

Les bords de la perforation n'ont pas l'aspect du tissu cicatriciel; on y reconnaît le processus actif de destruction qui accomplit lentement son œuvre depuis sept ans. La photographie ci-jointe reproduit cette vaste perforation palatine.



L'examen des fosses nasales, pratiqué par mon assistant, M. Bonnier, montre l'intensité des lésions: le vomer est presque complètement détruit; la lame perpendiculaire de l'ethmoïde est mise à nu; le septum cartilagineux est à peu près intact, mais très refoulé sur la droite. La muqueuse du nez est épaissie, turgescence, suppurante.

Dès l'arrivée du malade à l'hôpital, j'ai prescrit le traitement mercuriel, (injections huileuses de biiodure d'hydrargyre). Dès la sixième injection, la rhinite était améliorée; après quinze injections, la syphilis nasale était enrayée et l'ozone avait disparu. On a supprimé les injections pendant une douzaine de jours, puis on les a reprises. M. Collin a confectionné un obturateur, aussi simple que léger, si bien que le malade peut causer, chanter, boire et manger, comme s'il n'avait jamais eu la moindre perforation palatine.

Chez un autre malade, j'ai pu assister au mécanisme de la perforation palatine. Voici le cas: une femme de mon service nous raconte qu'elle a été prise, il y a un an environ, de ce qu'elle appelle « un violent rhume de cerveau », ce que nous appelons, nous, une *rhinite syphilitique*. Elle ne pouvait respirer que la bouche largement ouverte, tant le nez était bouché: elle perdit l'odorat et l'haleine devint fétide. Cette rhinite syphilitique dura huit ou neuf mois sans autre incident, lorsqu'il y a trois mois l'attention de la malade fut attirée vers la voûte palatine, elle y portait continuellement la pointe de la langue et y sentait comme un abcès en formation. Plus tard, elle constata, au même point, un petit os dur et écailleux; c'était un séquestre. A plusieurs reprises, au moment de la déglutition, les boissons repassèrent par le nez, et, bien que la perforation ne fût pas encore au complet, puisque le séquestre nécrosé était toujours en place, une fissure faisait communiquer le nez et la bouche.

L'examen de la voûte palatine permet de saisir le processus ulcéro-nécrosant qui est en pleine évolution. Sur la ligne médiane de la voûte, au milieu d'une ulcération rougeâtre et bourgeonnante, fait saillie un séquestre, formé par un fragment du maxillaire, auquel est soudée une partie du vomer. Il n'y a donc entre la bouche et le nez qu'une simple fissure, en partie comblée par le séquestre et le bourgeonnement des parties voisines; aussi les symptômes sont-ils presque nuls, mais, le jour où la communication bucco-nasale sera nettement établie, les symptômes éclateront au complet: voix nasonnée, prononciation défectueuse, reflux des boissons et des aliments par le nez, etc. L'examen des fosses nasales, pratiqué par M. Bonnier, a permis de préciser les lésions de la rhinite syphilitique. Le septum cartilagineux est presque totalement éliminé et l'effondrement nasal est proche si le traitement n'intervient pas efficacement.

J'ai eu à l'Hôtel-Dieu un malade qu'on avait surnommé « le joueur de cornet à piston ». Cet homme avait été

atteint, deux ans avant, de rhinite syphilitique. C'est dans le cours de cette syphilis nasale qu'était survenu l'incident suivant : Depuis quelques semaines, ce garçon sentait, en appliquant la langue contre le palais, une petite saillie indolente qui ne le gênait nullement, quand un soir, dans un bal, où il faisait à l'orchestre sa partie de cornet à piston, brusquement, à sa grande surprise, tous les symptômes de perforation apparurent à la fois. C'est en vain qu'il souffle dans son instrument, les sons ne sortent plus et l'air repasse par le nez; il veut parler, sa voix nasonnée fait rire ses camarades; il avale un verre de bière, mais la déglutition se fait mal et le liquide reflue dans le nez; il allume une cigarette, mais il ne peut la fumer tant l'aspiration est incomplète.

Le lendemain, il vient nous voir et il nous raconte l'incident de la veille. Nous constatons, à la partie moyenne de la voûte palatine, une perforation circulaire de la dimension d'une petite lentille. Je fais parler le malade, sa voix est nasonnée, sa prononciation est défectueuse, je lui fais avaler du vin qui repasse en partie par le nez; j'envoie chercher son cornet à piston, mais il n'en peut tirer un son, l'air expiré fuyant par le trou palatin. Grâce à un subterfuge des plus simples, au moyen d'un obturateur en gutta-percha, nous oblitérons provisoirement la perforation; aussitôt tous les symptômes disparaissent; notre homme parle distinctement et la voix n'est plus nasonnée, il boit sans difficulté et les liquides ne repassent pas par le nez, il se remet à jouer du cornet à piston et pas une note ne fait défaut. Dans ce cas, encore, comme chez nos précédents malades, la perforation était survenue insidieusement et brusquement, dans le cours d'une rhinite syphilitique.

