

apporta à l'appui un nombre considérable d'expériences entreprises sur son conseil par Kirby. Dès 1884, Launois, en France, avait oralement fait la même proposition en se basant sur des recherches anatomiques pratiquées chez des animaux mâles châtrés ou non, sur des castrations expérimentales et sur des faits histologiques.

La question, en effet, se débat sur un double terrain. D'abord sur une argumentation théorique qui invoque des faits anatomiques, tératologiques et expérimentaux; en second lieu, sur le terrain clinique, qui pour nous est décisif.

Sur le premier point, en effet, tout a été dit et rien n'est absolument démonstratif: le mémoire de Bazy, Escat et Chailloux nous paraît clore le débat. L'assimilation établie entre l'hypertrophie prostatique et le fibro-myome utérin n'est qu'une comparaison contestable, non un argument. L'anatomie comparée montre que dans certaines espèces — ruminants — il y a un rapport inverse entre le volume du testicule et celui de la prostate. L'embryologie enseigne l'indépendance originelle de ces deux segments de l'appareil génital. Pendant la vie embryonnaire il n'y a aucune solidarité entre le testicule et la prostate. A la période de croissance, cette solidarité n'est pas constante, puisque, chez les monorchydes, l'asymétrie prostatique ne s'observe pas toujours. Donc l'embryologie et la tératologie n'apportent point d'argument décisif à la méthode de White.

Si l'on étudie maintenant l'influence de la castration, il faut distinguer absolument la suppression unilatérale et l'ablation des deux testicules. A l'état adulte, la *castration unilatérale* est loin d'entraîner, de façon habituelle, l'atrophie du lobe prostatique correspondant; les recherches de Gould, de Przewalsky, de Fenwick confirment ce point important. Les expériences sur les animaux montrent que l'atrophie de la glande est peu marquée et peut manquer. On en peut conclure au rejet de la castration unilatérale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

La *castration double*, pratiquée dans l'enfance, arrête le développement de la prostate. Si la castration double a été pratiquée après l'époque de la puberté, la prostate, ainsi qu'il appert des recherches de Godart, Bilhartz et Pelican, subit une régression manifeste et demeure aux dimensions de la prostate d'un enfant. Mais ces faits sont passibles d'une objection: c'est qu'alors la castration a été faite avant le développement complet de la prostate et l'on n'en saurait conclure ce qu'elle produit chez l'homme adulte ou surtout au déclin de son activité génitale. Albarran et Motz estiment que, par analogie avec l'atrophie expérimentale produite chez l'animal adulte ou vieux, des résultats analogues seraient observés chez l'adulte ou le vieillard; mais cette constatation directe fait défaut.

La castration expérimentale chez les animaux apporte à la solution de la question un résultat constant, contrôlé par l'examen microscopique. La castration double détermine chez tous les animaux une atrophie rapide, déjà très marquée un mois et demi à deux mois après l'opération; cette atrophie porte surtout sur le tissu glandulaire; les modifications du stroma sont tardives et variables; de ces changements de structure résulte une diminution de volume de l'organe. Cette atrophie est manifeste même lorsqu'on expérimente sur de vieux animaux.

L'observation clinique confirme-t-elle que la prostate hypertrophiée, au déclin de la vie génitale, subisse, de la double castration, une influence analogue à

celle qu'une prostate jeune et saine éprouve de la suppression de deux testicules en pleine activité sexuelle? La preuve-anatomo-pathologique n'en est point fournie. Il n'existe que cinq examens de prostate hypertrophiée, traitée par la castration: aucun ne démontre l'atrophie de la glande et même celui de Bryson établit l'absence de cette atrophie quatorze mois après la castration double. — Cliniquement, la diminution de volume de l'organe, produite quelques jours après l'intervention, ne saurait être attribuée à un processus d'atrophie: ce sont phénomènes de décongestion observés aussi après le cathétérisme, la ponction vésicale ou la cystostomie; seules, peuvent diminuer avec cette promptitude les prostatites molles, rénitentes, turgescents. Autre chose sont les faits de rétraction lente, progressive, de la prostate, tels que les ont observés Horwitz, Innersy, Bryson (4 mois), Ramm (1 an), Albarran: ils sont conformes à l'évolution nécessaire du processus atrophique et ont une valeur indéniable, bien qu'il faille émettre des réserves sur l'estimation précise de ces réductions de volume, appréciées par le toucher rectal. Les statistiques méritent discussion; et nous ne faisons point un fonds solide sur celle de Bruns, qui, sur 148 cas, note l'atrophie de l'organe dans une proportion de 58 pour 100, non plus que sur celle de White, qui croit à la production de cette atrophie dans 87 pour 100 des cas.

