

Le sphincter "Lisse" de l'urèthre est disposé sur deux plans: l'un interne, circulaire, l'autre externe, longitudinal, tous deux, continuation des fibres identiques de la vessie et allant en diminuant, du col vésical vers l'urèthre membraneux.

Au contraire, le sphincter "Strié," volontaire, s'étend de l'aponévrose périnéale moyenne jusqu'au col de la vessie et forme au véritable manchon au sphincter lisse. *Il enveloppe l'urèthre membraneux* et s'allonge en diminuant vers le col vésical; à l'inverse donc du sphincter lisse. De 4 à 5 millimètres ($\frac{1}{3}$ de pouce) d'épaisseur, très puissant, c'est là le véritable sphincter de l'urèthre. Or, si dans l'ablation de la prostate par la voie sus-pubienne, nous enlevons la glande d'une seule pièce, bien que nous rupturons l'attache prostatocervicale de l'urèthre, son sphincter membraneux, le plus puissant, est respecté et c'est à lui exclusivement qu'est dorénavant dévolue le rôle de contrôleur de la miction.

Quelles conclusions pratiques à tirer de tout ceci?

1. L'hypertrophie de la prostate n'est plus une affection inguérissable, comme elle l'a été jusqu'ici.

2. Le traitement rationnel, et *le seul curatif*, est l'ablation de l'organe.

3. L'opération, faite avant que les malades ne soient trop âgés et trop infectés, est d'une inocuité relative: moins dangereuse que celle pour fibrome utérin ou kyste ovarien.

4. Cette opération est destinée à supprimer le cathétérisme simplement palliatif et souvent aggraveur de la maladie, et viendra d'autant plus tôt dans le domaine de la chirurgie quotidienne que nous aviserons plus tôt les malades et n'attendrons pas de les laisser se cachectiser.