

BIBLIOTECA

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le toucher rectal constitue la base du diagnostic des phlegmasies prostatiques. C'est un critérium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme.

Les erreurs ou plutôt les absences de diagnostic dans les cas d'abcès méconnus pendant la vie, la gravité du pronostic pour quelques autres (*voir obs. XX*), ne reconnaissent bien souvent d'autre cause qu'un toucher rectal négligé.

Pour obtenir de ce mode d'exploration tous les renseignements désirables, il faut combiner le toucher rectal à la palpation hypogastrique. La position classique du décubitus latéral, avec flexion exagérée de l'une des cuisses, est ici défavorable. Le malade doit être couché sur le dos et le toucher rectal calqué sur le toucher vaginal. La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprimant doucement la paroi abdominale et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, empêche la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum. La prostate est, pour ainsi dire, saisie entre les deux mains, et l'on apprécie nettement toutes

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le toucher rectal constitue la base du diagnostic des phlegmasies prostatiques. C'est un critérium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme.

Les erreurs ou plutôt les absences de diagnostic dans les cas d'abcès méconnus pendant la vie, la gravité du pronostic pour quelques autres (*voir obs. XX*), ne reconnaissent bien souvent d'autre cause qu'un toucher rectal négligé.

Pour obtenir de ce mode d'exploration tous les renseignements désirables, il faut combiner le toucher rectal à la palpation hypogastrique. La position classique du décubitus latéral, avec flexion exagérée de l'une des cuisses, est ici défavorable. Le malade doit être couché sur le dos et le toucher rectal calqué sur le toucher vaginal. La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprimant doucement la paroi abdominale et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, empêche la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum. La prostate est, pour ainsi dire, saisie entre les deux mains, et l'on apprécie nettement toutes

les altérations de forme, de volume et de consistance qu'elle peut offrir.

Cette combinaison du toucher rectal et de la palpation abdominale est capitale, et, lorsqu'on la néglige, on peut méconnaître des engorgements prostatiques même considérables. On sait, en effet, que les grosses prostatites peuvent prendre point d'appui sur le plancher pelvien et se déplacer de bas en haut sans faire de saillie notable dans le rectum (1).

Mon ami M. Paul Reclus (2) a écrit avec beaucoup de raison que, pour reconnaître une prostate malade, il était indispensable de posséder au préalable des notions très précises sur le siège et les caractères d'une prostate saine. Il pense que la prostate est saine lorsqu'elle se confond presque avec les tissus qui l'avoisinent, et qu'elle est au contraire malade lorsqu'on la sent nettement chez un adulte. Cette traduction des sensations perçues par le toucher rectal a le mérite de mettre en relief et d'exprimer en termes clairs une nuance de tact. Mais, pour qu'elle soit entièrement fidèle, il lui faut ce correctif, que la prostate se sent facilement et très bien, même chez les sujets jeunes et exempts de toute lésion prostatique. Sa consistance spéciale, analogue à celle du col utérin, et ses limites, surtout marquées en arrière, se laissent toujours reconnaître par la pulpe de l'index, lorsqu'on procède méthodiquement. A ce propos, je rappellerai que l'on doit introduire dans le rectum les deux premières phalanges de l'index explorateur en prenant le soin de ne pas enfoncer le doigt jusqu'à sa racine. Cette

(1) MONOD, *Soc. de chirurgie*, séance du 5 septembre 1855.

(2) P. RECLUS, *Du tubercule du testicule*, th. Paris, 1876.

dernière manœuvre, familière aux débutants, conduit sur le bas-fond vésical et sur les vésicules; mais on passe fatalement à côté de l'organe que l'on cherche. L'importance du toucher rectal légitime ces quelques détails.

Sur tous les sujets soumis à l'influence de l'une des conditions pathogéniques habituelles de la prostatite, il faut, à la moindre sensation de pesanteur anale ou périnéale, recourir à ce mode d'examen si l'on ne veut s'exposer à méconnaître les débuts d'une phlegmasie qu'un traitement bien dirigé peut enrayer dans sa marche.

On doit aussi ne pas oublier que certains abcès de la prostate demandent à être cherchés pour se laisser reconnaître. Une maladie intercurrente peut masquer les symptômes locaux de l'abcès; l'évolution d'une encéphaloméningite ou les symptômes d'un ramollissement cérébral ont ainsi fait croire à l'existence d'une rétention d'urine d'origine cérébrale, alors que la prostate était le siège d'abcès volumineux. La coexistence d'un rétrécissement de l'urèthre, d'une affection calculeuse de la vessie, ont conduit à des erreurs analogues. Ailleurs, la marche insolite du pus a fait méconnaître l'origine prostatique de certaines fusées purulentes. Enfin, on a vu « des abcès prostatiques, même considérables, ne causer pendant la vie que des sensations tellement vagues qu'on ne les soupçonne même pas, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre les désordres (1). »

Au début d'une prostatite, il est difficile de décider si l'on est en présence d'une simple congestion ou d'une inflammation véritable de la glande. Ce diagnostic ne

(1) CIVALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 2^e édit. Paris, 1850, t. II, p. 476.

peut être établi que par la marche des accidents.

