

Les perforations tuberculeuses du voile du palais¹ sont moins rares que celles de la voûte; ces dernières seules nous occupent ici; en voici deux cas. Dans une observation de M. Quénu², un phthisique 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. La surface est tapissée d'un débris gris jaunâtre, au centre existe une petite perforation. A la partie postérieure de la voûte palatine, la muqueuse tuméfiée est recouverte de 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.

M. Caussade m'a communiqué l'observation suivante : il reçoit dans son service un tuberculeux qui 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 la dimension d'une pièce de deux francs. Autour de cette ulcération, à fond sanieux, à bords décollés, sont quelques granulations jaunâtres. En explorant au stylet le fond de

1. Du Castel. Ulcération tuberculeuse du voile du palais. *Soc. méd. des hôp.*, Séance du 21 octobre 1898.
Barbier. Perforations tuberculeuses du voile du palais. *Soc. méd. des hôp.*, Séance du 22 janvier 1899.

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

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.

En résumé, 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, distinguent l'ulcération perforante tuberculeuse de l'ulcération perforante syphilitique.

Il y a un mal perforant buccal qui doit être distingué des perforations syphilitiques. Que faut-il 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

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

des dents et résorption des bords alvéolaires des deux maxillaires; ainsi que je viens de le dire, il n'occupe jamais le centre, mais la périphérie de la voûte palatine, ses bords sont habituellement insensibles, c'est un trouble trophique presque toujours accompagné des symptômes avérés ou de symptômes frustes du tabes.

Traitement. — Il y a un traitement en quelque sorte prophylactique. La perforation de la voûte étant précédée d'une rhinite syphilitique, il faut reconnaître la rhinite et la traiter énergiquement. Chez un syphilitique, tout coryza chronique est suspect. Un individu entaché de syphilis, pris « d'un rhume de cerveau qui n'en finit pas », avec mucosités purulentes et croûtes, est 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 la perforation palatine. A plus forte raison, faut-il instituer le traitement sans tarder, chez un syphilitique qui, dans le cours de son coryza chronique, sent 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, quel doit être le traitement? La perforation à ses débuts est toujours de faible dimension, elle a le volume d'une tête d'épingle; à ce moment, elle est parfois curable par le traitement mercuriel avec ou sans association du traitement ioduré. 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'obtuteur 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 iodure de potassium. En fait de préparations mercurielles, je donne la préférence aux injections de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre.

§ 10. TUBERCULOSE DE LA BOUCHE

La tuberculose des voies digestives n'était pour ainsi dire pas connue il y a quelques années; les lésions tuberculeuses et les ulcérations de l'intestin étaient les seules bien décrites, les autres parties du tube digestif n'avaient pas été explorées. Bayle¹ avait entrevu les ulcérations tuberculeuses de la bouche, sans leur donner leur véritable signification. La question, d'abord étudiée par M. Ricord, fut abordée sous son inspiration par M. Buzenet, nettement posée par M. Julliard², et, depuis ces premières recherches d'origine française, un grand nombre de travaux, entrepris chez nous et à l'étranger, ont rendu classique la question de la tuberculose bucco-pharyngée.

Les ulcérations de la bouche et de la gorge qu'on rencontre quelquefois chez les sujets tuberculeux ne sont pas des ulcérations de nature cachectique, comme on l'avait cru d'abord; ce sont bien des *ulcérations tuberculeuses*, résultant d'une tuberculose sur place (Trélat)³. Elles ont pour siège de prédilection la langue, le pharynx, l'isthme du gosier; elles sont solitaires ou multiples, et se présentent sous des formes les plus variées. Je vais les étudier séparément à la bouche et à la gorge; cette distinction est du reste nécessaire, car les ulcérations de ces diverses régions évoluent un peu différemment.

Langue. — La tuberculose de la langue revêt deux formes principales: la tumeur et l'ulcération. La tumeur, encore nommée gomme tuberculeuse⁴, tuberculome lin-

1. *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1810, p. 60.

2. *Ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire*. Thèse de Paris, 1863.

3. *Archives de médecine*, 1870.

4. J'en ai donné la bibliographie à propos du diagnostic différentiel avec le syphilome lingual.