Au surplus, une chose est très frappante: réduction anatomique de l'organe et améliorations symptomatiques sont deux résultats loin d'être connexes. Ce n'est point chez les malades dont la prostate a le plus diminué que la miction s'est le plus améliorée: il en est qui, gardant une prostate volumineuse, ont reconquis une évacuation normale; chez d'autres, malgré la diminution de la glande, la miction est restée douloureuse, difficile et fréquente. C'est que vraisemblablement la castration a un effet partiel sur la contractilité vésicale et sur la congestion de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, d'ailleurs, ces modifications des symptômes nous intéressent bien autrement que les variations anatomiques de l'organe. — Les malades opérés pour simple dysurie ou pour rétention aiguë sont rares; le rétablissement de la miction spontanée, chez eux, ne prouve rien et la castration ne saurait ici lui apporter qu'une action décongestive, plus simplement acquise par d'autres procédés. — Les prostatiques atteints de rétention chronique incomplète forment une catégorie plus nombreuse et plus intéressante: quelques heureux ont regagné, par décongestion ou par action dynamogénique exercée sur la vessie, une miction spontanée; la grosse majorité n'est qu'amendée, voyant le cathétérisme ou la miction devenir plus facile, mais continuant en général à garder un résidu vésical. Comme l'indique Carlier, la plupart de ces observations sont mal rédigées, au point de vue de la constatation de l'urine résiduelle. — Un petit nombre de prostatiques avec rétention chronique complète a été amélioré et chez quelques-uns la miction spontanée et totale est revenue. — Enfin, chez des malades dont l'appareil urinaire était infecté, la castration a parfois amené la diminution ou même la disparition du pus dans les urines, peut-être en produisant une déturgescence et surtout en diminuant la rétention, si propice à l'infection. C'est aussi par évacuation et par diminution du résidu vésical qu'on s'explique l'influence de la castration sur la cystite et les phénomènes douloureux.

De son récent rapport, Carlier conclut que « rien ne permet au chirurgien de supputer à l'avance les chances de succès d'une castration double ». Albarran, au contraire, écrit: « Les résultats de la castration nous paraissent tels que, s'il

s'agissait d'une opération banale, elle nous paraîtrait devoir être conseillée à la majorité des prostatiques ». Mais, comme il l'indique lui-même, l'importance attachée par le malade à la perte de ses testicules, la mort précipitée qui s'en peut suivre chez certains malades gravement atteints (18 pour 100 d'après White, 59 morts sur 205 castrations faites par Cabot), doivent faire repousser la castration double dans les cas d'infection rénale ou générale grave, dans tous ceux où suffit le cathétérisme, dans ceux où l'infection vésicale intense indique la cystostomie. Les indications naissent des difficultés ou des dangers du cathétérisme, des crises de rétention qui se répètent, des congestions hémorragiques, des orchites à répétition dues à l'infection par le sondage. Il est logique de penser que l'effet varie suivant le type anatomique, et que l'indication de choix de cette intervention est fournie par les *prostates molles* uniformément volumineuses, tendues par la congestion, saignant facilement au cathéter : la castration double peut les influencer, tantôt rapidement par une action décongestive, tantôt graduellement par une lente atrophie, surtout quand elles sont du type anatomique à tissu glandulaire surabondant, comme le travail récent de Motz la distingue. Sur les *prostates fibreuses* l'effet a toute chance d'être nul, bien que des faits contradictoires soient cités. Mais nous avons vu combien il est objectivement difficile, en clinique, de distinguer prostatites fibreuses et prostatites glandulaires et que la consistance de l'organe peut tromper sur sa structure exacte.

