

Veillez remarquer que je ne fais, pour le moment, aucune allusion à la partie molle du voile du palais, qui est, elle aussi, le siège assez fréquent de lésions syphilitiques tertiaires, lésions gommeuses pouvant aboutir insidieusement à la perforation. Je ne m'occupe pas aujourd'hui de ce côté de la question et je ne vise que les perforations de la *voûte osseuse* du palais.

Un premier point à préciser, c'est la pathogénie de ces perforations. La perforation est-elle la conséquence d'une lésion syphilitique, lésion gommeuse ou ostéo-périostique ayant débuté par la voûte palatine; en un mot, est-ce du côté de la bouche que débute la lésion qui doit aboutir à la perforation? Non, le processus nécrosant ne débute pas par la voûte palatine, il débute par le plancher des fosses nasales. Règle générale, la rhinite syphilitique précède presque toujours la perforation de la voûte (je parle de la voûte et non du voile du palais). On a cru pendant longtemps que les perforations syphilitiques de la voûte palatine se faisaient de la bouche vers le nez, c'est une erreur; c'est par le nez que débute la lésion et c'est du nez vers la bouche que se fait la perforation; l'étape nasale précède l'étape buccale. Cette opinion a été émise par M. Fournier, par M. Duplay, et je suis absolument d'accord avec eux.

Du reste, si nous considérons dans son ensemble la syphilis des fosses nasales, nous voyons que cette syphilis nasale est un centre d'où émergent les lésions syphilitiques du voisinage. Que la rhinite syphilitique attaque primitivement ou secondairement la muqueuse, le périchondre, les cartilages, le périoste, les os, elle a souvent des caractères d'insidiosité qui peuvent la faire méconnaître par un observateur inattentif. Trop fréquemment, ainsi que le dit avec juste raison M. Fournier, la rhinite syphilitique est prise par les malades « pour un rhume de cerveau qui n'en finit pas »; trop souvent on la prend pour un coryza chronique mis sur le compte du soi-disant herpétisme ou de l'ancienne scrofule. Pendant des semaines et des mois, un individu mouche des mucosités épaisses et purulentes,

des croûtes se forment dans le nez, il ne s'en inquiète pas autrement; il se contente de faire des irrigations nasales ou de priser des poudres composées, et pendant cette période insidieuse qui peut durer six mois, un an, le travail souterrain accomplit son œuvre et des accidents parfois redoutables se préparent.

Chez l'un, la rhinite syphilitique aboutit à la nécrose des os propres du nez; la charpente osseuse s'effondre, le nez paraît écrasé à sa racine, comme par un coup de marteau, le bout du nez se relève et se retrousse, comme chez notre malade de la troisième observation. Chez l'autre, la rhinite syphilitique aboutit à la destruction de la voûte cartilagineuse qui forme la charpente inférieure du nez. Cette voûte cartilagineuse étant détruite, le segment inférieur du nez s'affaisse et subit un recul en arrière; il y a invagination du segment inférieur dans le segment nasal supérieur; en tirant le bout du nez, on peut lui rendre pour un instant sa conformation normale, mais, aussitôt après, il s'enclasse de nouveau, c'est le nez en lorgnette (Fournier), dont vous avez vu dans le service de remarquables exemples.

Parfois, la syphilis nasale atteint l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur; il en résulte une dacryocystite, avec ou sans abcès, ainsi que vous l'avez constaté chez trois de nos malades.

Dans quelques cas, heureusement rares, la syphilis nasale attaque des régions autrement redoutables, elle atteint la paroi supérieure des fosses nasales, la lame criblée de l'ethmoïde et le sphénoïde. L'ostéo-périostite syphilitique de cette région se propage facilement à la cavité crânienne et y détermine des lésions multiples: méningo-encéphalite, abcès du cerveau, phlébite des sinus. Cette syphilis « nasocrânienne », ainsi que l'appelle M. Fournier<sup>1</sup>, est des plus graves; à la phase nasale fait suite la phase cérébrale avec tout le cortège de la méningo-encéphalite: douleurs frontales, vomissements, paralysie des nerfs crâniens, hémiplegie, convulsions épileptiformes, état apoplectiforme, coma mortel.

