

relaté un fait plus démonstratif encore : « J'ai eu l'occasion, raconte-t-il, d'observer un chancre (syphilitique) du museau de tanche sur une femme affectée de prolapsus utérin; le col pouvait, en telle condition, être aussi facilement saisi entre les doigts et aussi délicatement exploré que l'extrémité de la verge. Eh bien, la base de ce chancre présentait une *induration toute spéciale*, chondroïde, presque ligneuse, qui se détachait très distinctement de la dureté propre à l'organe sur lequel s'était développée la lésion. »

Toutefois, je le répète, l'induration n'est qu'exceptionnellement perçue sur le col, et c'est là un signe sur lequel il ne faut guère compter.

Adénopathie. — Théoriquement, elle doit se faire dans les ganglions pelviens, où elle n'a pas encore été perçue, que je sache. — Plusieurs fois cependant (et cela dans des cas où aucune lésion contemporaine n'existait à la vulve) on l'a constatée dans les aines, ce qui n'est explicable anatomiquement que par une anastomose entre les lymphatiques du col et ceux du vagin.

Évolution, durée. — Un fait remarquable et très essentiel à enregistrer est la tendance spontanée du chancre utérin à la réparation. Traité ou non, ce chancre guérit, et, de plus, guérit vite. Parfois même il se modifie et change absolument d'aspect en l'espace de quelques jours. Lors d'un premier examen, je suppose, on l'a constaté à l'état de lésion papuleuse, recouverte d'une sorte de couenne lardacée, et s'attendant d'une façon formelle pour une lésion toute spéciale; puis, à échéance de trois à quatre jours, changement absolu : plus de couenne, plus de papule, plus de physionomie distinctive; rien autre qu'une érosion rougeâtre, commune, banale, *innocente* d'aspect, si bien qu'alors tout observateur constatant cette érosion pour la première fois ne songerait en rien à la prendre pour un chancre et la considérerait sans défiance comme la lésion la plus vulgaire et la moins suspecte du monde. — Est-ce assez dire que ce chancre utérin, à moins d'être surpris au cours de la courte période où il conserve sa physionomie distinctive, a toutes chances pour rester méconnu ?

Puis, modifié de la sorte, il achève en général de se réparer rapidement. Je l'ai vu toutefois rester stationnaire sous cette forme pendant un certain temps, à l'état d'érosion rougeâtre. — Finalement, il se cicatrise sans laisser de stigmates.

Sa durée n'aurait encore être déterminée d'une façon précise, car on ignore toujours quand il a débuté. Approximativement, je crois qu'on peut l'évaluer à quelques semaines.

Résumé. — Au total, le chancre utérin peut siéger sur tous les points du col; — tel qu'on l'a observé jusqu'à ce jour, c'est un chancre généralement unique; — de petite étendue; — sans configuration spéciale; — simplement remarquable par sa qualité de

lésion papulo-érosive en plateau et sa couleur d'un *gris lardacé*; — ne se trahissant par aucune douleur, par aucun trouble fonctionnel; — à sécrétion minime, insignifiante; — inexplorable de base ou n'offrant qu'exceptionnellement une induration appréciable; — évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la guérison; — offrant très hâtivement l'aspect d'une lésion banale, et susceptible à ce titre d'être fréquemment méconnu.

Diagnostic. — Trois lésions doivent être mises en parallèle avec le chancre du col. A savoir :

I. — En première ligne, *érosions de métrite muqueuse*, inflammatoire, catarrhale, granuleuse. Sans aucun doute, c'est avec de telles lésions que le chancre du col est le plus facilement et le plus souvent confondu. Et cependant il s'en différencie par des signes nombreux. Ainsi :

Les érosions de métrite muqueuse ont pour caractères : de rayonner de l'orifice utérin; — de se prolonger surtout sur la lèvre inférieure du col, et de pénétrer le plus souvent dans la cavité cervicale. — Elles sont rougeâtres, fréquemment granuleuses, et ne se revêtent que très rarement d'enduits grisâtres, pseudo-membraneux. — Elles s'accompagnent toujours d'un certain degré de tuméfaction du col, de douleurs utérines avec irradiations inguinales ou lombaires, d'écoulement catarrho-purulent, de troubles menstruels, etc. Bref, elles font partie d'un ensemble clinique dont le processus ulcératif n'est qu'un élément accessoire. — Tout au contraire, le chancre irradie moins régulièrement de l'orifice du col, occupe même assez souvent une situation excentrique par rapport à cet orifice, ne se prolonge que très exceptionnellement dans la cavité cervicale, se présente sous forme d'une papule grise, opaline, et ne détermine ni douleurs, ni suintement appréciable. — Finalement, l'évolution est significative : rapide avec le chancre; longue, chronique, indéfinie, avec les érosions d'un autre ordre.