L'observation suivante offre, elle aussi, bien des côtés intéressants. Il y a deux ans, je fus consulté par un homme avec qui je suis lié depuis un grand nombre d'années. « Voilà dix-sept ans, me dit-il, que j'ai un trou dans la bouche, j'ai fabriqué moi-même, tant bien que mal, des obturateurs en caoutchouc et en gutta-percha, ce qui est

fort incommode, car plusieurs fois par jour je dois déplacer et replacer l'obturateur qui me protège mal, et je me décide enfin à recourir à vos bons soins; que pouvez-vous faire pour moi? » En même temps, il enlève un corps informe qu'il appelle son obturateur. A ce moment la parole est transformée en une sorte de grognement inintelligible.

J'examine alors la bouche et je constate, à la voûte palatine, un énorme trou assez grand pour loger une petite noix. La perforation avait débuté dix-sept ans avant, par un petit pertuis, dans le cours d'une rhinite syphilitique peu intense. Durant dix-sept ans, le processus syphilitique ulcéreux avait progressivement détruit une partie de la voûte palatine, sans que pendant cette longue période la santé générale eût été éprouvée, et sans que la syphilis se fût manifestée ailleurs. Le processus ulcéro-nécrosant fut enrayé au moyen d'injections huileuses de biiodure d'hydrargyre. M. Berger fit confectionner un obturateur, et, depuis lors, la phonation, la mastication et la déglutition s'accomplissent à merveille.

En 1885, mon ami Visca, de Montevideo, m'adressa un de ses malades atteint de syphilis. Depuis plusieurs mois ce jeune homme avait une rhinite syphilitique qu'il traitait par le dédain. Pendant la traversée, il fut fort surpris du timbre nasonné de sa voix, les liquides repassaient par le nez, et en se regardant dans une glace, la bouche ouverte, il put constater une perforation de la voûte palatine. Il remédia à ces inconvénients en obturant plusieurs fois par jour cette petite perforation au moyen de boulettes de papier à cigarettes. Dès son arrivée à Paris, il vint me voir, je constatai sa rhinite syphilitique et la perforation palatine qui en avait été la conséquence. Cette perforation avait la dimension d'une tête d'épingle, elle était donc facilement curable. Je demandai M. Fournier en consultation et nous prescrivîmes un traitement qui ne fut pas suivi.

Description. — Les observations précédentes vont faciliter notre description. Un premier point à préciser, c'est la

pathogénie de ces perforations de la voûte palatine. La perforation est-elle la conséquence d'une lésion tertiaire ayant débuté par la voûte; en un mot, est-ce du côté de la bouche que débute la lésion qui doit aboutir à la perforation? Non, le processus nécrosant 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 de la voûte se faisaient de la bouche vers le nez, c'est une erreur; 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 Fournier, par 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. Chez l'un, la rhinite syphilitique aboutit à la nécrose des os du nez; la charpente osseuse s'effondre. Chez l'autre, la syphilis nasale atteint l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur; il en résulte une dacryocystite, avec ou sans abcès. Dans quelques cas, heureusement rares, la syphilis nasale attaque des régions autrement redoutables, la paroi supérieure des fosses nasales, la lame criblée de l'ethmoïde et le sphénoïde. L'ostéo-périostite syphilitique se propage facilement à la cavité crânienne et y détermine des lésions multiples: méningo-encéphalite, abcès du cerveau, phlébite des sinus, syphilis « naso-crânienne », ainsi que l'appelle M. Fournier¹.

Eh bien, la perforation de la voûte palatine est, elle aussi, consécutive à la syphilis nasale. « 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 est dénudé et se nécrose. Survient une phlegmasie éliminatrice périphérique, et un abcès se constitue sous la muqueuse

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

qui tapisse la face inférieure de l'os malade. Cet abcès s'accuse dans la bouche sous forme d'une petite tumeur hémisphérique. A un moment donné, il s'ouvre spontanément ou est ouvert par la main du chirurgien. Bientôt, son orifice s'élargit, et alors apparaît à nu, sur la voûte palatine, une partie du segment nécrosé. Finalement, le segment nécrosé se sépare, tombe, et 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: altération de la voix, et reflux nasal des aliments ou des liquides introduits dans la bouche¹. »

Il y a donc dans l'évolution de ce processus syphilitique *naso-buccal* deux phases distinctes. Pendant la première phase, souvent lente et insidieuse, le processus est 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, 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 ovale; au début, elle a les dimensions d'une tête d'épingle, d'une lentille; plus tard, elle est grande comme une pièce de 50 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 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

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

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; 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, soit par le traitement spécifique.

