

est assez souvent le résultat d'une affection vénérienne, scrofuleuse ou dartreuse. D'autres fois elle est déterminée par un long séjour dans des lieux bas et humides. Les personnes qui en sont affectées n'éprouvent ordinairement d'autre incommodité que celle qui résulte de l'obturation totale ou incomplète de la narine.

Lorsque par des circonstances commémoratives ou par quelque autre accident on est porté à croire que l'épaississement de la membrane pituitaire dépend d'une affection générale, on doit combattre la diathèse qu'on soupçonne, avant d'employer aucun topique. Si la maladie paraît purement locale, on fait usage des dérivatifs, particulièrement des exutoires et des purgatifs. Dans ce cas, comme dans celui où le mal, provenant d'un vice général, n'a cédé ni aux moyens propres à détruire ce vice, ni aux exutoires, on doit s'occuper à rendre plus facile le passage de l'air par le nez, en affaissant la membrane tuméfiée. On essaiera d'abord les injections dessiccatives, poussées avec assez de force pour que le liquide pénétre, s'il est possible, jusque dans le gosier. Il faut que ce liquide ne soit pas de nature à ne pouvoir être avalé sans danger. Si ces injections ne suffisaient pas pour ramener la membrane pituitaire à son état naturel, on aurait recours à des moyens mécaniques pour dilater la narine en affaissant sa membrane. Le Dran s'est servi dans cette occasion de cordes à boyau, qu'il faisait entrer le long du plancher de la fosse nasale jusqu'à la luette; il en employa d'abord une très-petite, et en introduisit successivement de plus grosses, jusqu'à ce qu'il fût parvenu non pas à guérir la maladie, mais à la rendre plus supportable. On obtiendra le même effet plus sûrement et plus promptement encore avec des canules de gomme élastique qu'on fera porter nuit et jour au malade très-longtemps (1).

(1) Monteggia, MM. J. Cloquet, Fleming et A. Bérard ont parlé de tumeurs purulentes qui, se développant sur la cloison des fosses nasales, se montraient dans chaque narine. Je crois, d'après les observations rapportées, que ces tumeurs étaient symptomatiques, car toujours on a trouvé malades les parties qui constituent la cloison des fosses nasales, et souvent même celle-ci était perforée. Quant aux signes de ces abcès et aux phénomènes qu'ils produisent, ce sont ceux de tous les abcès et de toutes les tumeurs qui font saillie dans les fosses nasales.

ARTICLE III.

Maladies des sinus maxillaires.

Les plaies, l'inflammation, l'amas du mucus, la suppuration, la carie, la fistule, le sarcôme ou polype, l'exostose, les corps étrangers, telles sont les maladies qui peuvent attaquer les sinus maxillaires.

§ 1. — Plaies du sinus maxillaire.

Un instrument piquant peut pénétrer dans ce sinus en perçant ses parois sans les enfoncer. Les plaies de cette espèce n'entraînent ordinairement aucun accident, et leur guérison est facile et prompte. Un instrument tranchant peut ouvrir les sinus maxillaires en fendant seulement ses parois ou en enlevant une portion avec les parties molles qui la couvrent, et qui forment alors un lambeau qui tient à la joue par une base plus ou moins épaisse. Dans l'un et l'autre cas, on doit réunir la plaie au moyen des emplâtres agglutinatifs, d'un bandage, et même de la suture, si on le juge indispensable. Les corps contondants qui frappent le sinus maxillaire peuvent en fracturer les parois sans les enfoncer, ou les fracturer et les enfoncer tout à la fois, et, dans ces deux cas, les esquilles tiennent encore au reste de l'os, ou bien elles en sont entièrement séparées. Dans toutes ces circonstances, les parties molles sont fortement contuses, et il survient un gonflement inflammatoire plus ou moins grand. Si la plaie est sans enfoncement de l'os, il n'y a autre chose à faire que de combattre l'engorgement et l'inflammation par les antiphlogistiques généraux et locaux. A cette indication se joint celle de relever les pièces enfoncées lorsqu'il y en a, et d'extraire les esquilles entièrement séparées, s'il s'en trouve. L'extraction de ces portions d'os est assez facile en général; mais il n'est pas aisé de relever les parois enfoncées du sinus, et de prévenir la difformité, lorsque l'enfoncement est considérable. Quelquefois ces plaies restent fistuleuses par la présence d'une esquille ou d'un autre corps étranger, et ne guérissent que lorsqu'on les a débarrassées de ce corps, ou que la suppuration l'a entraîné. Si la fistule subsiste après l'extrac-

tion du corps étranger, elle dépend de la carie, ou du séjour du pus dans le sinus, et dans ce cas, une contre-ouverture est nécessaire pour la guérison de la maladie.

