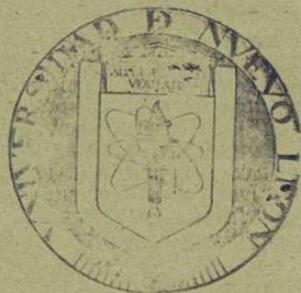


617  
P  
C  
R. 125  
P8  
V. 3



BIBLIOTECA

# PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

(P. M. C.)

TOME III

## F

**FACE (PRÉSENTATION DE LA FACE ET DU FRONT).** — L'extrémité céphalique peut se présenter au détroit supérieur dans trois attitudes principales : 1° fléchie : c'est la présentation du *sommet* [V. SOMMET (PRÉSENTATION)] ; 2° défléchie : c'est la présentation de la *face* ; 3° ni fléchie, ni défléchie, c'est-à-dire dans un état intermédiaire entre la flexion et l'extension, le front correspondant au centre de présentation : c'est la variété frontale de la face ou présentation du *front*.

Depuis que, grâce au palper, on fait des diagnostics précis, on a reconnu qu'il fallait les contractions énergiques du travail pour provoquer la déflexion de la tête, et que la présentation de la face ne pouvait se constater pendant la grossesse (Pinard), en dehors de tout travail, qu'à titre exceptionnel (Fieux).

### I. PRÉSENTATION DE LA FACE.

**Fréquence et causes.** — La présentation de la face est celle dans laquelle le menton s'engage le premier dans le bassin et doit sortir le premier (Pinard). La présentation de la face est la plus rare des présentations, environ 1/250. Les causes en sont mal déterminées. Elles peuvent se rencontrer dans des circonstances très diverses, au milieu desquelles il convient de retenir, au premier rang, l'excès de volume de la tête du fœtus. A l'encontre de la croyance ancienne, la tête défléchie se rencontre plutôt avec des enfants volumineux.

**Positions et variétés de positions.** — Le menton est la région qu'il est convenu de considérer comme point de repère. On le trouve, au toucher, dans la direction indiquée par les narines, dont les deux orifices ont un aspect mento-iliaque caractéristique. Il y a deux positions : mento-iliaque droite et gauche. Les variétés de position sont comme pour le sommet, antérieures, postérieures et transversales. La mento-iliaque droite postérieure est la plus fréquente de ces variétés.

**Mécanisme de l'accouchement.** — La tête défléchie s'amointrit en accentuant sa déflexion ; elle présente alors une circonférence maxima ayant

comme diamètre transverse bipariétal (9 cent.) et comme diamètre antéro-postérieur un diamètre sous-mento-bregmatique. La tête affecte ainsi l'attitude que l'on prend en regardant directement au-dessus de soi, lorsqu'on est verticalement placé; elle peut de la sorte plonger profondément et descendre dans l'excavation. Toutefois, la tête défléchie met en contact l'occiput avec le cou et le dos, et forme avec ce dernier une masse, qui ne peut traverser le bassin qu'à condition que la déflexion de la tête disparaisse, et soit remplacée par sa flexion. Or, la tête ne peut se fléchir, dans le bassin, que si le menton vient se placer sous le pubis. — La flexion est impossible, et l'accouchement aussi, — tant que le menton n'occupe pas cette place, c'est-à-dire tant qu'il n'a pas tourné directement en avant. A partir de ce moment la tête peut se fléchir en faisant passer la face par une circonférence maxima sous-mento-occipitale à travers la fente pubo-coccygienne du muscle releveur de l'anus, et à travers la vulve. Si le menton reste en arrière l'accouchement est impossible ou du moins cette éventualité est des plus exceptionnelles.

En résumé, la présentation de la face est la présentation dans laquelle le menton s'engage le premier, et doit sortir le premier (Pinard).

**Signes et diagnostic.** — Le diagnostic de la présentation de la face se fait par le *palper* : il y a une dépression caractéristique « en coup de hache » entre l'occiput et le dos. — On trouvera à l'*auscultation*, suivant les attitudes, le plan latéral gauche du fœtus rendu parfois plus accessible, et le foyer plus superficiel, d'une façon générale, ce foyer se trouve dans la région péri-ombilicale, quelle que soit la position et la variété. — Le *toucher*, lorsque la dilatation est suffisante, permet l'exploration de toutes les saillies de la face. Toutefois celles-ci peuvent être déformées par le gonflement, quand, après la rupture des membranes, une bosse séro-sanguine se développe sur la face.