Une fois constituée, la phlegmasie se laissera reconnaître à la violence des douleurs périnéales, à l'intensité des troubles fonctionnels, rétention, troubles de la miction, et surtout à la tuméfaction douloureuse de la prostate. A cette période de la maladie, le toucher doit être pratiqué avec la plus grande douceur. Il n'est pas rare de voir ce mode d'exploration provoquer des douleurs très vives avec spasme du sphincter anal. « Il faut largement enduire d'un corps gras l'orifice anal avant d'y présenter le doigt, qui sera également bien graissé. De cette façon l'introduction est toujours facile, exempte de douleurs, et le doigt peut être profondément poussé s'il est doucement introduit (1). »

Lorsque le pus est formé, c'est encore le toucher qui, seul, donnera des renseignements précis sur l'état de la glande, sur l'évolution ultérieure de la maladie et sur le degré de participation du tissu cellulaire périprostatique.

On n'oubliera pas que des collections purulentes assez volumineuses peuvent exister au sein du parenchyme prostatique, sans que le volume de la glande soit notablement modifié, mais cela est tout à fait exceptionnel. On a dit que les symptômes fonctionnels étaient très différents, suivant que l'abcès était cortical ou voisin de l'urèthre. Il est vrai que les symptômes vésicaux prédominent sur les phénomènes rectaux dans la prostatite et que les troubles de la défécation ont plus d'importance lorsqu'il s'agit d'un phlegmon périprostatique d'emblée; les phénomènes de rétention peuvent même faire défaut dans ce der-

(1) GUYON, *Éléments de chirurgie clinique*, Paris, 1873, p. 57.

nier cas. Mais la division tranchée que certains auteurs ont admise à propos des abcès intra-prostatiques est certainement trop schématique et l'exploration directe peut, seule, guider sûrement le diagnostic.

Lorsque toute la glande est détruite, la caverne prostatique se laisse facilement reconnaître par les sensations qu'elle donne au doigt, par l'ensemble des symptômes que nous avons décrits, et par les données que fournissent les instruments explorateurs introduits dans le canal. Quand la poche est pleine de pus, la fluctuation est manifeste. Ailleurs la prostate est flasque, aplatie, et les pressions qu'on exerce sur sa face rectale font refluer par l'urèthre le pus contenu dans le foyer.

Ce dernier phénomène s'observe aussi dans les cas de cavernes prostatiques à parois coriaces et indurées. Si la caverne communique avec l'urèthre, la vessie se vide en partie par le canal, en partie dans la poche qui se laisse distendre, puis l'urine s'échappe goutte à goutte, et l'on observe une variété d'incontinence qu'il est utile de savoir distinguer. En pénétrant avec l'extrémité d'une sonde dans une poche de cette nature, on a la sensation d'une cavité trop petite pour être la vessie, trop spacieuse pour n'être que l'urèthre dilaté. Chassaignac dit, à ce propos, que : « Lorsque l'esprit n'est pas prévenu de l'existence de ces cavernes prostatiques, on peut croire qu'on est arrivé dans une vessie rétractée et profondément altérée. Une telle méprise empêcherait de pénétrer dans la vessie et de remédier aux accidents qu'entraîne la lésion réellement existante (1). »

(1) CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*. Paris, 1839, t. II, p. 436.

Lorsque les lésions prostatiques sont anciennes, lorsque les parties molles de la région sont indurées par des trajets fistuleux, et surtout lorsque le rectum lui-même participe aux phénomènes inflammatoires, ou se trouve le siège d'un rétrécissement, le diagnostic offre parfois de grandes difficultés. La paroi rectale se présente au doigt comme un mur calleux, induré ou déformé, et l'analyse des sensations perçues par le toucher seul devient très difficile. Dans les cas de ce genre, l'étude attentive des antécédents, l'exploration minutieuse du canal et des fistules, devront concourir pour une large part à la détermination exacte des lésions et de leurs causes.

Les trajets fistuleux peuvent être explorés avec une grande précision à l'aide des stylets et des injections colorées. Il est au surplus quelques symptômes qui ne laissent aucun doute sur la nature des lésions. L'issue de l'urine, par le rectum ou le périnée, est de ce nombre. L'urine sort par l'anus ou par les trajets fistuleux, au moment de la miction seulement. L'écoulement n'est pas incessant et se distingue par là de celui qu'on observe en cas de fistule vésico-rectale. On sait inversement que les matières fécales et les gaz venus du rectum peuvent s'engager dans la perte de substance prostatique et de là gagner le canal de l'urètre. Sur l'un des malades de M. Guyon, l'issue des gaz rectaux par l'urètre s'accompagnait d'un sifflement singulier, et j'ai observé un cas dans lequel la communication uréthro-rectale se révélait aussi par un phénomène assez curieux. Le malade, atteint de rétrécissement rectal et soumis à la dilatation par les mèches, rendait chaque jour par l'urètre une quantité notable de cérat. (*Voy. obs.* 19.)