§ 2. — Inflammation du sinus maxillaire.

La membrane qui tapisse le sinus maxillaire est quelquefois le siège d'une inflammation à laquelle ne participe pas le reste de la membrane pituitaire. Cette inflammation peut être produite par un coup à la joue, par la variole, la rougeole, etc. ; mais sa cause la plus ordinaire est la carie et les douleurs de dents.

Ses symptômes ne sont pas toujours très-apparents ; une douleur vive, fixe et profonde sous la joue, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au-dessous de l'œil, la chaleur locale, les pulsations, et quelquefois même la fièvre, sont à la vérité des signes auxquels il n'est guère permis de méconnaître l'inflammation dont il s'agit ; mais il s'en faut bien qu'ils existent dans tous les cas ; et le plus souvent on ne peut que soupçonner cette affection. On la combat par les remèdes généraux de l'inflammation, surtout en détruisant la cause si elle est connue. Au reste, cette maladie mériterait peu d'attention, et n'exigerait presque aucun traitement, si elle n'était sujette à se terminer par une exhalation plus ou moins considérable de mucus, et plus souvent encore par une exsudation purulente, dont l'accumulation produit, dans le premier cas, une espèce d'hydropisie, et dans le second un abcès du sinus.

§ 3. — Hydropisie du sinus maxillaire.

Dans l'état naturel, la membrane qui tapisse le sinus maxillaire ne sécrète qu'une très-petite quantité de mucus ; mais lorsqu'elle est irritée par une cause quelconque, la sécrétion muqueuse augmente, le mucus s'amasse dans le sinus, s'y épaissit, et en dilate les parois. Cette maladie a plus souvent été observée chez les jeunes sujets que chez les personnes avancées en âge. Sur trois individus chez lesquels je l'ai rencontrée, le plus âgé n'avait pas vingt ans. On connaît peu les causes de cette affection. On l'a quelquefois attribuée à une percussion sur la joue, à la carie d'une ou de plusieurs dents, au développement d'une dent dans le sinus ; mais le plus souvent elle a eu lieu chez des personnes exemptes de tous ces accidents, et par conséquent sans qu'on ait pu non-seulement en assigner la cause, mais même la soupçonner.

Quelle que soit la cause qui augmente la sécrétion du sinus maxillaire, et qui détermine l'accumulation du mucus dans cette cavité, cette humeur agit sur les parois du sinus, et les effets qui en résultent sont différents, suivant le degré de résistance que lui opposent ses parois. Le mucus presse également sur tous les points de la surface intérieure du sinus ; mais comme la paroi antérieure est la plus mince, c'est sur elle que les effets de cette pression sont plus marqués. Elle est soulevée, amincie, et forme sous la joue une tumeur dure, immobile, indolente, sans empatement ni fluctuation, et dont la surface égale et lisse est couverte par la membrane de la bouche distendue. Lorsque cette tumeur est volumineuse, la lame osseuse qui forme la paroi antérieure du sinus, graduellement amincie, s'ouvre enfin au-dessous de l'éminence malaire, et les parois de la tumeur dans cet endroit-là ne sont plus formées que par la membrane du sinus et par celle de la bouche, dont l'épaisseur est augmentée. Dans le cas dont on vient de parler, la tumeur dépend de l'extension de la paroi antérieure du sinus, et la grandeur de cette cavité est peu augmentée.