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; 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 l'un de nos malades, elle atteint le volume d'une petite noix, et au delà, 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 ou quinze ans, tout en laissant indemne le reste de l'organisme. Le même processus s'observe en d'autres régions. 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'économie.

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 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.

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 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.

Diagnostic pathogénique. — Existe-t-il des maladies, autres que la syphilis, capables de perforer la voûte palatine? Oui, ce sont la tuberculose et le mal perforant, qui, du reste, sont d'une extrême rareté. Sur vingt perforations palatines, dit M. Fournier, on peut en donner dix-neuf à la syphilis; je vais plus loin et je crois que, sur quarante perforations de la voûte palatine, la syphilis en réclame trente-neuf pour sa part. Malgré cette disproportion considérable, le diagnostic doit être fait.

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 détrit 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, 1893.

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'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 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, 1865.

3. *Archives de médecine*, 1870.

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

gual, abcès froid tuberculeux intra-musculaire, est une tumeur molle, non douloureuse, faisant saillie à la surface de la langue et pouvant atteindre le volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette. Il en a été question au sujet du diagnostic du syphilome lingual, je n'y reviens pas.

Les ulcérations tuberculeuses de la langue sont des plus fréquentes; elles occupent, par ordre de fréquence, la pointe, les faces supérieure et inférieure de l'organe. Voici comment elles se développent : on aperçoit sur la muqueuse une tache jaunâtre, arrondie, de 3 ou 4 millimètres de diamètre; l'épithélium tombe, et il en résulte une ulcération qui gagne en surface et en profondeur. Parfois l'ulcération débute sous forme de fissure, et détermine une véritable hypertrophie des papilles.

Quand l'ulcération est constituée, ses bords sont festonnés et taillés à pic, le fond est enduit d'une couche de mucus et de salive qui, une fois enlevée, laisse à nu une surface inégale d'un gris jaunâtre. Autour de l'ulcération on observe fréquemment un semis de *points jaunâtres* qu'on avait pris à tort pour des orifices folliculaires; ce sont de petits abcès miliaires sous-épithéliaux, des amas de follicules tuberculeux, ayant la constitution du tissu tuberculeux, s'ulcérant à leur tour et se confondant avec l'ulcération capitale.

L'examen histologique des ulcérations tuberculeuses révèle les caractères suivants : quand on fait une section passant à travers une ulcération de la langue, on voit que les parties bourgeonnantes de l'ulcère sont formées par du tissu embryonnaire, du tissu de bourgeons charnus. La surface de la partie ulcérée est également infiltrée de tissu embryonnaire, et, plus profondément, on voit des faisceaux de fibres musculaires entre lesquels et autour desquels le tissu conjonctif embryonnaire montre de distance en distance des îlots de *granulations tuberculeuses* plus ou moins développées¹. Ces granulations, ou mieux ces follicules

1. Spillmann. *Tuberculose du tube digestif*. Paris, 1868, p. 37.

tuberculeux (cellules géantes, cellules embryonnaires, bacilles), invisibles à l'œil nu, siègent très profondément dans le tissu musculaire de la langue; on les trouve jusqu'à 1 centimètre et au delà de la surface ulcérée¹.

L'ulcération tuberculeuse de la langue est presque toujours unique au début, contrairement aux ulcérations du pharynx, de l'isthme et de la voûte, qui sont souvent multiples. En vieillissant, elle devient profonde, anfractueuse et très excavée, contrairement aux ulcérations du pharynx, qui sont habituellement superficielles. A la langue, les ulcérations ont une marche très lente, elles coïncident d'habitude avec les formes chroniques de la phthisie pulmonaire, tandis que les ulcérations tuberculeuses du pharynx coïncident plutôt avec les formes rapides et généralisées de la tuberculose. Les ulcérations tuberculeuses buccales ont paru, dans quelques cas, devancer les lésions du poumon; elles peuvent guérir et se cicatriser². Les ulcérations de la langue sont très *douloureuses* au contact des liquides et des aliments, aussi les malades éprouvent-ils une gêne très pénible dans les actes de la mastication et de la déglutition; toutefois ces douleurs sont bien loin d'avoir l'acuité que provoquent les ulcérations du pharynx. A l'encontre de ce qu'on pourrait supposer, les ulcérations tuberculeuses linguales sont rarement suivies d'adénopathie.

