

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 poulx 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.

raison même de leur localisation insolite, bon nombre de ces chancres extra-génitaux restent méconnus des malades et passent inaperçus ; — parce que bon nombre d'autres, même soumis à un examen médical, ne sont pas diagnostiqués pour ce qu'ils sont ; — parce que d'autres encore échappent à nos statistiques, drainés qu'ils sont par des cliniques spéciales, à savoir : les chancres oculaires par les cliniques ophthalmologiques, les chancres des doigts, généralement pris pour des panaris, par les cliniques chirurgicales, etc. Ce chiffre de 6 à 7 p. 100 est donc susceptible bien sûrement d'une certaine *majoration* ; il pourrait, je crois, être élevé sans exagération à 8 ou 9, si ce n'est même à 10 p. 100. C'est-à-dire que, sur 100 chancres de tout siège, il en est environ 8, 9 ou 10 de localisation extra-génitale contre 90 à 92 affectant les organes génitaux ou les régions avoisinantes.

Siège. — I. — Les chancres extra-génitaux *sont très inégaux comme fréquence suivant les régions.* Voici, en effet, ce que démontre ma statistique personnelle à cet égard :

Chancres de la région céphalique.....	849 cas.
— du membre supérieur.....	78 —
— de l'anüs et de la région péri-anale.....	77 —
— du sein.....	59 —
— du tronc (thorax, abdomen, fesses).....	33 —
— du membre inférieur.....	14 —
— de la région cervicale.....	14 —
Total.....	1124 cas.

II. — Cette même statistique met encore en pleine évidence un second fait d'intérêt majeur en l'espèce, à savoir : le *prodigieux excès de fréquence des chancres céphaliques* par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux. Elle ne contient pas moins, en effet, de 849 cas de chancres céphaliques sur un total de 1.124 chancres extra-génitaux de tout siège. Cela donne, au calcul, une proportion de 75 chancres céphaliques sur 100 chancres extra-génitaux de toute localisation. C'est-à-dire que les chancres céphaliques constituent à eux seuls les *trois quarts* des chancres extra-génitaux qu'on rencontre en pratique.

Diverses raisons expliquent cet excès de fréquence. C'est, d'abord, que la tête est la région où se porte usuellement le baiser ; — c'est qu'elle est exposée à diverses contaminations professionnelles dont je parlerai dans un instant ; — c'est qu'elle se présente à découvert, non protégée conséquemment contre divers risques de contamination ; — c'est, enfin, qu'elle porte trois muqueuses, districts de moindre résistance contre la pénétration des contagés, etc.

III. — Mais, à leur tour, les diverses régions céphaliques ne sont pas également sujettes à subir la contamination. En ce qui concerne la fréquence relative du chancre sur les trois grands départements de

la tête (visage, bouche, cuir chevelu), la statistique nous fournit les résultats suivants :

Bouche.	Chancres des lèvres.....	567
	— de la langue.....	75
	— de l'amygdale.....	69
	— des gencives.....	11
	— du palais, du voile et des piliers.....	4
	— de la muqueuse des joues.....	1
Face...	— du menton.....	54
	— des joues.....	24
	— de l'œil.....	21
	— du nez.....	18
	— du front.....	2
Cuir chevelu.....		3
Total.....		849

La bouche est donc par excellence le foyer prédominant des chancres céphaliques.

Et, à la bouche, la localisation prédominante se fait sur les lèvres. A lui seul le chancre labial est trois fois plus fréquent que tous les autres chancres buccaux réunis.

CHANCRÉS BUCCAUX.

Étiologie. — La syphilis peut être portée à la bouche de cent façons différentes. Le plus souvent elle y trouve accès par tel ou tel des trois modes de contamination que voici :

1° Par *contagion génito-buccale* (périphrase qui me dispensera d'un commentaire scabreux).

2° Bien plus souvent, par *contagion bucco-buccale*. D'une part, en effet, la bouche est par excellence un « foyer de vérole », un véritable « nid de germes contagieux », en raison de l'excessive fréquence des lésions secondaires qui y pullulent véritablement. Et, d'autre part, elle a pour agent de transmission de ces germes un mode de contact essentiellement usuel, à savoir le *baiser*, et le baiser de tout ordre, c'est-à-dire non pas seulement le baiser de l'amour, mais le baiser de l'amitié, voire le baiser familial et respectueux.

Le **péril du baiser en état de syphilis** est immense. C'est par milliers qu'on pourrait citer les observations de syphilis dérivant du baiser de l'amour. Et les contaminations par le baiser de l'amitié ne laissent pas aussi d'être assez nombreuses. Pour ma seule part, j'ai dans mes notes huit cas où des malades affectés de lésions secondaires de la bouche ont contagionné leurs parents (frère, sœur, père, mère, fille, etc.). — C'est donc pour le médecin qui traite un syphilitique