II. — L'*herpès* constitue parfois sur le col des érosions plus ou moins larges, plates, superficielles, rouges ou bien rendues grisâtres, opalines, par macération de l'épithélium des vésicules originelles affaissées. Sous cette forme, certes, il peut simuler le chancre. On l'en distinguera cependant par deux particularités sur lesquelles j'ai déjà assez insisté précédemment pour n'avoir plus qu'à les énoncer ici, à savoir : 1° tracé *polycyclique* et *microcyclique* du contour de la lésion; — 2° existence fréquente, au pourtour de l'érosion principale, d'autres érosions *miliaires*, arrondies, que leur ténuité suffit à signaler comme herpétiques.

III. — *Chancre simple.* — Suivant les cas, le chancre simple du col utérin sera facile ou difficile à différencier du chancre syphilitique de même siège.

Les cas faciles sont ceux où le chancre simple affecte la forme

ulcéreuse, à entamure profonde, à bords nettement entaillés, à fond jaune, à suppuration crémeuse ; — ceux encore où il se dénonce par la multiplicité de ses lésions (comme sur l'une de mes malades qui était affectée de *trois* chancres du col et de *douze* chancres de la paroi inférieure du vagin). Nulle erreur possible en pareille occurrence.

Mais il s'en faut que les choses se présentent toujours de la sorte. D'abord le chancre simple du col peut être unique ; unique, soit parce qu'il occupe à lui seul la presque totalité du museau de tanche, soit parce qu'il s'est fusionné avec d'autres chancres voisins, de façon à ne plus constituer qu'une seule plaie à un moment donné. Ce chancre, en second lieu, *prend souvent sur le col la forme papuleuse*, particularité peu connue et particularité très insidieuse en ce qu'elle confère à la lésion la physionomie soit du chancre syphilitique utérin, soit même d'une papule secondaire.

En de tels cas, de quels signes dispose le diagnostic différentiel ?

L'unicité de la lésion ne fournit qu'une donnée de peu de valeur, une présomption, et rien de plus. — L'étendue de la lésion n'a également qu'une signification très relative, car le chancre syphilitique du col, bien qu'habituellement restreint comme étendue, peut égaler comme proportions le chancre simple. — L'état de la surface et la couleur constituent assurément de meilleurs signes. Le chancre simple, en effet, quoique souvent papuleux sur le col, offre parfois des *inégalités de surface*, des dépressions, des anfractuosités qu'on n'observe pas sur le chancre syphilitique. Sa couleur aussi est habituellement *jaune* plutôt qu'opaline, et d'un ton plus vif, plus animé, que la teinte soit rosée, soit gris pâle ou blanchâtre, de ce dernier.

Toutefois, il faut en convenir, de tels éléments sémiologiques sont bien insuffisants en général, et le diagnostic resterait plus d'une fois incertain, si l'on n'avait pour l'établir que ces seules données objectives. Fort heureusement, le diagnostic différentiel peut être souvent institué d'une façon *indirecte* par d'autres signes qu'il me reste à faire connaître.

Le meilleur de ces signes, le signe *pratique* par excellence, est tiré de l'examen de la région vulvaire.

S'agit-il d'un chancre syphilitique du col, de deux choses l'une : ou bien on ne trouvera rien à la vulve, et cette *absence d'accidents vulvaires* sera par elle seule un indice d'une grande valeur, car il n'est guère que le chancre syphilitique qui s'isole ainsi sur le col ; presque invariablement, au contraire, le chancre simple du col s'accompagne d'autres chancres vulvaires de même espèce ; — ou bien on trouvera à la vulve d'autres chancres, mais quels chancres ? Des chancres indurés, dont la nature syphilitique sera plus aisément constatable, et ceux-ci (à ne pas tenir compte de l'hypo-

thèse exceptionnelle d'une double contagion) attesteront d'une façon presque indiscutable la nature syphilitique du chancre utérin.

A-t-on affaire inversement à un chancre simple du col, presque toujours, presque nécessairement, on rencontrera d'autres chancres de même espèce soit dans l'ampoule vaginale, soit surtout à la vulve. Or, que signifieront ces chancres simples vulvaires ? De même que dans le cas précédent, ils témoigneront qu'en toute vraisemblance le chancre utérin doit être, comme eux, un chancre simple.