1. Fournier. *Annales des maladies du nez et du larynx*, Paris, 1882.



Cet aperçu général de la syphilis des fosses nasales vous prouve que, sous les apparences parfois insidieuses d'une simple rhinite chronique, la syphilis nasale expose à des déformations irrémédiables, à l'effondrement du nez et aux terribles accidents de la syphilis naso-cranienne.

Eh bien, après cette énumération rapide des méfaits de la syphilis nasale, arrêtons-nous longuement sur la perforation syphilitique naso-buccale qui fait le sujet de cette leçon. La perforation de la voûte, vous ai-je dit, ne débute pas par la voûte, elle fait suite à la syphilis nasale. Voici comment la pathogénie de cette perforation est comprise par M. Fournier et par M. Duplay : « Consécutivement à des syphilides tuberculo-ulcéreuses ou à des périostoses gommeuses du plancher des fosses nasales, dit M. Fournier, un segment plus ou moins large du maxillaire supérieur se trouve dénudé au niveau de ces lésions et se nécrose. Survient une phlegmasie éliminatrice périphérique, comme à propos de toute nécrose. Un abcès se constitue alors sous la muqueuse qui tapisse la face inférieure de l'os malade, c'est-à-dire sous la muqueuse palatine. Cet abcès s'accuse dans la bouche sous forme d'une petite tumeur hémisphérique du volume d'un noyau de cerise, puis d'une noisette. A un moment donné, il s'ouvre spontanément ou est ouvert par la main du chirurgien. Bientôt, son orifice s'élargit par ulcération excentrique, et alors apparaît à nu, sur la voûte palatine, une partie du segment nécrosé.

Les choses restent ainsi en l'état pendant un temps assez long, sans autres troubles fonctionnels. Finalement, le segment de nécrose se sépare, tombe, et alors en un instant se trouve constituée, à la grande stupéfaction du malade, une perforation palatine plus ou moins étendue, avec les deux troubles majeurs qui en sont la conséquence nécessaire et que je me bornerai à vous signaler sans les décrire, à savoir : altération de la voix, et reflux nasal des aliments ou des liquides introduits dans la bouche »<sup>1</sup>.

Il y a donc dans l'évolution de ce processus syphilitique

1. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886, p. 371.

naso-buccal deux phases bien distinctes. Pendant la première phase, souvent lente et insidieuse, le processus est purement nasal; la lésion se traduit par les symptômes d'un coryza chronique avec ozène, croûtes, sécrétion muco-purulente et formation de séquestres, facilement appréciables par l'exploration au stylet. A cette phase nasale, qui pendant une longue période, on ne saurait trop le répéter, est souvent insidieuse et à peu près indolente, fait suite la phase buccale et la perforation. Cette perforation occupe habituellement la ligne médiane de la voûte palatine, un peu en avant des os palatins; elle succède « à la nécrose partielle soit d'un maxillaire, soit des deux maxillaires et du vomer à leur point de convergence ». La perforation est arrondie ou ovalaire; au début, elle a les dimensions d'une tête d'épingle, d'une lentille; plus tard, elle est grande comme une pièce de cinquante centimes, et bien au delà, car elle peut envahir une partie de la voûte palatine.

Du côté de la bouche, la lésion palatine qui prépare la perforation est, elle aussi, fort indolente, ainsi que vous l'avez constaté dans la plupart de nos observations. Ainsi notre malade de la salle Saint-Christophe ne s'était aperçu de rien, jusqu'au jour où la fumée de sa cigarette repassant par le nez fut l'indice de la perforation. Ce fut un incident de même nature qui apprit au malade venant de Montevideo que sa voûte palatine venait de se perforer. Le joueur de cornet à piston n'avait éprouvé aucune douleur dans la bouche, lorsque la perforation survint soudain au milieu d'un bal où il faisait sa partie comme musicien.

Au moment de sa formation, la perforation palatine n'a pas toujours l'apparence d'un trou; elle peut n'être qu'une simple fissure entre les parties saines et le séquestre nécrosé; c'était le cas chez la malade de notre seconde observation. « Le trou » n'existe vraiment que lorsque le séquestre a été éliminé. Cette élimination peut être lente, le fragment nécrosé étant progressivement émietté; elle peut être brusque, le fragment étant évincé en bloc, comme chez le joueur de cornet à piston. Lente ou brusque, l'élimination du séquestre ne laisse habituellement à sa place qu'une perforation de



petite dimension. A ce moment, la petite perforation palatine est parfaitement curable, soit spontanément, comme chez la malade de notre troisième observation, soit par le traitement mercuriel, comme chez une femme entrée salle Sainte-Jeanne, n° 7, il y a quelques semaines.