Mais il en est un autre, où toutes les parois du sinus sont plus éloignées de leur axe, et où cette cavité acquiert une étendue énorme. M. le professeur Dubois en a communiqué un exemple à la Société de médecine, qui l'a inséré dans son Bulletin, an XIII, n° 8. Un jeune homme, aujourd'hui âgé de vingt-quatre ans, n'en avait que sept et quelques mois lorsque ses parents s'aperçurent qu'il portait vers la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire, du côté gauche, une petite tumeur très-dure, ronde, et de la grosseur d'une noisette. L'enfant n'en éprouva aucune douleur ; elle n'augmentait pas de volume ; on s'en occupa peu. Dans une chute qu'il fit environ un an après, la face porta : il y eut un écoulement assez considérable par le nez, et deux ou trois marques de contusion, et notamment sur la petite tumeur. On appliqua quelques compresses imbibées d'eau salée, et bientôt l'enfant n'éprouva plus de douleur. Depuis huit ans jusqu'à quinze, l'augmentation de la tumeur fut insensible. Dans l'année suivante, on s'aperçut un peu de son accroissement, et elle causa de légères douleurs. De seize à dix-huit ans, l'augmentation de son volume devint si considérable, que le plancher de la fosse orbitaire fut soulevé ; l'œil gauche pressé de bas en haut paraissait plus petit que l'autre, les paupières étaient très-bornées dans leur écartement ; la voûte palatine déprimée formait une tumeur de la grosseur d'un œuf coupé

dans son grand diamètre; la fosse nasale était presque entièrement effacée. Sur la fosse sous-orbitaire, il y avait une éminence surpassant le niveau de la joue de près de quatre centimètres. Le nez était fort déjeté à droite; à la partie supérieure de la tumeur, et sous la paupière inférieure, la peau était d'un rouge violet, et paraissait devoir se rompre prochainement. Elle conservait sa couleur naturelle sur tout le reste de l'étendue de la tumeur. La lèvre supérieure était soulevée, et l'on pouvait remarquer derrière elle toute la région des gencives du côté gauche, portée bien en deçà du niveau de celle du côté droit. Dans ce lieu seulement, on remarquait très-peu d'épaisseur à l'os qui formait les parois de la cavité présumée. Le malade parlait difficilement, et respirait avec peine; son sommeil était laborieux, la mastication pénible. Ce fut dans cet état qu'il fut présenté à M. Dubois, dans les premiers jours du mois de septembre 1802.

La gravité de cette affection, l'incertitude où se trouva M. Dubois sur le genre d'opération qu'il y avait à faire, l'engagèrent à prier le père d'appeler en consultation MM. Sabatier, Pelletan et moi. Nous pensâmes tous que la maladie était une tumeur fongueuse du sinus maxillaire, et qu'il fallait opérer. M. Dubois resta chargé du choix de l'opération qu'il trouverait la plus convenable. Voici comment il décrit lui-même la manière dont il opéra :

« L'espèce de fluctuation que je trouvai derrière la lèvre supérieure et dans la région gingivale fixa ma première attention; et quoique partant de l'idée que la maladie était une tumeur fongueuse, je ne dus soupçonner, dans cette apparente fluctuation, qu'une très-petite quantité de fluide ichoreux, dont l'évacuation ne m'apprendrait rien, cependant je me décidai à faire sur ce lieu, et en suivant la direction de l'arcade alvéolaire, une incision de trois centimètres. Cette ouverture donna lieu à la sortie d'une assez grande quantité d'une substance lymphatique très-gluante, et semblable à celle qui sort des grenouillettes. J'introduisis sur-le-champ, par cette ouverture, une sonde arrondie, et je fus fort surpris de pouvoir parcourir avec elle une cavité qui me paraissait répondre à l'étendue antérieure de la tumeur. En faisant diverses recherches, pour connaître s'il y avait un fungus, je sentis un choc, comme je l'aurais éprouvé en touchant une dent. Je crus qu'en baissant ma sonde, j'avais touché l'une des incisives qui avoisinaient l'ouverture que je venais de faire, et l'idée vraie que j'aurais pu prendre m'échappa... » Cinq jours après cette première

opération, j'en pratiquai une nouvelle, et de la manière suivante :