Donc, dans la plupart des cas, l'état de la vulve (c'est-à-dire ou bien l'absence d'accidents vulvaires ou bien la présence à la vulve d'accidents de nature plus aisément déterminable) éclairera sur la qualité de la lésion utérine et permettra de porter sur cette dernière un diagnostic sûr, d'une précision rigoureuse.

L'inoculation, en dernière analyse, pourrait être invoquée pour lever tous les doutes. Mais il est bien rare qu'elle soit nécessaire, et voici pourquoi. Si le chancre du col est d'essence syphilitique, l'absence d'accidents vulvaires est significative par elle-même et dispense presque d'avoir recours à la lancette. S'agit-il, au contraire, d'un chancre simple, c'est la nature qui presque toujours prend les devants et se charge de l'inoculer à la vulve, auquel cas il devient superflu d'ajouter une inoculation à celles qui déjà se sont produites spontanément.

Je conclurai donc en disant :

1° Que le diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre syphilitique du col utérin reçoit peu d'indications significatives du siège, de la forme, de l'étendue, voire du nombre des lésions, etc. ;

2° Que des signes déjà meilleurs lui sont fournis par les considérations tirées de la *teinte* des lésions et de leur *état de surface* ;

3° Que ce diagnostic, enfin, trouve indirectement un précieux indice dans l'*état de la région vulvaire*, à savoir : soit dans l'absence d'accidents à la vulve, soit dans la qualité des accidents *vulvaires concomitants*.

Le tableau suivant présentera résumé ce parallèle diagnostique des deux chancres sur le col utérin.

Chancre syphilitique :

- I. Habituellement *unique* sur le col, très rarement multiple.
- II. Presque toujours *restreint* comme étendue.
- III. Toujours *érosif* ou *papulo-érosif* ; — presque jamais ulcéreux.

Chancre simple :

- I. *Unique* ou, plus souvent, *multiple* ; — quelquefois *unique* par fusion de plusieurs chancres voisins.
- II. Souvent *assez étendu*.
- III. Parfois *ulcéreux*, entaillé ; — souvent aussi papuleux ; — quelquefois *inégalités de surface* (dépressions, anfractuosités) presque caractéristiques.

Chancre syphilitique :
(Suite).

IV. Offrant le plus souvent une teinte opaline, grise, lardacée, pseudo-membraneuse.

V. Coïncidemment : A la vulve, ou bien absence de toute lésion ; — ou bien, au cas contraire, un ou plusieurs chancres de nature syphilitique.

Chancre simple :
(Suite).

IV. Offrant une coloration jaune ou jaunâtre, d'un ton plus vif, plus animé, que la teinte gris sombre du chancre syphilitique.

V. Coïncidemment : A la vulve, et cela d'une façon presque usuelle, chancres simples, plus ou moins nombreux. — En certains cas même, chancres simples dans l'ampoule vaginale, au voisinage du col.

(Réserve faite pour le cas possible, mais très exceptionnel, d'une double contagion.)

VI. Auto-inoculation négative.

VI. Auto-inoculation reproduisant un chancre simple.

Conséquences obstétricales. — Le chancre utérin peut avoir des conséquences obstétricales alors qu'il prélude au terme d'une grossesse. Et rien que de très naturel à cela, car son mode de réaction sur le travail de l'accouchement est d'ordre purement mécanique. C'est, tout simplement, l'état du col qui, encore infiltré par le néoplasme chancreux, épaissi, dur, rigide, ne se prête pas à la dilatation nécessaire à l'expulsion du fœtus.

Cette rigidité plastique du col utérin, mettant obstacle à l'issue du fœtus, est donc exactement le pendant de celle du limbe préputial déterminant le phimosis.

Elle est susceptible de deux conséquences : ou bien un simple retard dans le travail, le col finissant à la longue par se laisser dilater ; — ou bien un obstacle absolu au travail, le col résistant d'une façon opiniâtre aux efforts de contraction. — Dans ce dernier cas, nécessité d'intervenir, et cela non pas par les méthodes douces (bains, douches, belladone, etc.), qui ne constituent en l'espèce que des atermoiements dangereux, mais par un débridement du col.

De là, naturellement, deux ordres de dangers : danger pour la mère, en raison de la longueur du travail et de l'intervention opératoire ; — et danger pour le fœtus, qui plus d'une fois est arrivé mort ou même qu'on a été forcé d'extraire soit par le forceps, soit par morcellement (1).