Le visage boursoufflé peut alors prendre l'apparence du siège pour le doigt qui explore, mais, dans les cas de présentation du siège, le doigt, introduit dans l'anus, revient toujours teinté de méconium.

**Pronostic.** — Le pronostic ne comporte pas de graves conséquences, comme on l'a cru pendant longtemps, à cause des dangers créés par l'élongation du cou, ou la compression possible du cordon. Le pronostic ne diffère pas très sensiblement de celui de la présentation du sommet, à une condition, toutefois, c'est que le bassin ne soit pas rétréci.

Le bassin étant normal, il n'y a pas de prolongation importante de la durée du travail (13 à 14 heures), la mortalité infantile (5,5 pour 100), le nombre des interventions (Varnier, Gravier) n'est pas beaucoup plus considérable que dans la présentation du sommet.

**Conduite à tenir.** — Il vaut mieux ne pas chercher à modifier la présentation par les manœuvres, proposées à cet effet, qui ne peuvent du reste que très difficilement réussir, et exposent, au cours du travail, à des incidences du cordon et des membres, ou même à la rupture de l'utérus. L'éventualité d'une tête, immobilisée en mento-sacrée, est des plus extraordinaires, si elle n'est pas provoquée par une rotation à contre-temps dans une application de forceps. Les applications de forceps, dans la présentation de la face, exigent un manuel opératoire spécial, par lequel on doit chercher à augmenter la déflexion de la tête (V. FORCEPS), ce qui n'est pas toujours d'une exécution facile.

Aussi la femme, et surtout l'enfant, ont peut-être un certain bénéfice à retirer de la temporisation, et en pratique, il convient de se décider difficilement à faire un forceps sur une présentation de la face. En cas d'enclavement de la tête, cet enclavement résultant d'une disproportion, absolue ou relative, entre la tête et le bassin, disproportion exagérée par l'orientation anormale de la tête, il faut se garder de toute manœuvre violente de réduction, de traction, et de version, sous peine de voir se produire une rupture utérine. Mais ces difficultés se trouvent plutôt réalisées en cas de présentation persistante du front. Toutefois, si on se trouve en présence d'une tête enclavée en présentation de la face, il reste à discuter l'opportunité d'une symphyséotomie ou d'une opération de Porro si l'enfant est vivant, ou la basiotripsie si l'enfant est mort.

## II. PRÉSENTATION DU FRONT.

**Variété frontale de la présentation de la face.** — La tête dans la présentation du front se trouve dans un état intermédiaire entre la flexion et l'extension, sa fontanelle antérieure est la partie la plus basse et la plus accessible au doigt qui touche. Si cette attitude persiste (*présentations persistantes*), la tête ne peut descendre qu'en se présentant par ses plus grands diamètres antéro-postérieurs (15,5 occipito-mentoniers). — Alors, de deux choses l'une, ou la tête comprimée par le bassin se modèle, se déforme, se réduit, et peut passer; — ou bien, dure, elle résiste et s'enclave.

D'autres fois, la tête se fléchit et devient une présentation du sommet, ou plus rarement se défléchit, pour faire une présentation de la face. Dans ces circonstances la présentation du front a été une *présentation transitoire*. La flexion ou la déflexion ne peuvent s'accomplir qu'au détroit supérieur.

**Étiologie. Fréquence.** — Les présentations persistantes, seules, méritent d'être retenues comme présentations du front. Elles sont rares (19 cas en 20 ans, dans une statistique des services de M. Pinard (Wallich). Elles se constatent généralement, dans des cas où il y a excès du volume de la tête fœtale, par rapport au bassin de la mère. Cet excès de volume n'est très souvent que relatif, et se trouve exagéré par l'orientation vicieuse de la tête, immobilisée, alors qu'elle n'est ni fléchie, ni défléchie.

