entre le plafond et le plancher du canal, si bien que la coupe transversale de l'urètre prostatique prend la forme d'une fente verticale, allongée entre les deux lobes latéraux, étroite au maximum au niveau de leur adossement, mais présentant en haut et en bas un élargissement triangulaire qui répond à l'écart interlobaire. Ainsi se trouvent réservées deux rigoles prismatiques aux extrémités pubienne et rectale de la fente urétrale, rigoles que pourront suivre l'urine ou la sonde: la première surtout répondant à la paroi supérieure moins déformée, reste, par excellence, au point de vue chirurgical, l'espace praticable.

Donc, allongement du canal prostatique, augmentation de son diamètre antéro-postérieur ou recto-pubien, diminution de ses dimensions transversales: voilà les conséquences habituelles de la tuméfaction totale; en même temps la courbe du canal tend à s'accroître d'autant plus fortement que le lobe moyen participe davantage à l'altération. Mais, en somme, ce n'est point de ces types réguliers et symétriques de l'hypertrophie en masse que résultent la miction la plus troublée ou le cathétérisme le plus difficile. Un balancement peut même s'établir entre les diverses lésions composantes; Mercier et Thompson ont admis, mais le cas demeure rare et discutable, que le lobe médian hypertrophié peut se « coincer » entre les latéraux tuméfiés, rouvrir le col et le maintenir ouvert. Ce qui est plus fréquent et plus vraisemblable, c'est de voir l'allongement du diamètre recto-pubien de l'urètre compenser une barre prostatique et l'empêcher, en exhaussant le méat interne, de devenir occlusive. Dodeuil en a publié une observation démonstrative.

L'hypertrophie se limite-t-elle ou devient-elle prédominante sur un lobe latéral, celui-ci fait « bosse » du côté de l'urètre et refoule le lobe opposé. Les deux moitiés prostatiques peuvent être le siège de ce développement asymétrique; les formules émises à ce propos sont livrées au hasard des séries. Mercier, publiant les résultats de ses premières recherches, déclara n'avoir jamais rencontré ce type de développement que sur le lobe droit; Ev. Home, dans son premier travail, avait dit n'avoir trouvé de tumeurs latérales qu'au côté gauche du col; plus tard, Mercier reconnut que la moitié gauche était aussi exposée à l'hypertrophie, et, dans sa seconde étude, Ev. Home revint sur sa proposition: le tableau de Thompson montre d'ailleurs cette prédisposition à peu près égale des deux lobes. L'urètre est dévié par une hypertrophie latérale, en une courbe dont la concavité embrasse la saillie du lobe correspondant. La déformation du canal se complique parfois: la courbure est toujours plus ou moins associée à une déviation par soulèvement que produit la tuméfaction du lobe moyen. Voillemier a signalé que les lobes peuvent « s'engrener » par une sorte d'emboîtement réciproque, en s'opposant deux tumeurs sur une des faces et une sur l'autre; il en résulte une déviation alterne de l'urètre.

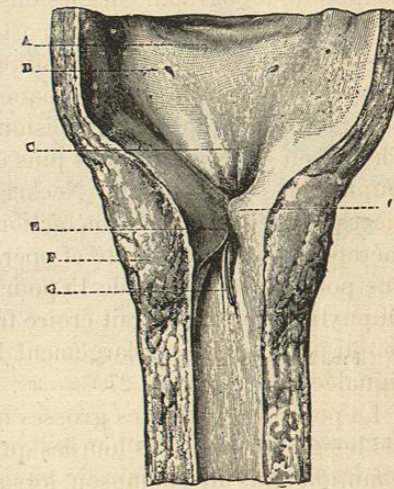


FIG. 218. — Déviation alterne de l'urètre prostatique. (Voillemier.)