Généralement, la perforation palatine syphilitique abandonnée à elle-même tend à s'accroître. Le processus syphilitique ulcéro-nécrosant, qui rappelle à la fois l'ostéite raréfiante et le phagédénisme, poursuit lentement ses progrès; dans sa marche envahissante, la perforation acquiert en deux ou trois ans la dimension d'une pièce de cinquante centimes; en quatre ou cinq ans, elle a la dimension d'une pièce de deux francs; en dix ans, comme chez notre malade de la salle Saint-Christophe, elle atteint le volume d'une petite noix, et avec le temps elle devient encore plus envahissante, comme chez le malade que j'adressai à M. Berger. C'est même une chose assez surprenante de voir la syphilis s'acharner ainsi sur une région, et poursuivre lentement ses ravages pendant dix et quinze ans, tout en laissant indemne le reste de l'organisme.

J'ai plusieurs fois constaté ces localisations électives de la syphilis sur le tissu osseux ou ailleurs. J'ai vu, il y a une quinzaine d'années, rue de Bourgogne, avec mon ami, le D<sup>r</sup> Libermann, un malade atteint d'une lésion simulant l'éléphantiasis de la jambe droite. Cette lésion, compatible avec une excellente santé, durait et progressait lentement depuis bien des années. Le malade, ayant eu autrefois la syphilis, Libermann eut l'idée d'attaquer le mal par des injections de peptonate de mercure; le résultat fut des plus remarquables et le malade guérit complètement. A peu près à la même époque, j'ai donné mes soins à un homme d'une soixantaine d'années, dont la jambe était douloureuse, volumineuse, déformée et œdémateuse; on avait diagnostiqué un ostéo-sarcome du tibia; on parlait même d'amputation de la jambe. La lésion osseuse durait depuis sept ans, ce qui me parut long pour un ostéo-sarcome, d'autant plus que l'état général était excellent. Les douleurs, à différentes reprises, avaient été

très vives pendant la nuit. Je pensai à la syphilis, j'instituai le traitement spécifique et j'obtins en six mois la guérison totale de cette jambe qu'on voulait amputer.

La syphilis, sous forme ulcéro-nécrosante ou sous forme hypertrophiante, peut donc se cantonner à une région osseuse et s'y développer lentement, tout en respectant le reste de l'économie; ne l'oubliez pas.

Ces localisations électives de la syphilis ne sont pas spéciales au tissu osseux, on les retrouve ailleurs. Vous avez vu, l'an dernier, salle Sainte-Jeanne, une femme atteinte d'une gomme géante de la jambe, qui s'était immobilisée là, sans autres accidents. Nous avons, actuellement dans nos salles, deux malades atteints, l'un de névralgie sciatique datant de quatre ans, l'autre de névralgie du nerf trijumeau datant de quatorze ans; la syphilis s'est immobilisée sur ces troncs nerveux sans se révéler pendant bien des années par d'autres manifestations; je vous présenterai prochainement ces deux malades guéris par le traitement mercuriel.

On n'est pas assez familiarisé avec ces localisations électives de la syphilis, on les méconnaît trop souvent parce qu'on croit la syphilis incapable de s'éterniser sur un point de l'économie tout en respectant le reste de l'organisme, et cependant, vous venez d'avoir la preuve que pendant sept ans, dix ans, dix-sept ans, le processus syphilitique en activité peut délabrer lentement la voûte palatine et les fosses nasales tout en laissant parfaitement indemne le reste de l'économie.

Revenons à la description de nos perforations palatines. Les symptômes varient suivant les dimensions de la perforation. Si la perforation est réduite à une simple fissure ou à une ouverture insignifiante, le reflux de quelques gouttes de boisson par le nez et le timbre légèrement nasonné de la voix en sont les seuls symptômes; mais si la perforation est plus grande, le nasonnement de la voix, la déféctuosité de la prononciation, le reflux des boissons et des aliments solides par le nez en sont la conséquence. Ces symptômes rappellent la paralysie du voile du palais; de part et d'autre,



mêmes troubles de déglutition et de prononciation. Avec les grandes perforations, comme chez notre malade de la salle Saint-Christophe, la parole est presque inintelligible.