### Mécanisme de l'accouchement.

— On a beaucoup discuté pour savoir si, au point de vue théorique, dans l'accouchement en présentation du front, c'est le menton (Devars, Blanc, Mangiagalli), — ou l'occiput (Fochier, Pollosson) qui descend le premier, — ou bien s'ils se maintiennent tous deux sur un même plan (Lachapelle). Ces considérations sont dépourvues d'intérêt pratique; Pinard conseille de ne retenir que la malléabilité de la tête, qui ne réussit à passer que si elle



Fig. 1. — Ombre chinoise (réduite) prise immédiatement après la naissance d'un enfant s'étant présenté par le front (V. Wallich). On peut voir le tassement de la partie comprise entre l'occiput et le menton, et l'allongement de l'occiput au front.

se modèle, sinon elle s'enclave. Ce modelage donne lieu, dans la forme de la tête, à une modification des plus caractéristiques, et qui explique tout (V. fig. 1). Par cette déformation, la tête est aplatie dans ses diamètres antéro-postérieurs, de telle sorte que le diamètre occipito-mentonnier, en temps ordinaire le plus grand (15 à 15,5) se trouve aplati, et les plus grandes dimensions de la tête sont alors entre l'occiput et le front. Ainsi réduite, la tête peut descendre jusqu'au fond de l'excavation, mais, pour sortir, il faut qu'elle tourne en avant, et se dégage, par un mouvement de flexion, en s'appuyant sous le pubis par la région sous-nasale, ou en mordant la symphyse. C'est ainsi qu'elle parvient à traverser l'orifice pubo-coccygien du releveur de l'anus, et la vulve par des circonférences, dont les points les plus saillants passent, — d'une part, sous le nez ou au niveau de la bouche, — et par l'occiput d'autre part.

**Signes et diagnostic.** — *Au palper*, le « coup de hache » est moins prononcé que dans la présentation de la face, et on atteint en palpant, d'une façon à peu près égale, le front et l'occiput. — *Au toucher*, la fontanelle antérieure occupe le centre de la présentation; on atteint la racine du nez, mais on ne peut pas, comme dans la face, sentir les narines, ou, à plus forte raison, le menton.

**Pronostic et conduite à tenir.** — Il ne sera question ici que des présentations persistantes du front. Dans ces conditions, le pronostic est particulièrement grave pour la mère et pour l'enfant, si le bassin est même simplement touché par le rachitisme, ou si l'enfant est volumineux. L'enclavement, résultant de cette disproportion (Pinard), peut entraîner à sa suite un travail prolongé, avec tous ses dangers (rupture utérine, mort du fœtus, infection). — En cas d'enclavement, il faut, pour éviter ces accidents, intervenir en temps opportun par la symphyséotomie (Varnier, Wallich).

S'il n'y a pas d'enclavement, l'accouchement spontané reste possible, la tête se modelant et se réduisant en se déformant; un forceps peut alors parfois être tenté, mais il faut pour cela que la tête ne soit pas immobilisée, ni fixée, ni enclavée.

V. WALLICH.

**FACE (MALADIES DES SINUS).** — Nous décrivons les affections des sinus *maxillaires, frontaux et sphénoïdaux* et celles des *cellules ethmoïdales*.

**I. Lésions traumatiques.** — Ce sont les *plaies pénétrantes* et les *fractures*.

Un instrument piquant ou tranchant peut, à travers les parties molles de la face, du front ou de l'orbite, fracturer la paroi du sinus maxillaire ou du sinus frontal et ouvrir sa cavité après avoir déchiré la muqueuse. Ces plaies pénétrantes sont dues plus souvent aux projectiles. La situation de la plaie, son exploration à l'aide d'un stylet aseptique, et l'apparition d'une épistaxis plus ou moins abondante, permettront d'établir le diagnostic de la pénétration. On a vu le sang s'accumuler dans la cavité.

Si la plaie est étroite et sinueuse, l'air infiltré dans les parties molles produira de l'emphysème. C'est plus fréquent à la suite des fractures fermées, dues presque toujours à l'enfoncement de la paroi par un instrument contondant (coup de pied de cheval, coup de talon de botte). La déchirure de la muqueuse sinusienne complique ainsi les fractures du maxillaire supérieur ou du frontal.

Ces lésions traumatiques peuvent provoquer l'inflammation du sinus, et nous retrouverons cette cause dans l'étiologie des sinusites.