(1) La plupart des observations connues de dystocie par chancre utérin se trouvent réunies dans trois travaux intéressants dus à M^{lle} Marie MESNARD, thèse de Paris, 1884 ; — à M. le D^r DOLÉRIIS, *Arch. de tocologie*, 1885 ; — et à M. le D^r LE CAMUS, thèse de Paris, 1891. — Quelques autres ont été publiées depuis lors.

Il s'en faut que toutes soient démonstratives. Pour bon nombre même, la qualité chancreuse de l'induration qui a donné lieu à la rigidité du col est loin d'être positivement établie.

Aux faits contenus dans la science, j'ajouterai le suivant, encore inédit, provenant du service de mon collègue et ami le D^r BUDIX. C'est un spécimen typique

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Les chancres extra-génitaux ont pris une telle place et conquis une importance telle dans l'histoire clinique de la syphilis que j'ai été conduit à leur consacrer un chapitre spécial. A coup sûr, je ne saurais dans un traité général leur donner les développements que je leur ai accordés dans un autre de mes ouvrages (1) ; tout au moins l'obligation m'incombe-t-elle de signaler ici leurs particularités les plus essentielles, notamment en ce qui concerne leurs caractères cliniques et leur étiologie.

Fréquence. — On est déjà fixé par ce qui précède sur leur fréquence relative, que les statistiques évaluent à environ 7 p. 100 du nombre total des chancres de tout siège. Mais je dois rappeler que ce chiffre ne constitue qu'un *minimum*, et un minimum forcément inférieur à la réalité des choses. Cela, pour trois motifs : parce qu'en

des troubles dystociques et des dangers auxquels peut exposer un chancre utérin, alors qu'il se produit à une époque peu distante du terme de la grossesse.

« X..., primipare, âgée de vingt ans. — Rien de particulier dans les antécédents, tant héréditaires que personnels. — Réglée normalement depuis l'âge de douze ans.

» Le 27 avril 1897, la malade vient à la Maternité, où elle est admise au dortoir des femmes enceintes.

» Le 15 mai, apparition d'une roséole très nette, d'origine syphilitique, accompagnée de maux de gorge et de céphalée nocturne. — On ne peut retrouver la porte d'entrée de la syphilis.

» Le 31 mai, à six heures du soir, la malade est admise dans la salle de travail. Elle est en douleurs, et à terme.

» Il s'agit d'une présentation du sommet, occiput à gauche. Les bruits du cœur fœtal sont normaux ; les membranes de l'œuf rompues. Le *toucher vaginal* donne des renseignements fort importants : Le col utérin est complètement effacé ; la dilatation est de 2 centimètres environ. Mais les bords de l'orifice sont épaissis, infiltrés, saillants, et donnent au doigt le relief d'un bourrelet circulaire. Au milieu de la lèvre antérieure du col, on sent un *noyau* plus nettement induré que les parties voisines. Le doigt circonscrit facilement les limites de ce noyau, tandis que le spéculum ne donne que fort peu de renseignements. On pose le diagnostic de *chancre induré du col utérin*, avec œdème et induration des parties voisines. D'autre part, en présence du col utérin à pourtour infiltré, induré, on pense que le travail de l'accouchement sera forcément très difficile.

» Le 2 juin, à cinq heures du soir, on met sur les lèvres du col utérin l'écarteur de Tarnier. Malgré des contractions utérines énergiques et des bains prolongés, la dilatation utérine reste toujours la même, et cependant *la malade est en travail depuis plus de quarante-huit heures.*

» Le 3 juin, à cinq heures du matin, la dilatation est toujours la même. Mais les bruits du cœur fœtal sont précipités et le liquide amniotique est très fétide. La température de la mère s'est élevée à 38°,7 et le pouls donne 130 pulsations.

» Le 3 juin, à neuf heures du matin, la dilatation du col n'a encore atteint que 5 centimètres. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perceptibles. — Il est évident que la malade ne pourra accoucher seule, en raison de l'obstacle constitué par l'induration des lèvres du col. M. Budin fait sur le col utérin deux incisions latérales, dirigées un peu en arrière, et extrait le fœtus par une application de forceps. — Les suites de couches n'ont rien présenté d'anormal. » (Observation recueillie par M. Salmon, interne des hôpitaux.)

(1) Voir *Les chancres extra-génitaux*, leçons recueillies par Edmond FOURNIER Ruff, 1897.