4° Résection des canaux déférents (1). — A la suppression de l'organe par la castration, on a voulu substituer l'isolement anatomique et physiologique, par la simple résection des canaux déférents. En 1895, le premier, Harrisson en pratiqua la section sous-cutanée; en 1895, Pavone en Italie, et White en Amérique, publièrent leurs recherches. Depuis, Isnardi, English se sont faits les défenseurs du procédé, et tous les chirurgiens ont recouru à cette intervention simple.

Un point est intéressant : l'idée directrice de l'intervention était fautive. Contrairement à la loi en vertu de laquelle la ligature des canaux excréteurs d'une glande entraîne son atrophie, l'interruption fonctionnelle, par la section du canal déférent, n'a point d'action atrophiante sur le testicule. Trois ordres de faits démontrent que le testicule conserve alors son développement ou son intégrité anatomique : 1° l'absence tératologique du canal déférent; 2° la section expérimentale de ce conduit comme l'ont vu de Curling, Godard et Gosselin; 3° ses sections accidentelles au cours de kélotomies, ainsi que l'ont noté Berger, Bazy et nous-même. Le testicule a une double fonction : c'est en même temps l'organe de la spermatogénèse et une glande vasculaire à sécrétion interne. La résection des canaux déférents n'atteint que l'excrétion des spermatozoïdes; elle laisse persister cette sécrétion interne dont la suppression détermine l'involution atrophique de la prostate et donne aux châtrés ce type spécial de l'eunuque, de même que la thyroïdectomie entraîne les troubles graves que l'on connaît.

Doit-on en conclure, comme Bazy, que la résection du canal déférent est une

(1) Consulter : PAVONE, *La résection des canaux déférents*, *Il Policlinico*, 1^{er} juin 1895. — WHITE, *Ann. of Surgery*, juillet 1895. — ISNARDI, *Journal de l'Acad. de méd. de Turin*, juin 1895 et janvier 1896. — FLOERSHEIM, *Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate*. Thèse de doct. de Paris, 1896. — KOHL, *Correspondenzblatt f. schw. aerzte*, 1^{er} oct. 1896. — NOVÉ-JOSSERAND, *Lyon médical*, octobre 1896. — BOUSQUET, CARLIER, LOUVEAU, Premier Congrès d'urologie. Paris, octobre 1896.

opération inutile? Ce serait nier quelques résultats cliniques indubitables : on a noté, et nous-même avons vu, après cette intervention, la fréquence des besoins diminuer, la miction ou le sondage devenir plus faciles, les douleurs s'apaiser; quelques-uns ont prétendu obtenir davantage, disparition du regorgement, diminution du résidu urinaire, atrophie nette de l'organe. Pour nous, nous n'avons vu que les améliorations du premier ordre; nous les avons observées se produisant rapidement et nous pensons que des actions vaso-motrices, décongestionnant l'organe, peuvent très logiquement les expliquer. Nous n'osons point parler d'atrophie vraie de la glande, bien qu'on puisse à la rigueur admettre sa production par la section des nerfs trophiques du cordon, nerfs de Cooper, réséqués avec le canal, ainsi qu'il ressort des expériences de Przewalski. Aussi, tout en reconnaissant que les résultats de cette intervention sont très inférieurs à ceux de la castration, qu'ils se limitent probablement à une action décongestive ou dynamogénique, nous sommes disposé, étant données la simplicité et l'innocuité opératoires, à la tenter encore chez des malades en proie à des phénomènes aigus, à prostate turgescente, molle, qui ne veulent point entendre parler de castration.

5° Angio-neurectomie du cordon. — Au congrès d'urologie d'octobre 1897, Albarran, se basant sur des expériences faites avec Motz, a pensé que l'angio-neurectomie du cordon qui, chez le chien, amène l'atrophie de la prostate en même temps que celle du testicule, pourrait être appliquée à l'homme. Elle consiste à réséquer, dans une petite étendue, tous les vaisseaux et nerfs du cordon, sauf l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent; le canal déférent est respecté. L'intervention est simple : le canal déférent ayant été isolé, on charge sur une sonde cannelée les autres éléments du cordon, on place deux ligatures en masse au catgut à 2 centimètres de distance et l'on excise le trajet intermédiaire. Aux faits cliniques de prouver la valeur thérapeutique de cette proposition, avantageuse par sa simplicité et la conservation apparente du testicule.