Les traumatismes des sinus sphénoïdaux ne se différencient pas de ceux des fosses nasales, ou des fractures de l'étage moyen de la base du crâne, dont les fissures peuvent traverser leur plafond.

Nul, en cas de fracture simple, le traitement consistera, s'il s'agit d'une plaie pénétrante, à éviter l'infection du foyer traumatique par des pansements aseptiques; on relèvera les fragments enfoncés, on extirpera les esquilles, et on s'abstiendra de suturer complètement la brèche.

**II. Corps étrangers.** — La plupart sont d'*origine traumatique*: un fragment d'épée, de couteau, le bout ferré d'un parapluie, des balles surtout, ont pu tomber et séjourner dans un des trois sinus. La chute dans le sinus maxillaire d'une dent cassée par le davier n'est pas exceptionnelle.

Les corps étrangers *animés* constituent une espèce rare. On a trouvé dans les sinus maxillaire et frontal, où ils avaient pénétré par les voies naturelles, des larves de mouches, des lombrics.

La tolérance, parfois longue, est rarement indéfinie. Tôt ou tard apparaissent des symptômes de sinusite.

Le traitement sera celui de l'inflammation du sinus, après extraction du corps étranger.

**III. Inflammation des sinus (sinusites et ethmoïdites).** — Ébauchée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle par Runge, continuée plus tard par Jourdain, Bordenave, Zeisler, l'étude des sinusites bénéficia des progrès de la rhinologie moderne. L'*hydropisie*, l'*empyème* des sinus, que les anciens décrivaient comme des entités morbides spéciales, ne sont en réalité que des formes particulières de la sinusite.

Chaque fosse nasale représente un vestibule commun dans lequel s'ouvrent les trois sinus maxillaire, frontal et sphénoïdal, en même temps que les cellules ethmoïdales. L'ostium du sinus maxillaire et celui du sinus frontal sont voisins sur la paroi externe du méat moyen. Les cellules ethmoïdales s'ouvrent dans les méats moyen et supérieur. Les deux sinus frontaux et les deux sinus sphénoïdaux ont une cloison commune, parfois incomplète. Ces dispositions topographiques expliquent le rôle prépondérant de l'inflammation de la pituitaire dans l'étiologie des sinusites et des ethmoïdites, leur association fréquente et la bilatéralité possible des sinusites frontale et sphénoïdale.

**1° SINUSITE MAXILLAIRE.** — C'est celle qu'on méconnaît le moins; à cela tient peut-être l'opinion générale sur sa plus grande fréquence.

**Étiologie.** — Toutes les *rhinites* peuvent se compliquer d'inflammation de l'*antre d'Higmore*. La *grippe* est souvent en cause. La *diphthérie* n'est pas rare.

Les formes chroniques, ulcéreuses, polypeuses du coryza exposent davantage à la sinusite, du moins à ses formes graves, que le coryza aigu: Les *polypes inflammatoires* du méat moyen, qui rétrécissent ou oblitèrent l'ostium, favorisent l'infection et la rétention. Un *polype nasopharyngien*, une *tumeur maligne* du nez agiront de la même façon.

L'*origine dentaire* est presque spéciale à l'antrite d'Higmore. Le plancher du sinus forme plafond aux alvéoles des molaires; les racines de la 2<sup>e</sup> molaire ne sont souvent séparées de la cavité que par la fibro-muqueuse. La *périodontite*

se propage donc facilement au sinus, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention sur les dents ou le rebord alvéolaire.

Nous avons vu que les *traumatismes* et les *corps étrangers*, introduits par les voies naturelles, ou par une plaie pénétrante, peuvent provoquer la sinusite.

La *propagation d'une lésion voisine* (abcès de la fosse canine, phlegmon de l'orbite, dacryocystite, ostéite simple, tuberculeuse ou syphilitique des parois sinusiennes) est une cause exceptionnelle.

**Lésions.** — Les lésions de la sinusite aiguë, assez mal connues, consistent dans la congestion et la turgescence œdémateuse de la muqueuse. Cela peut conduire à l'oblitération temporaire de l'ostium. Les ulcérations et les hémorragies sont rares à cette période.