« Je fis l'extraction des trois dents, les deux incisives et une molaire, j'emportai avec un instrument approprié le bord alvéolaire correspondant aux dents arrachées, dans l'étendue de quatre centimètres de longueur, et de deux et demi de largeur; il coula beaucoup de sang, et je crus devoir m'en rendre maître. Après deux jours, l'appareil que j'avais placé tomba : ayant alors fait placer le malade convenablement, il me fut facile de parcourir de l'œil tout l'intérieur de la cavité. J'aperçus alors dans la partie la plus élevée, et dans le lieu qui correspondait au rebord sous-orbitaire, un point blanc, que je crus être du pus. J'y portai ma sonde, et le choc que j'en reçus réveilla en moi le souvenir de celui que j'avais éprouvé le jour de la première opération. Je reconnus bientôt la présence d'une dent que j'arrachai sur-le-champ, et pour l'extraction de laquelle j'employai de la force, par rapport à la disposition de la racine. Cette dent était une canine dont le développement était parfait, quant à la couronne, mais dont le sommet de la racine était aplati et comme rivé, sans doute par l'effet de la pression qu'elle avait éprouvée de la part de la résistance, au développement contre nature, de l'os maxillaire.

« La suite du traitement n'offrit rien de particulier; on fit des injections détersives, et on pansa mollement. Dans l'espace de quarante jours, toute la cavité disparut; mais la tumeur de la joue, celle de la voûte palatine, le déjettement du nez, persistaient. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis dix-sept mois, la nature a repris tous ses droits, et toute difformité est disparue. » Deux pièces en cire, exécutées par M. Pinson, et déposées dans le musée anatomique de la Faculté de médecine, représentent fidèlement et la maladie et l'état actuel de celui qui en était affligé.

On voit par cette observation combien il est difficile, dans certains cas, de distinguer une tumeur formée par l'accumulation du muco dans le sinus maxillaire, d'avec un sarcome développé dans la même cavité. Le diagnostic de l'hydropisie du sinus ne présente pas les mêmes difficultés, lorsque la paroi antérieure est seule dilatée, et que la tumeur est bornée à la joue, parce qu'il n'est point d'exemple de sarcome du sinus maxillaire qui n'ait soulevé que sa paroi antérieure. Cependant, dans ce cas-là même, il peut rester encore quelques doutes, et en général on ne connaît bien la nature et l'étendue de la maladie que lorsqu'on a ouvert la tumeur.

On a cru qu'on pourrait guérir l'hydropisie du sinus maxillaire en injectant dans cette cavité, par son ouverture naturelle, des liqueurs détersives et résolatives, et en recommandant au malade d'incliner la tête du côté opposé, pour faciliter l'écoulement de la matière. Mais outre qu'il est très-difficile d'arriver à l'entrée du sinus, probablement oblitérée alors, lorsque la maladie se manifeste à l'extérieur, le mucus a acquis une telle épaisseur qu'il serait impossible de l'entraîner au dehors au moyen des injections. On est donc obligé d'ouvrir la tumeur dans un lieu et dans une étendue convenables à la libre sortie du mucus.

Lorsque la tumeur est bornée à la partie antérieure du sinus, si une ou plusieurs dents molaires sont cariées, douloureuses, on doit les arracher, perforer le fond des alvéoles, et faire une ouverture suffisante pour que la matière puisse couler aisément. Si, au contraire, les dents sont saines et solidement fixées dans leurs cavités, on fera d'abord à la partie inférieure de la tumeur une incision courbe, dont la concavité sera tournée en haut; on emportera avec de forts ciseaux le lambeau résultant de cette incision, et l'on aura ainsi une ouverture, avec perte de substance, d'une étendue proportionnée au volume de la tumeur. L'expérience nous a appris qu'une simple incision ne suffit pas : les bords de cette incision ne tardent pas à se réunir et la tumeur à reparaître. Deux malades qui n'avaient pas été guéris par une incision simple, le furent quand j'eus fait une ouverture avec perte de substance. Enfin, lorsque la tumeur est formée aux dépens de toutes les parois du sinus, et qu'elle a une étendue énorme, comme dans l'observation de M. Dubois, on doit, à l'exemple de cet habile praticien, arracher deux ou trois dents, et emporter une portion du bord alvéolaire, d'une étendue proportionnée au volume de la tumeur. Dans quelque endroit, et de quelque manière qu'on ait ouvert le sinus, lorsque la matière qu'il renferme est écoulée, on le remplit avec des bourdonnets liés, qu'on n'enlève qu'après vingt-quatre heures. Dans les pansements subséquents, on fait des injections détersives, et on panse mollement avec des bourdonnets liés. Au bout de quelque temps, on cesse l'usage de la charpie, et on s'en tient aux injections que le malade peut faire lui-même plusieurs fois dans la journée. Les parois du sinus reviennent peu à peu sur elles-mêmes; l'ouverture se rétrécit; mais ce n'est qu'après un temps très-long qu'elle se ferme, et que la difformité produite par la maladie disparaît entièrement.