Outre le retentissement nasal qui dénature la voix, certains mots, certaines lettres ne peuvent être prononcés. Ainsi, le *b* et le *p* sont articulés comme *m*, pour les raisons que voici : à l'état normal, les lettres *b* et *p* sont formées par la colonne d'air expiré, qui écarte brusquement les lèvres et les met en vibration ; mais quand la voûte palatine est perforée, la colonne d'air expiré perd sa force en se séparant en deux parties : l'une qui écarte mollement les lèvres et n'arrive qu'à produire *m*, et l'autre qui passe dans les fosses nasales, où elle retentit sous forme de *voix nasonnée*. Le malade peut remédier en partie à cet inconvénient en se pinçant le nez. La déglutition est rendue fort difficile par la perforation de la voûte, parce qu'au moment où les aliments solides et liquides cheminent, pressés d'avant en arrière, entre la langue et le palais, ils rencontrent un trou, ils s'y engagent et repassent par le nez. Aussi, malgré tous les subterfuges employés par le sujet, le plus léger repas devient-il un travail pénible et laborieux.

La perforation de la voûte palatine se traduit encore par d'autres symptômes, tels que l'impossibilité ou la difficulté de sucer, de siffler, de souffler, d'aspirer la fumée d'une cigarette.

Abordons maintenant le *diagnostic pathogénique* de la perforation. D'abord, existe-t-il des maladies, autres que la syphilis, capables de perforer la voûte palatine ? Oui, ce sont la tuberculose et le mal perforant ; mais je m'empresse d'ajouter que perforation tuberculeuse et mal perforant sont d'une extrême rareté. Sur vingt cas de perforation palatine, dit M. Fournier, on peut en donner dix-neuf à la syphilis ; je vais même plus loin et je crois que sur quarante cas de perforation de la voûte palatine, la syphilis en réclame trente-neuf pour sa part. Malgré cette disproportion considérable, le diagnostic doit être fait, il a une très grande importance, car vous avez vu ce que devient une perforation syphilitique non traitée.

Occupons-nous premièrement d'établir le diagnostic entre les perforations syphilitiques et tuberculeuses. Les ulcérations *tuberculeuses* du voile du palais et de la voûte palatine sont assez rares ; vous venez d'en voir un cas tout récemment, au n° 11 de la salle Saint-Christophe ; mais, ce qui est encore plus rare, c'est l'ulcération tuberculeuse aboutissant à la perforation. Les quelques observations que je vais vous citer concernent, les unes, la perforation du voile du palais, c'est-à-dire la partie molle, les autres, la perforation de la voûte, c'est-à-dire la partie dure. Voici deux cas de perforation tuberculeuse du voile : Un homme, atteint de phtisie pulmonaire, entre dans le service de M. Du Castel pour un mal de gorge extrêmement douloureux. On constate, sur la ligne médiane du voile du palais, un peu plus près du bord postérieur que du bord extérieur, une perforation consécutive à une ulcération qui mesure 6 millimètres de long sur 4 millimètres de large. Autour de cette ulcération, on aperçoit trois granulations miliaires, jaunes, d'apparence tuberculeuse. Une autre ulcération, entourée, elle aussi, de petits grains jaunes tuberculeux, existe au niveau de la dernière dent molaire supérieure droite. Le malade ayant succombé, l'examen histologique des bords de la perforation décèle de nombreux bacilles de Koch<sup>1</sup>.

Chez une autre malade, dont l'histoire est rapportée par M. Barbier, des ulcérations tuberculeuses de la gorge se déclarent dans le cours d'une phtisie pulmonaire. Outre des ulcérations de l'amygdale, on trouve, au voile du palais, non loin de la ligne médiane, une ulcération perforée de la dimension d'une petite lentille. Des grains jaunes existent en plusieurs points autour des ulcérations. L'examen bactériologique des exsudats pris au niveau des points jaunes décèle l'existence de bacilles de Koch<sup>2</sup>.

Voici maintenant deux observations qui concernent, non plus la perforation tuberculeuse du voile, mais la perforation

1. Du Castel. Ulcération tuberculeuse du voile du palais. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 21 octobre 1898.

2. Barbier. Perforations tuberculeuses du voile du palais. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 22 janvier 1899.