Les ulcérations, les fongosités et les bourgeonnements polypeux de la muqueuse caractérisent la sinusite chronique. Les fongosités s'accumulent dans le sillon du rebord alvéolaire, et dans les angles rétrécis de la cavité, où elles entretiennent indéfiniment la maladie. Elles rétrécissent ou oblitèrent l'ostium, et transforment la sinusite *ouverte* en sinusite *fermée*.

Du pus jaunâtre, ambré, souvent mélangé de grumeaux caséeux remplit la cavité; plus rarement, c'est un liquide clair, séreux, dans les cas qui répondent à certains faits décrits jadis sous le nom d'hydropisie du sinus.

On a admis à tort que la rétention des sécrétions par oblitération de l'ostium pouvait augmenter la capacité du sinus en refoulant ses parois. Cette erreur résultait d'une confusion entre la sinusite et les kystes du maxillaire à évolution intra-sinusiennne.

Pourtant, à la longue, surtout dans l'empyème fermé, l'inflammation se propage aux parois osseuses. Elles peuvent être perforées par ostéite raréfiante ou par nécrose. Des abcès se forment, dans le sillon gingivo-génien ou dans une alvéole, à la voûte palatine, dans l'orbite. Ils créeront des fistules dont l'orifice extérieur peut être éloigné de la perforation osseuse. En réalité, ces ostéites perforantes ou nécrosantes sont beaucoup plus rares que dans les otomastoidites.

L'épaississement des parois par hyperostose de réaction (Gensoul, Liston) est exceptionnel.

Des complications graves peuvent survenir : on a vu la phlébite des sinus de la dure-mère, la méningo-encéphalite et des abcès du lobe frontal.

**Symptômes.** — La maladie commence presque toujours par une phase d'acuité plus ou moins longue qui la constitue seule dans la *sinusite aiguë*.

La douleur peut être d'emblée très vive. Elle siège dans toute la moitié correspondante de la face, et offre souvent le caractère des névralgies dentaires, ou de la névralgie sous-orbitaire. Les dents sont sensibles au contact, la mastication éveille et exagère les douleurs. La pression dans la fosse canine est douloureuse. Puis paraît une légère infiltration œdémateuse de la joue et de la paupière inférieure. La peau est chaude et un peu rosée.

Souvent quelques symptômes généraux, avec une légère élévation thermique, accompagnent les phénomènes locaux. Enfin, un écoulement nasal abondant, muqueux ou ambré, s'établit au bout de quelques heures.

La sinusite aiguë dure ainsi de une à trois semaines. La sécrétion se tarit, les symptômes douloureux disparaissent et la guérison se fait.

Dans l'*empyème chronique*, la douleur n'est plus le symptôme prédominant, à moins qu'une névrite de voisinage ne se révèle par les signes persistants de la névralgie du nerf maxillaire supérieur.

La déformation extérieure, très peu marquée, tant que le pus n'a pas traversé la paroi, se borne comme précédemment à une légère infiltration de la peau. La crépitation parcheminée symptomatique de l'amincissement de l'os ne s'observe pas dans l'antrite d'Higmore.

L'écoulement persistant de pus est si abondant, dans certains cas, que le malade salit une douzaine de mouchoirs en un jour. Il est continu ou intermittent, survenant ou augmentant quand la tête s'incline du côté sain.

L'examen rhinoscopique montre des croûtes brunâtres et des végétations polypeuses, dans le méat moyen. C'est là qu'on voit sourdre le pus, quand, après nettoyage, on fait pencher la tête (signe de Frœnkel).

La sécrétion muco-purulente, mélangée de grumeaux caséeux, est parfois d'une fétidité repoussante. Du pus coule aussi dans le pharynx et dans la bouche, et peut provoquer secondairement des pharyngites et des laryngites, capables d'égarer le diagnostic.

L'*empyème fermé*, avec rétention des sécrétions, se caractérise par l'exacerbation des symptômes et la suppression de l'écoulement. Il survient par crises temporaires, suivies d'évacuations intermittentes qui soulagent le malade. Quand la rétention persiste, on peut voir des abcès de la joue, de la bouche et de la voûte palatine. Ceux qui évoluent vers l'orbite refoulent le globe oculaire en haut et en dehors : la névrite optique, le strabisme par irritation des nerfs moteurs sont ici des complications possibles. De même, c'est au cours de ces suppurations orbitaires qu'on a observé les signes de la méningite, de la phlébite des sinus ou d'un abcès du lobe frontal. C'est ainsi que l'antrite d'Higmore peut provoquer la mort.