L'ulcération tuberculeuse de la langue ne sera pas confondue avec le *chancre syphilitique*. Le chancre n'a pas une surface grisâtre et grenue, il n'est pas entouré d'un semis de points jaunâtres, son fond est plus en relief, la pression n'en est pas douloureuse, sa base est beaucoup plus indurée, l'adénite qu'il provoque est indolente. L'ulcération tuberculeuse de la langue se distingue du *cancroïde* par les signes suivants : la surface du cancroïde est beaucoup plus végétante, le cancroïde *saigne* facilement, il donne lieu à un suintement d'odeur fade ou fétide, ses bords sont fortement relevés et comme renversés en dehors, il est sou-

1. Jolly. *Soc. anatomique*, 25 décembre 1898.

2. Ducrot. *Tuberculose de la bouche*. Thèse de Paris, 1879, n° 555

vent le siège de douleurs lancinantes spontanées, il provoque une adénite assez considérable, douloureuse et tardive.

Aux lèvres et aux gencives les ulcérations tuberculeuses sont très rares¹; elles sont parfois consécutives à des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse des joues. Dans une observation de Reclus, les ulcérations bucco-gingivales avaient provoqué la chute des dents². Dans un cas de Giraudeau, il y avait ostéo-périostite, chute des dents et nécrose du maxillaire³.

Voûte palatine. — Les ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine sont plus fréquentes qu'on ne l'avait d'abord supposé; Hermandier en a réuni huit observations. On peut trouver une ou plusieurs ulcérations; elles siègent indistinctement sur toutes les parties de la voûte et il est habituel que le voile, les piliers ou les lèvres présentent en même temps des ulcérations de même nature. Ici comme ailleurs, quand l'ulcération est isolée, ses contours sont nets, mais quand plusieurs ulcérations se réunissent, ce qui est fréquent, la surface ulcérée présente des contours *sinueux* et peut atteindre plusieurs centimètres d'étendue. Les bords de l'ulcération sont rougeâtres, boursoufflés, taillés à pic; ils sont rarement indurés. L'ulcération tuberculeuse de la voûte comme celle de la langue est fréquemment entourée de points jaunâtres et saillants, véritables nodules tuberculeux.

La formation des ulcérations est accompagnée de cuisson, de douleurs, surtout au contact des aliments. Dans quelques cas (Quénu, Caussade)⁴ l'ulcération aboutit à la perforation de la voûte palatine. La guérison de l'ulcération est assez rare. Des attouchements avec une solution d'acide lactique au dixième donnent de bons résultats.

1. Ferréol. *Soc. méd. des hôp.*, 12 juin 1874.
2. Thèse de M. Bruneau. *Ulcère tuberculeux de la bouche*. Paris, 1887, p. 50.
3. *Soc. méd. des hôp.*, 8 juin 1894.
4. Cette question a été traitée au chapitre de la Perforation de la voûte palatine, à propos du diagnostic différentiel.

CHAPITRE II

MALADIES DE LA GORGE ET DU PHARYNX

En étudiant les maladies de la gorge et du pharynx, nous allons retrouver, à chaque instant, le mot *angine*. Ce mot *angine* (de ἀγγω, j'étrangle) servait autrefois à désigner toute maladie qui était accompagnée de troubles de déglutition et de respiration, et dont le siège était placé au-dessus du poumon et de l'estomac. Bien que le mot « angine » ne réponde plus aujourd'hui aux idées qui l'ont créé, on l'a néanmoins conservé, et l'on a cherché à rendre cette dénomination compréhensible en lui associant des épithètes qui en font des espèces et des variétés.

Nous allons étudier successivement ces espèces et ces variétés.

§ 1. ANGINE CATARRHALE AIGÜE — ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE AIGÜE

Sous la dénomination d'*angine érythémateuse* et d'*angine catarrhale aiguë*, on décrit l'inflammation de la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx, inflammation, qui est superficielle, parfois limitée à une rougeur diffuse, comme l'indique la désignation d'érythémateuse, et parfois accompagnée d'enduits *pullacés* (*puls*, *pultis*, bouillie). La localisation de l'angine est quelque peu variable: tantôt elle est diffuse et occupe à la fois le pharynx et l'arrière-bouche, c'est-à-dire tout le territoire des angines, tantôt