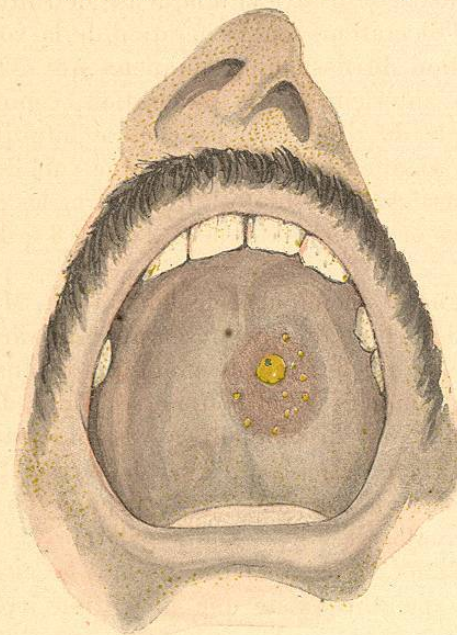
tuberculeuse de la voûte. Dans une observation de M. Quénu<sup>1</sup>, un jeune garçon de dix-huit ans atteint de phtisie avancée accuse une sensation de cuisson au palais et se plaint du passage des boissons par le nez. A l'examen de la bouche, on constate sur la ligne médiane de la voûte palatine, derrière les incisives, une ulcération antéro-postérieure. Cette ulcération est limitée par des bords dont les sinuosités semblent indiquer que la perte de substance provient de la réunion d'ulcérations plus petites. La surface est recouverte d'un débris gris jaunâtre, la profondeur atteint son maximum au niveau de la perforation. Celle-ci est longue de 6 millimètres et large de 4 millimètres. A la partie postérieure de la voûte palatine, la muqueuse tuméfiée est recouverte de cinq ou six granulations tuberculeuses, d'un blanc grisâtre, du volume d'un grain de millet.

Le malade ayant succombé, on enlève la voûte palatine et le voile du palais, on trouve la muqueuse détruite; l'os forme le fond de l'ulcération. La perforation de la voûte est due à la destruction du tissu fibro-muqueux qui obture le conduit palatin antérieur. Cette perforation, comme le canal osseux, simple du côté de la bouche, se bifurque en deux conduits qui viennent s'ouvrir de chaque côté de la cloison des fosses nasales. Du côté de la pituitaire, les perforations sont arrondies et mesurent l'une 4, l'autre 6 millimètres de diamètre.

Mon collègue et ancien chef de laboratoire, M. Caussade, m'a communiqué l'intéressante observation suivante : il reçoit dans son service un homme de vingt-quatre ans atteint de tuberculose pulmonaire. Cet homme se plaint de cuisson à la voûte palatine et de douleurs vives au contact des aliments. A l'examen de la cavité buccale, on constate d'abord une pâleur générale du palais, cette pâleur si fréquente au cas de tuberculose. Sur la voûte palatine, à gauche de la ligne médiane, et comme greffée sur la cicatrice d'un ancien lupus palatin, existe une ulcération irrégulière de

1. Thèse de M. Hermantier, sur la *Tuberculose de la voûte palatine*, Paris, 1886, p. 17.

la dimension d'une pièce de deux francs. Cette ulcération, à fond sanieux, à bords décollés, est entourée d'une collerette rougeâtre où la muqueuse est exulcérée et sanguinolente. Sur ses bords, sont échelonnées quelques granulations jaunâtres. Les bords de l'ulcération sont extrêmement sensibles et le moindre attouchement y provoque une vive douleur. En explorant au stilet le fond de cette ulcération, on pénètre facilement dans les fosses nasales, ce qui dénote l'existence d'une petite perforation. A l'examen du liquide purulent qui baigne l'ulcération, on trouve des bacilles tuberculeux. On en constate également dans les grains jaunes. Ces grains jaunâtres, qui bordent les ulcérations tuberculeuses et qui ont été bien décrits par Trélat, n'existent pas au cas d'ulcérations syphilitiques; ce sont de petits abcès miliaires sous-épithéliaux, des amas de follicules tuberculeux, s'ulcérant à leur tour et se confondant avec l'ulcération principale.



La figure ci-dessus, reproduction fidèle de l'ulcération perforante du malade, vous la montre avec ses grains jaunes périphériques et sa petite perforation centrale