**Diagnostic.** — La sinusite aiguë, dans les cas légers, est souvent méconnue; on croit à un simple coryza. L'abondance des sécrétions, les douleurs spéciales permettent presque toujours le diagnostic.

Dans les cas de suppuration chronique où l'origine du pus rendu par le nez laisserait des doutes, la recherche du *signe de Frœnkel* par la rhinoscopie antérieure permettra toujours de la déterminer. Cette méthode d'exploration, qui est indispensable, montrera de même si du pus ne vient pas en outre des autres sinus. L'opacité de la région correspondante de la face, pendant l'éclairage électrique de la cavité buccale (*signe de Heryng*), dans une chambre noire, est encore un bon moyen de diagnostic.

En cas de fistule d'origine sinusiennne, on devra éliminer la fistule dentaire, la fistule lacrymale, et les fistules symptomatiques de l'ostéite tuberculeuse et des gommés du maxillaire.

Nous étudierons plus loin le diagnostic avec les ostéomes et l'épithélioma du sinus. Pour les sarcomes des mâchoires et les tumeurs kystiques ou solides d'origine dentaire, nous renvoyons à l'article MACHOIRES. Rappelons encore que l'empyème du sinus ne produit jamais de déformation importante de l'os et que la crépitation parcheminée ne s'y observe pas.

**Traitement.** — Dans les poussées d'antrite aiguë on calmera les douleurs

par l'antipyrine, le sulfate de quinine; on introduira dans la narine de la vaseline ou de l'huile mentholée et cocaïnée. Si le malade souffre trop, des applications locales de glace pourront le soulager. Les irrigations n'ont d'autre effet que d'exciter les sécrétions et risquent de diffuser l'infection, mais on peut prescrire des inhalations au menthol.

Dans l'empyème chronique ouvert ou fermé il faut évacuer et désinfecter la cavité du sinus.

Allouel et Jourdain conseillaient le *cathétérisme de l'ostium par le méat moyen*. A peu près toujours impraticable, il a été remplacé par l'*effondrement de la paroi* au voisinage de l'orifice naturel. Mais l'orifice ainsi créé n'est pas au point déclive.

Cowper vulgarisa le *drainage alvéolaire*. Il est peu pratiqué de nos jours, car il ne permet pas d'explorer suffisamment la cavité. Pourtant, on peut l'essayer dans les cas récents, d'origine dentaire. On enlève la dent ou les dents malades, on défonce l'alvéole avec un perforateur, et on place, pour les lavages, une canule d'argent ou d'ébonite.

La *trépanation de la fosse canine* (Larmorier et Desault), après décollement de la joue, crée une voie d'accès plus large. On doit faire un trou capable de recevoir le pouce, ou même réséquer toute la paroi. On peut alors curetter le sinus dans tous ses angles.

Certains préfèrent, comme Mikulicz, ouvrir largement le sinus dans la fosse nasale, en pratiquant la *résection de la paroi externe du méat inférieur*, qui a l'avantage, sur l'effondrement du méat moyen, d'ouvrir au point déclive.

Enfin la *méthode combinée* de Luc consiste à curetter par la fosse canine et à drainer par le méat inférieur, après avoir refermé la brèche vestibulaire, à l'aide de la muqueuse.

Quel que soit le mode d'ouverture adopté, la guérison est lente, et il faut lutter contre la tendance à l'oblitération trop précoce des voies d'évacuation.

**2° SINUSITE FRONTALE.** — L'*étiologie* de la sinusite frontale est la même, abstraction faite de l'origine dentaire.

L'*anatomie pathologique* est identique. Signalons seulement les sinusites doubles par délivrance ou destruction de la cloison; la tendance plus marquée et la perforation des parois, conséquence des dimensions restreintes de la cavité; la fréquence des suppurations orbitaires, et le danger plus grand de propagations crâniennes.

Les *symptômes* sont superposables à ceux de l'antrite d'Higmore, avec les modifications dues à la situation spéciale du sinus frontal.