Quand la maladie est localisée sur le lobe moyen, il peut se faire, comme le distingue Guyon, que ce lobe proémine du côté du canal ou du côté de la vessie. Du côté du canal, il accentue la courbure de la partie profonde et la soulève vers le pubis. Ce changement de direction se dessine vers le milieu de la traversée prostatique : la paroi postérieure se porte en haut et se dresse en un vrai mur plus ou moins à pic; de la courbure progressivement accentuée jusqu'à la coudure angulaire, tous les degrés de déviation se peuvent observer. Cette déviation coudée de l'urètre prostatique est une notion de majeure importance dans le cathétérisme : à la base de cette muraille plus ou moins abrupte, que figure le soulèvement de la portion sus-montane, viendra buter

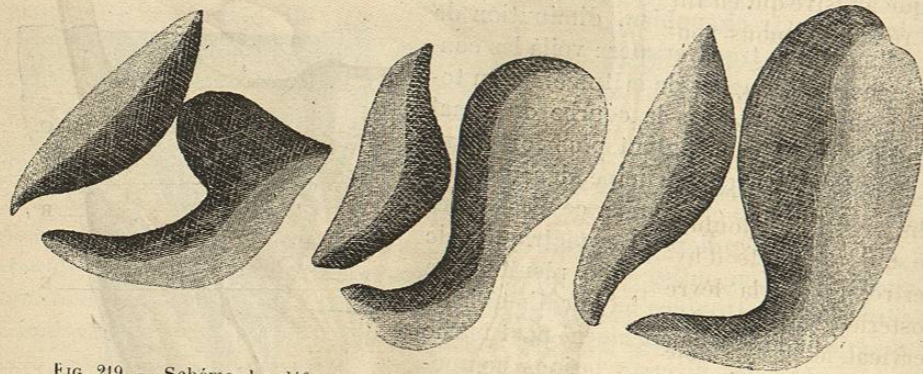


Fig. 219. — Schéma des déformations du plancher prostatique produites par l'hypertrophie du lobe moyen. (D'après Thompson.)

et amorcer une fausse route tout instrument qui ne relèvera point assez le bec vers le plafond du canal. Ce soulèvement du plancher prostatique a encore pour conséquence d'élargir transversalement l'urètre; une section, suivant un plan transversal, figure une sorte de croissant à pointes tournées en bas, embrassant le lobe moyen qui la détermine. Ce dernier fait donc « croupe » saillante sur le milieu du canal : au niveau du sommet de sa courbe convexe, la juxtaposition de deux parois supérieure et inférieure est complète et l'obstruction à son maximum; de part et d'autre, au contraire, au bas de chaque pente, une rigole latérale persiste, qui mène à la vessie en contournant la saillie du lobe moyen; le canal subit une bifurcation en Y. L'urine ou la sonde pourront suivre l'un ou l'autre de ces « fossés » praticables, mais bien souvent une saillie dominante d'un lobe latéral les rend inégalement perméables : la section du canal n'est plus un croissant à concavité inférieure et à pointes symétriques; il est plus ou moins déjeté vers un côté, et c'est de ce côté que la voie reste libre.

Cette « croupe » du lobe moyen, faisant « d'os d'âne » sur le plancher de l'urètre prostatique, au lieu d'être sphérique et ovoïde, est parfois lobulée, cannelée de sillons qui convergent vers le verumontanum; ainsi que le démontre bien la figure ci-jointe, empruntée à Voillemier, la crête uréthrale est le centre de rayonnement de plis muqueux, quelquefois doublés de tissu fibreux, qui vont se rattacher aux tumeurs de la base prostatique, quand ces dernières évoluent du côté de la cavité vésicale, et qui résultent du tiraillement de la muqueuse uréthrale. Entre ces plis qui ondulent la saillie du lobe médian des sillons se creusent qui servent d'espaces de filtration à l'urine; Guyon

donne le nom d'hypertrophie « en éventail » à cette forme aux plis radiés.

