

Ces quelques observations suffisent à vous faire connaître les caractères qui distinguent l'ulcération perforante syphilitique de l'ulcération perforante tuberculeuse qui, je vous le répète, est d'une excessive rareté. La douleur de la région ulcérée, les bords déchiquetés et décollés de l'ulcération, le fond sanieux, les grains jaunes périphériques, la présence de bacilles dans le pus qui baigne les parties ulcérées appartiennent à la tuberculose.

Je vous ai parlé d'un mal perforant buccal qui doit être distingué des perforations syphilitiques. Que faut-il donc entendre par *mal perforant buccal*? M. Fournier désigne ainsi le trouble trophique ulcéro-perforant qu'on observe surtout chez les tabétiques; il est comparable au mal perforant plantaire. M. Baudet en a réuni sept observations¹. Voici quelle est l'évolution de ce trouble trophique qui ne provoque généralement aucune douleur : sous l'influence de la résorption progressive des arcades alvéolaires, les dents tombent spontanément, le malade « cueille ses dents », qui sont habituellement saines. La chute des dents est suivie de la résorption du rebord alvéolaire. Le mal perforant succède à cette résorption osseuse; il commence par l'ulcération de la muqueuse et creuse les tissus jusqu'à la perforation de l'os.

Cette perforation n'atteint que le maxillaire supérieur (bien que les troubles trophiques existent aux deux maxillaires); elle est unilatérale ou bilatérale; elle n'occupe jamais le centre de la voûte palatine, mais sa périphérie, surtout au niveau des premières molaires disparues. La perforation est allongée dans le sens antéro-postérieur et peut atteindre des dimensions à laisser passer le doigt; elle fait communiquer la bouche avec les fosses nasales ou avec le sinus maxillaire.

Ce mal perforant diffère des perforations palatines syphilitiques par les troubles trophiques qui le précèdent, chute des dents et résorption des bords alvéolaires des deux maxillaires; ainsi que je viens de vous le dire, il n'occupe jamais le centre, mais la périphérie de la voûte palatine, ses

1. Baudet. *Mal perforant buccal*, thèse de Paris, 1898.

bords sont habituellement insensibles, c'est un trouble trophique presque toujours accompagné de symptômes avérés ou de symptômes frustes du tabes.

Occupons-nous actuellement du *traitement* des perforations palatines syphilitiques. Il y a un traitement en quelque sorte prophylactique. La perforation de la voûte étant toujours précédée d'une rhinite syphilitique, sachez reconnaître la rhinite et traitez-la énergiquement. Chez un syphilitique, tout coryza chronique est suspect. Un individu entaché de syphilis, qui est pris « d'un rhume de cerveau qui n'en finit pas », qui mouche des mucosités épaisses et purulentes, des croûtes molles ou dures, est un individu à surveiller de près, car, faute de traitement spécifique, sa rhinite pourra bien aboutir à l'ozène, à la destruction des cartilages et des os et à toutes les complications que je vous ai énumérées. Donc, pour prévenir la perforation palatine, traitez d'abord la syphilis nasale. A plus forte raison, devrez-vous instituer le traitement chez un syphilitique qui, dans le cours de son coryza chronique, sent une saillie, une tuméfaction se former à la voûte palatine; cette tuméfaction, habituellement indolore, est le prélude du travail qui aboutira à la perforation; peut-être, prise à temps, la lésion pourra-t-elle être enrayée.

Une fois la voûte perforée, quelle doit être votre thérapeutique? Je vous ai dit que la perforation à ses débuts est toujours de faible dimension, elle a le volume d'une tête d'épingle, d'une petite lentille; à ce moment, elle est parfois curable par le traitement mercuriel avec ou sans association du traitement ioduré : vous en avez un exemple chez la malade de notre troisième observation. Il est important de savoir que les petites perforations syphilitiques de la voûte et du voile peuvent guérir sous l'influence du traitement spécifique, traitement purement médical; vous venez de le constater chez la malade du n° 5 de la salle Sainte-Jeanne. Cette femme nous est arrivée, il y a quelques semaines, avec un trou du voile du palais, un peu à droite de la ligne médiane et tout près du bord postérieur de la voûte osseuse. Cette perforation ovale, de la dimension d'un petit grain

de riz, avait déterminé les symptômes propres à ces perforations bucco-nasales, voix nasonnée et reflux dans le nez, de boissons et de parcelles alimentaires. J'ai soumis la malade aux injections mercurielles et (à la surprise de plusieurs d'entre vous), cette perforation datant de plusieurs mois, s'est si bien cicatrisée, que tout symptôme de perforation a disparu, la voix n'est plus nasonnée, la déglutition est normale, jamais une goutte de liquide ne repasse par le nez.

Quand la perforation palatine atteint de fortes dimensions, il n'y a que deux moyens d'y remédier, ou l'intervention chirurgicale ou une obturation bien faite. Mais dans les deux cas, qu'on se décide pour l'obturateur ou pour l'opération, il faut d'abord soumettre le malade à un traitement spécifique, afin d'enrayer le processus ulcéro-nécrosant, s'il est encore en activité. Ce traitement, c'est avant tout le mercure, avec ou sans association d'iodure de potassium. En fait de préparations mercurielles, je donne la préférence aux injections de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° La perforation syphilitique de la voûte palatine a pour lieu d'élection la partie médiane de la voûte; elle correspond à la région osseuse, qui, sur le plancher des fosses nasales, est représentée par la convergence des os maxillaires et du vomer.

2° Cette perforation palatine, ovalaire ou circulaire, a l'apparence d'un trou. Au début, ce trou est petit, il a le diamètre d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Abandonnée à elle-même, la perforation peut ne pas dépasser sa dimension primitive; mais, souvent aussi, par un travail ulcéro-nécrosant fort lent, qui tient à la fois de l'ostéite raréfiante et du phagédénisme, elle s'agrandit, elle atteint le diamètre d'une pièce de 50 centimes, d'une pièce de 2 francs, et bien au delà, ainsi que vous l'avez constaté chez nos malades.

3° La perforation syphilitique de la voûte palatine est, presque toujours, consécutive à une syphilis nasale. C'est par la rhinite syphilitique que commence le processus. L'étape nasale prépare l'étape buccale. Sur le plancher des fosses

nasales, un fragment des os maxillaires se nécrose; le point symétrique de la voûte palatine en subit le contre-coup, une ulcération se forme, le séquestre est mis à nu, il est éliminé en bloc ou en parcelles; dès lors, la perforation est faite et la communication naso-buccale est établie.

4° L'intensité des symptômes dus à la perforation dépend de la dimension de l'ouverture. La voix légèrement nasonnée et le rejet de quelques gouttes de boisson, par le nez, sont les symptômes des très petites perforations. Plus la perforation est grande, plus les symptômes s'accusent, la voix devient franchement nasonnée; certaines lettres, le *b*, le *p*, ne peuvent plus être prononcées, la prononciation est défectueuse; les boissons et des parcelles alimentaires s'engagent dans le nez, la déglutition est pénible et fort laborieuse.

5° Les perforations de la voûte palatine sont presque toujours syphilitiques; la tuberculose et le mal perforant n'en réclament qu'une très petite part; j'en ai indiqué plus haut le diagnostic différentiel.

6° Le traitement doit être prophylactique, c'est-à-dire qu'il faut combattre la syphilis nasale, prélude et origine de la perforation palatine. La perforation une fois constituée, le traitement antisiphilitique peut en avoir raison, s'il est institué dès le début. Quand la perforation a acquis une certaine dimension, on peut quelquefois la guérir par l'intervention chirurgicale, ou on y remédie au moyen d'un obturateur.