CHAPITRE IV

CONCRÉTIONS ET CALCULS DE LA PROSTATE

LOUIS, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. III, 1757. — MORGAGNI, *Lettres XLII et XLIV*. — CRUVEILHIER, *Anat. pathol.*, 59^e livraison. — SMITH, *Dublin med. Journal*, 1845, vol. XXIII, p. 165. — LENOIR, *Gaz. des hôp.*, 1846, n^o 15 et 19. — VIDAL, *Journal des connaissances médic.*, déc. 1850. — DEMARQUAY, Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la prostate. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1852. — LEBERT, *Concrétions prostatiques*. *Traité d'anat. pathol.* Paris, 1855. — THOMPSON, *Concret. of the prost.* Roy. med. and chir., June, 1857. *Brit. med. Journal*, 1855. — BOURDILLAT, *Calculs de l'urèthre*. Thèse de Paris, 1869. — MELISSON, *Calculs hors de la vessie*. Thèse de Paris, 1875. — LE FORT, *Calculs de la prostate*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1874. — MALTESTE, Thèse de Paris, 1880. — RECLUS, *Calculs multiples*. Rapport de la Soc. de chir., 21 oct. 1885.

1° *Concrétions et calculs d'origine endoprostatique*. — Cette variété de concrétions prostatiques interstitielles n'a guère d'intérêt chirurgical : dans la

presque totalité des cas, elle ne se traduit par aucun symptôme et ne se constate qu'à l'autopsie. Elle a surtout un intérêt anatomo-pathologique. « De toutes les glandes sans exception, écrit Robin, la plus communément affectée de calculs est la prostate : sur trois sujets ayant dépassé l'âge de trente à trente-cinq ans, il en est généralement deux dont les conduits prostatiques renferment un certain nombre et quelquefois beaucoup de calculs. » Il est commun, en effet, après avoir incisé un urètre, d'observer, dans sa portion prostatique, aux environs du verumontanum, et dans les orifices des canaux prostatiques, de nombreux petits corps brunâtres ou noirâtres « dont les plus volumineux, nous

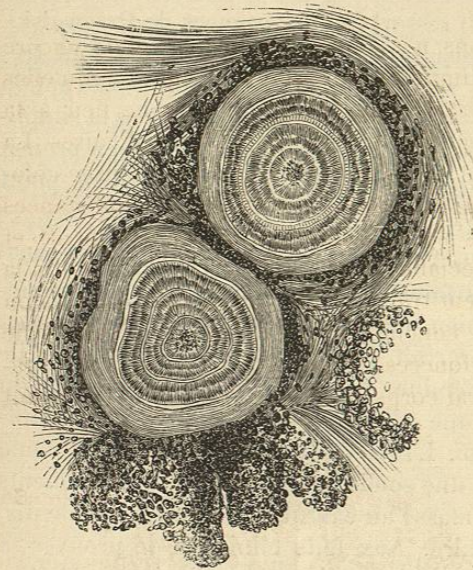


FIG. 256. — Deux concrétions de la prostate.

dit Thompson, ont d'ordinaire la taille de graines de pavot : ils ne sont pas libres dans le canal, mais en général ils occupent quelques-uns des orifices indiqués; quelquefois ils sont au-dessous de la couche épithéliale de la muqueuse que l'on aperçoit nettement au-dessus d'eux ». Une coupe transversale de la substance prostatique montre un nombre plus ou moins grand de ces corps, qui peuvent être semés dans toutes les parties de l'organe, d'autant plus petits qu'on s'éloigne plus de l'urètre; ils sont d'origine endoprostatique, et n'ont, par cette origine même, aucun rapport avec les calculs urinaires.