Les signes qui permettent le diagnostic des abcès prostatiques, à leurs différentes périodes, nous sont maintenant connus, et je puis aborder l'étude de leur diagnostic différentiel.

Quelques auteurs font le diagnostic différentiel de la prostatite et des *calculs* de la vessie; et Thompson pense que, « dans la prostatite, il y a souvent un peu de sang à la fin de la miction comme dans la pierre (1) ». Une pareille confusion paraît difficile et je n'insisterai pas.

La *cystite* du col présente certaines analogies avec la prostatite, mais elle s'en distingue par une série de considérations que l'on trouve réunies dans le tableau suivant emprunté à M. Fournier (2).

DANS LA CYSTITES DU COL

DANS LA PROSTATITE

- | | |
|---|--|
| I. Ténosme vésical caractéristique, envies d'uriner fréquentes, impérieuses. | I. Ténosme vésical bien moindre, ténosme rectal plus accusé. (Ajoutons comme caractère important que la fréquence des mictions n'est pas augmentée.) |
| II. Miction spécialement douloureuse au moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées. A ce moment, épreintes convulsives caractéristiques. | II. Rien de semblable. |
| III. Dans les derniers temps de la miction, excretion d'un liquide dysentérique mélangé de pus et de sang; souvent aussi, excretion de sang pur. | III. Rien de semblable, urines normales. |
| IV. Simple sensibilité périnéale, | IV. Douleurs périnéales pro- |

(1) THOMPSON, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. xxv, n. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, trad. française. Paris, 1874.

(2) FOURNIER, article *Blennorrhagie*, loc. cit.

douleur d'irradiation vers l'anus bien moins violente que dans la prostatite.

V. Prostate normale.

VI. Pas de rétention d'urine.

VII. Peu ou point de symptômes généraux.

fondes, très vives, accrues par les mouvements, par la défécation etc., etc.

V. Au toucher rectal, tumeur prostatique très douloureuse, dure, etc., etc.,

VI. Dysurie, rétention d'urine.

VII. Symptômes généraux assez accentués, fièvre, inappétence, etc., etc.,

Les différences symptomatiques sont, on le voit, assez nettes, et d'ailleurs le toucher rectal est là pour lever toute difficulté.

La *cowpérite*, soit à son début, soit à la période suppurative, peut en revanche, ne pas être aussi aisée à reconnaître. Cela est d'autant plus vrai que les conditions pathogéniques habituelles de la maladie sont les mêmes que dans la prostatite. La petite distance qui sépare les glandes peut aussi contribuer à augmenter les difficultés du diagnostic, surtout lorsqu'à une période avancée de la maladie, toute la région est devenue phlegmoneuse. On pourra cependant reconnaître presque toujours la non-participation de la prostate par le toucher direct. L'exploration méthodique du canal avec une bougie à boule fournira de son côté des renseignements précieux, en dénotant l'absence de phénomènes douloureux au niveau de la portion prostatique du canal.

D'ailleurs, la marche de la *cowpérite* présente certains caractères spéciaux. Il s'agit au début, comme l'a montré le professeur Gubler (1), d'une tumeur phlegmoneuse adhé-

(1) GUBLER, *Des glandes de Méry et de leurs maladies chez l'homme*. Th. doct. Paris, 1849.

rente au bulbe, limitée au point occupé par les glandes de Méry et n'ayant originellement aucune communication appréciable avec l'urèthre. Enfin, suivant l'observation très juste de M. Le Dentu, le pus de la *cowpérite* pointe beaucoup plus rapidement vers le périnée que celui de la prostatite, et, de plus, les symptômes vésicaux sont toujours beaucoup moins accusés dans l'inflammation des glandes de Méry que dans celle de la prostatite. Ricord et Gubler vont même jusqu'à nier la possibilité d'une rétention complète dans la *cowpérite*. Mais c'est une exagération; car, sur neuf observations, Voillemier (1) l'a notée deux fois, et l'ancienne opinion de J.-L. Petit se trouve ainsi confirmée.

L'inflammation des *vésicules séminales* se reconnaît par la présence d'une ou deux tumeurs oblongues, résistantes, douloureuses, situées au-dessus de la prostate, et par les quelques symptômes qui semblent caractériser cette maladie (sperme rouillé, etc.).

M. Picard (2) pense que les sympexions contenues dans les vésicules séminales peuvent, lorsqu'ils sont trop volumineux, donner lieu à des symptômes douloureux susceptibles de créer certaines difficultés de diagnostic. Je ne crois pas que l'hésitation puisse être bien longue dans les cas de ce genre. Voici d'ailleurs l'observation rapportée par M. Picard à l'appui de son dire. Le malade, soigné par M. Reliquet, avait les conduits éjaculateurs oblitérés par les corps que nous venons de nommer. C'était un homme de 35 ans, qui avait éprouvé brus-

(1) VOILLEMIER, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. 1^{er} (Maladies de l'urèthre), p. 46. Paris, 1868.

(2) PICARD, *Traité des maladies de la prostate*. Paris, 1877.