La douleur des *phases aiguës* est d'autant plus vive que la cavité est plus petite. C'est une céphalée frontale intense, avec névralgie sus-orbitaire.

L'écoulement n'a pas l'abondance de celui de la sinusite maxillaire.

Dans les *formes chroniques*, l'intermittence de l'écoulement existe aussi, tant que l'empyème est ouvert. Quand le malade s'assied dans son lit, le matin en se levant, le sinus se vide dans le méat moyen.

Les troubles du côté de l'œil sont fréquents, même sans suppuration de l'orbite; l'inflammation retentit surtout sur les droits internes et les grands obliques, d'où une gêne, une fatigue dans certains mouvements du globe (fig. 2).

Quand l'empyème est fermé, des abcès se forment dans la région naso-frontale, ou dans l'orbite. L'œil est repoussé en avant, en bas et en dehors. Le strabisme externe par névrite des nerfs moteurs, l'amaurose et l'amblyopie par névrite optique, l'iritis même, sont des complications relativement fréquentes.

Nous ne pouvons insister sur les signes des accidents intracrâniens.

Le *diagnostic* expose à des erreurs de même ordre que celui des sinusites maxillaires. L'exploration du méat moyen par la rhinoscopie antérieure permettra de voir d'où vient le pus.

On se méfiera de certains sarcomes mous du frontal qui peuvent déformer la région du sinus. On pensera aussi, en cas d'abcès et de fistule, à la dacryocystite, aux ostéites de la région qui peuvent apparaître indépendamment de toute sinusite, et au kyste dermoïde du grand angle de l'œil.

**Traitement.** — La sinusite aiguë se traite comme l'antrite d'Higmore aiguë.

Contre les formes chroniques, on a employé le *cathétérisme du canal fronto-nasal* à l'aide d'une sonde de courbure appropriée. Il est souvent difficile, même pour les spécialistes, et n'est pas toujours sans danger. Les lavages par la sonde ne peuvent guérir que les cas récents.

La *trépanation* du sinus est le plus souvent nécessaire. Deux méthodes sont en présence, et comprennent chacune plusieurs procédés.

1° La *trépanation simple* suivie du curettage de la cavité est la méthode ancienne. Elle peut se faire par *voie frontale*: on résèque avec la même instrumentation que pour la trépanation mastoïdienne, la paroi sous-cutanée du sinus, sur le versant supérieur de l'angle naso-frontal, en dehors de la ligne médiane. Certains préfèrent la *voie orbitaire* qui permet, par une incision sur l'angle interne de l'orbite, d'ouvrir le sinus au point déclive, immédiatement au-dessus de l'extrémité supérieure de l'unguis.

Luc a recommandé, jadis, d'utiliser pour le drainage, après trépanation frontale, le canal naso-frontal élargi par la curette, et de fermer la brèche cutanée.

2° La deuxième méthode se propose d'obtenir la *suppression de la cavité*. Pour éviter les récidives, fréquentes après trépanation simple, on cherche à appliquer la peau à la paroi profonde du sinus, après résection totale de sa paroi superficielle ou de son plancher.

Le procédé le plus en vogue, à l'heure actuelle, appartient à Killian. Il résèque complètement toutes les parois frontale et orbitaire du sinus, mais conserve soigneusement le rebord de l'orbite. On obtient ainsi la guérison radicale, au prix d'une difformité, qu'atténue la conservation du rebord orbitaire.

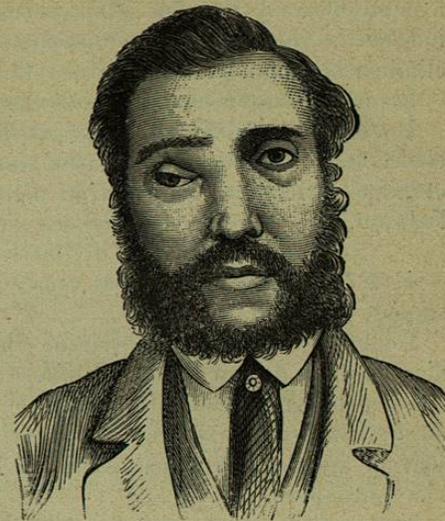


Fig. 2. — Sinusite frontale avec abcès dans l'angle interne de l'orbite.