Ovoïdes, arrondis, prismatiques ou triangulaires, ces concrétions sont le plus souvent aplaties et leurs faces légèrement concaves. Elles ont souvent un aspect polyédrique, dû à des pressions réciproques. Sur la coupe d'une prostate ainsi engorgée, elles apparaissent sous la forme d'un pointillé plus ou moins serré présentant une teinte rouge capucine. Leur nombre et leur volume semblent accrus au voisinage de la muqueuse uréthrale et de préférence autour du verumontanum. Vus au microscope, les plus petits de ces corpuscules sont allongés, réfringents, et à peine colorés; leur centre est occupé par un petit noyau uni, très visible et plus foncé que les parties avoisinantes; autour de lui s'imbriquent une série de couches concentriques faciles à distinguer les unes des autres et dont l'ensemble donne à la concrétion azotée les apparences d'un grain d'amidon ou d'un système de Havers. A mesure que leur volume augmente, la coloration du noyau prend successivement les teintes jaune orangé, rouge acajou, brun hématosine : ce qui les a fait comparer à des

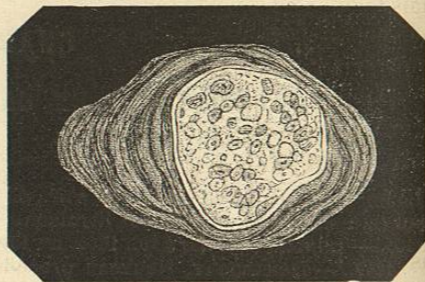


FIG. 257. — Concrétion prostatique à noyau considérable.

graines de pavot, de tabac ou de café moulu. Les lignes concentriques gardent ordinairement leur éclat argenté; parfois, cependant, les plus voisines du noyau semblent avoir subi une sorte d'infiltration pigmentaire qui ternit leur transparence. Dans la masse centrale, on distingue quelquefois des débris épithéliaux. Dans certains cas, elle est constituée par deux et même trois noyaux, ce qui donne à la concrétion l'aspect d'une capsule cartilagineuse. La proportion entre l'élément coloré ou central et l'élément clair ou périphérique est très variable : tantôt le noyau forme à lui seul presque tout le contenu de la cellule, tantôt son volume est très réduit par rapport à celui des zones périphériques. Écrasés entre deux lamelles, ces corps se dissocient suivant leurs lignes concentriques comme le ferait un bulbe de glaïeul.

L'analyse chimique de ces concrétions n'a donné que des résultats encore incertains. Elles se gonflent si on les imprègne d'acide acétique; lorsqu'elles sont opaques, l'action des acides chlorhydrique et acétique donne lieu à la production de gaz, ce qui ferait soupçonner la présence de sels calcaires. La teinture d'iode, employée avant comme après les acides, fait naître une coloration rougeâtre, caractéristique de l'action de ce réactif sur les substances azotées. Si l'on chauffe ces corps, ils se charbonnent, se boursouffent, et brûlent sans laisser de résidu bien appréciable. Aussi Ch. Robin conclut-il à la nature azotée de ces produits, qu'ils soient transparents ou opaques, ambrés ou jaunâtres. Thompson résume dans les conclusions suivantes les résultats de l'analyse de 200 concrétions dures et foncées : « La partie constituante organique de la concrétion n'est pas un vrai corps protéique, mais elle appartient très probablement à cette classe de substances nitrogènes, quelquefois appelées dérivés protéiques, dont la fibrine, la gélatine, la chitine, sont des exemples ».

Ces concrétions doivent être regardées comme des produits physiologiques; mais leur processus de formation peut être activé par toutes les causes pathologiques capables de congestionner la glande. Leur production se rattache à l'évolution des éléments épithéliaux qui tapissent l'appareil glandulaire de la prostate. Au

moment où se forment ces concrétions, on observe, nous décrit Launois, dans tous les culs-de-sac glandulaires, ou dans presque tous, les modifications suivantes : « Au lieu d'offrir un calibre central à peu près libre, ils montrent un épithélium à gros noyaux, à corps cellulaires déformés, empilés les uns à côté des autres. Ils sont presque aussi abondants qu'au moment du développement des glandes chez le fœtus à terme. En examinant un des culs-de-sac,

