

deuxième stade, que la régression de la sclérose périglandulaire commençante survienne totalement. Mais tant que la prostate est seule en cause, tant que ses modifications semblent rester justiciables des procédés curatifs dont nous disposons, on doit rechercher et on peut espérer la guérison absolue. Au fur et à mesure que diminue le gonflement prostatique, la vessie se vide mieux, les besoins d'uriner s'espacent; le toucher rectal permet de suivre pas à pas les progrès que révèle le rétablissement bientôt complet de la miction volontaire, la glande donnant au doigt qui l'explore la sensation d'un organe sain et de dimensions normales. Il peut même à la longue y avoir atrophie vraie, c'est-à-dire disparition de l'élément noble (ou sécrétoire) sans prolifération du stroma; et il ne faut pas confondre la prostate atrophiée physiologiquement avec des prostatites de faible volume envahie par la sclérose et, de ce fait, absolument pathologiques.

Dans ces circonstances heureuses, le malade guéri n'a plus qu'à observer les principes de l'hygiène. Mais de pareils exemples restent l'exception parce qu'il est de règle que l'hypertrophie sénile s'établisse et se constitue presque insidieusement et parce qu'un homme ne consent point souvent à se soigner avec rigueur alors qu'il ne se croit pas très malade.

La guérison *relative* plus fréquente et dont il faut souvent se contenter présente deux modalités:

1°—La prostate remplie de dilatations glandulaires infectées, avec sclérose périglandulaire déjà accentuée, sous l'influence favorable du traitement, perd en partie de son volume. La rétention du début apparent des accidents n'est plus à craindre, l'excitation vésico-urétrale (fausse cystite) est calmée. Le malade urine seul, à des intervalles suffisamment longs, sans efforts, les urines sont presque claires.

Une fois par jour il passe une sonde qui pénètre avec facilité, la prostatomégalie étant médiocre. Il constate alors qu'il y a toujours un certain degré de stagnation