Le lobe moyen, au lieu de proéminer dans l'urètre dévié, peut évoluer vers la vessie et déformer le méat uréthro-vésical. Quelquefois c'est une « barre transversale » qui s'élève au niveau du bord postérieur du col et fait « vanne » entre la vessie et l'urètre. Nous touchons ici à une question longtemps restée

en débat, rendue fameuse par l'étude de Guthrie, par la description exagérée de Mercier et par la thérapeutique abusive qui en fut le résultat : nous voulons parler des « valvules du col ». Sous ce nom, on a décrit et confondu des lésions dissemblables : 1° des replis muqueux doublés de muscle, sorte d'hypertrophie de la lèvre postérieure de l'orifice cervical, lésion possible mais assurément plus rare que ne l'estimait Mercier, et qui n'entre point dans les déformations séniles de la prostate; 2° des hypertrophies pseudo-valvulaires de la portion sus-montane, des « barres » de tissu prosta-

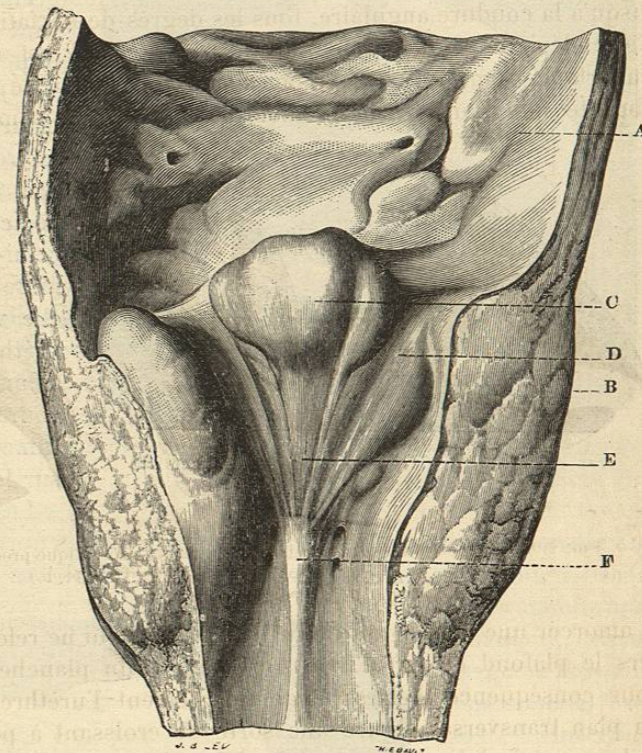


Fig. 220. — Fibrome de la base de la prostate (C), prolongé à droite et à gauche par des replis transversaux et relié au verumontanum par un plissement triangulaire.

tique, à base compacte et large, à crête pleine et irrégulière. Guthrie nous en décrit une divisée en trois petites éminences. Pour ce second type, le nom de valvules est absolument déplacé. Ce n'est point par un jeu de soupape qu'elles peuvent déterminer l'obstruction cervicale : c'est par leur relief qu'elles « écluent » le bas-fond approfondi des vieux prostatiques; leur face antérieure se détache du plancher uréthral presque à angle droit, la face postérieure descend insensiblement vers le trigone et paraît d'autant plus en saillie que le bas-fond est plus déprimé.

Plus souvent les tuméfactions de la base prostatique évoluent vers la vessie. Le lobe moyen, dont Ev. Home le premier a montré l'importance clinique et qui, composé de deux lobules allongés, forme coin entre l'urètre et les canaux éjaculateurs, se trouve en rapport par sa base avec le fond vésical : c'est donc au-dessus du verumontanum, en plein col, que se traduisent les effets de son hypertrophie. Parfois il fait saillie en « croupion de poulet » plus ou moins proéminent vers la cavité vésicale : nous en avons vu un bel échantillon dans la collection de Thiersch, à Leipzig. Habituellement, il est sessile, implanté sur une base large, mais il peut s'attacher au col par un pied plus ou moins étroit.