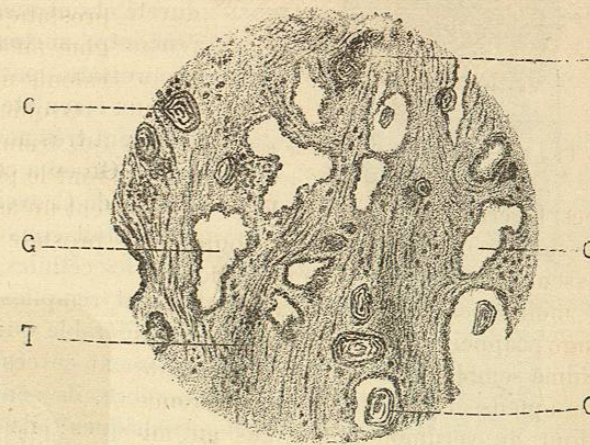


FIG. 258. — Coupe portant sur une prostate d'adulte de 35 ans. (Launois.)

T, travées fibro-musculaires. — GG, culs-de-sac glandulaires. CC, calculs prostatiques à couches concentriques.

son centre est occupé par une petite sphère colorée uniformément en rose par le carmin. Si nous regardons le même point à un grossissement de 700 à 800 diamètres, nous reconnaissons que la partie marginale du cul-de-sac est formée par un ou deux rangs de cellules cubiques ou arrondies, appliquées à la surface de la paroi fibreuse. La masse centrale de la concrétion paraît à peu près homogène, mais en examinant attentivement on y constate l'existence de quelques débris cellulaires. Ces petits corps ont presque l'aspect des vésicules que l'on rencontre dans la glande thyroïde chez l'adulte. Si nous examinons

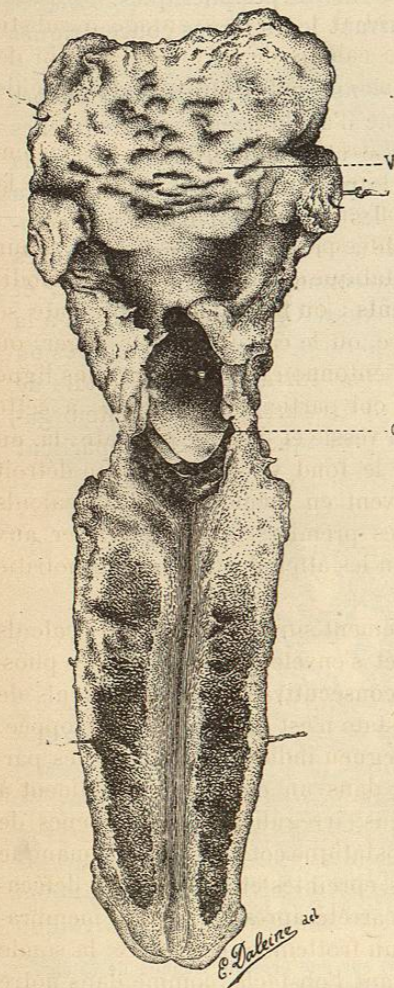


FIG. 259. — Énorme calcul de la prostate. (D'après la photographie d'une pièce appartenant au musée de Montpellier.)

V, vessie. — C, calcul.

d'autres points, nous trouvons quelques-unes des concrétions avec leur aspect nettement stratifié. On remarque à la périphérie la désagrégation et la fusion des cellules épithéliales du cul-de-sac. Ces cellules disparaissent peu à peu vers le centre, qui prend une consistance pierreuse et n'a plus sur nos préparations que la coloration jaune vif due à l'acide picrique. Nous savons que c'est là la réaction qui caractérise les globes épidermiques de l'épithéliome perlé. »

A côté de cette première variété, la prostate sénile en montre une seconde bien décrite aussi par Robin. Ce sont de vrais calculs d'un gris brun ou blanchâtre, d'aspect calcaire; ils offrent parfois une grande dureté et ont une surface rugueuse; on les rencontre surtout à la partie inférieure de la prostate, parfois dans les orifices des canaux éjaculateurs. Ces calculs sont généralement très nombreux et de petites dimensions. On en a compté 16, 29, 50, 200; dans un cas de Cruveilhier, la prostate tout entière était convertie en un tissu aréolaire dont les cellules, communiquant entre elles, étaient remplies de calculs; un foyer plus considérable que les autres regorgeait littéralement de ces corpuscules. Suivant leur nombre, ils sont arrondis, ovoïdes ou polyédriques; ils présentent parfois des facettes dues à des pressions réciproques; exceptionnellement, on a observé des formes plus ou moins bizarres, celles d'une cornemuse, d'un cocon de ver à soie, d'un fragment de vermicelle; Jullien en a vu d'arborescents. Ces concrétions sont parfois constituées par du phosphate de chaux pur; plus souvent, ce sel est allié, en proportions diverses, à des carbonates calcaires. Leur volume est généralement en raison inverse de leur nombre, variant des concrétions miliaires aux graviers volumineux. « Le plus gros que nous avons rencontré, nous dit Launois, avait la forme et le volume d'un grain de raisin et était situé à la partie infé-

rieure du lobe gauche. » Longuet a trouvé dans chacun des lobes latéraux un calcul oblong de la grosseur d'un haricot, entouré de mucus visqueux simulant une enveloppe membraneuse.

2° **Calculs d'origine extra-prostatique.** — « Il n'y a pas de calculs de la prostate, dit Guyon; il n'y a que des calculs de la portion prostatique de l'urèthre. » Si, anatomiquement, la formule est contestable, chirurgicalement elle est exacte. Les pierres que l'on trouve dans la portion prostatique de l'urèthre sont étrangères à la glande; le plus souvent elles sont venues de la vessie: ce sont, suivant le mot de Jullien, des *calculs exotiques*; et il y aurait avantage à substituer, comme Legueu le propose, au terme de calculs de la prostate, celui de calculs uréthro-prostatiques, pour rappeler que ce sont avant tout des calculs de l'urèthre.

Il est certains calculs vésicaux *petits* et *mobiles* qui, lors de la miction, s'engagent dans l'urèthre, mais rentrent dans la vessie: ils demeurent passibles de la lithotritie ou de la taille hypogastrique et n'offrent point un intérêt spécial. — Une variété autrement importante est représentée par les calculs *fixes*. « Pour les contenir, nous dit Legueu (1), la portion prostatique de l'urèthre subit des modifications qui aboutissent à deux types différents: ou bien dans la prostate se crée une cavité par élargissement de l'urèthre, où le calcul vient se loger; ou bien la portion prostatique, évasée comme en entonnoir, se continue sans ligne de démarcation avec le fond de la vessie, le col participant lui-même à cette dilatation: ici les calculs sont à la fois dans la vessie et dans la prostate; là, au contraire, entre la cavité uréthrale élargie et le fond vésical, il est un détroit constitué par le col; dans ce cas, il y a souvent en même temps des calculs intravésicaux, mais ils sont indépendants des premiers, et pour arriver aux seconds il faut traverser le détroit du col ou les atteindre par une lithotritie périnéale. »

Ces pierres se forment, soit par le grossissement sur place de petits calculs ou de fragments calculeux venus de la vessie et s'enveloppant de couches phosphatiques concentriquement apposées, soit consécutivement à des calculs de l'enfance, constitués à une époque où la prostate n'est pas encore développée. — Les signes sont ceux d'un calcul vésical; Legueu indique cependant des particularités, que nous n'avons point constatées dans un cas venu récemment à notre examen: hématuries moins nettes, plus irrégulières; phénomènes de rétention dominants (ce qui, chez un sujet prostatique comme le nôtre, manque de valeur décisive); troubles rectaux, ténésmes, épreintes et douleurs de défécation. L'explorateur à boule est ordinairement arrêté après la portion membraneuse ou ne s'engage qu'avec douleur et avec un frottement calculeux; la sonde métallique ne passe pas ou donne en franchissant l'obstacle, comme dans notre cas, un contact dur et pierreux. Le toucher rectal révèle une sensibilité anormale de la prostate, une induration résistante, limitée, avec parfois, une crépitation calcaire nette.

Le traitement de choix consiste dans la taille périnéale, dont ces calculs prostatiques constituent l'indication peu contestable, à moins que l'état infectieux de la vessie, la dilatation cervicale propice à l'extraction et démontrée par le

(1) LEGUEU, *Des calculs de la portion prostatique de l'urèthre. Annales des mal. des organes génito-urinaires*, septembre 1895.