§ 4. — Absès du sinus maxillaire.

L'inflammation de la membrane qui tapisse le sinus maxillaire peut se terminer par suppuration, et donner lieu à une collection de pus dans cette cavité; mais ce n'est pas là la cause la plus ordinaire des absès du sinus. Ils sont plus souvent produits par la carie des dents qui altère les alvéoles et les parois du sinus, par les absès des gencives ou *parulis*, et par un tubercule qui se développe à la racine d'une des dents qui correspondent au sinus. Quelquefois aussi un absès, formé au dehors de cette cavité, détermine la dénudation et la carie de l'os maxillaire, et l'ulcération de la membrane du sinus; il s'établit alors une communication entre l'absès extérieur et cette cavité, dans laquelle le pus est versé.

Quelles que soient les causes de la suppuration dans le sinus maxillaire, elle produit différents effets. Si l'ouverture naturelle du sinus est libre, le pus s'écoule en partie lorsque le malade se place dans certaines positions, notamment lorsqu'il se couche sur le côté opposé à la maladie; il pourra encore, par d'autres situations qu'il connaîtra convenables, et par de fortes expirations, procurer l'issue de la matière; mais comme le pus ne peut sortir entièrement, et que l'ulcération de la membrane du sinus ne peut être détergée, on doit craindre que la maladie ne se communique aux parties voisines. Le diagnostic se tire alors des circonstances qui ont précédé l'écoulement purulent ou sanieux par le nez; écoulement qu'accompagne quelquefois une tuméfaction semblable à celle que cause l'amas du mucus.

Lorsque l'ouverture naturelle du sinus n'est pas libre, la matière qu'il contient se déprave; elle agit sur les parois du sinus, et se fait jour en détruisant l'os, soit du côté des alvéoles, soit du côté de la joue, ou même vers l'orbite. Les parties molles qui couvrent la portion du sinus détruite s'engorgent, s'enflamment, suppurent, et il se forme un absès dont l'ouverture donne issue à un pus fétide, et beaucoup plus abondant que ne l'annonçait le volume de la tumeur. Cette ouverture dégénère bientôt en une fistule, par laquelle il sort chaque jour une grande quantité de matière. Un stylet introduit par cette ouverture fistuleuse pénètre aisément dans le sinus et ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. S'il existe en même temps deux tumeurs, comme on l'a vu quelquefois, la pression exercée sur l'une

d'elles augmente le volume et la tension de l'autre; s'il se forme deux fistules, deux stylets introduits dans leurs ouvertures se rencontrent dans le sinus. Lorsque le pus s'est fait jour en détruisant le fond d'une alvéole, un stylet introduit dans cette ouverture pénètre profondément dans le sinus.

L'abcès du sinus maxillaire n'est point une maladie dangereuse, puisqu'elle ne compromet jamais la vie des personnes qui en sont atteintes; mais l'écartement des parois de cette cavité, leur carie, la chute des dents, effets assez ordinaires de cette espèce d'abcès, causent une incommodité très-grande, une difformité très-choquante, et exigent un traitement fort long et des opérations plus ou moins douloureuses.

Le traitement varie selon l'état des parties affectées, et selon les causes qui ont produit la maladie et qui l'entretiennent.

Lorsque le pus amassé dans le sinus maxillaire est transmis en partie au dehors par l'ouverture naturelle de cette cavité dans la fosse nasale, que les parois du sinus ne sont ni distendues, ni affectées de carie, et que toutes les dents sont saines, on a cru qu'on pourrait guérir la maladie, en excitant l'écoulement du pus par une situation convenable, par des moyens généraux appropriés à la nature de la cause connue ou présumée de la maladie, et surtout par des injections détersives, poussées dans l'ouverture naturelle du sinus au moyen d'une canule recourbée introduite par la narine et le méat moyen. Cette méthode fut proposée à l'Académie de chirurgie en 1765, par Jourdain, et revendiquée par Allouel fils en faveur de son père, qui l'avait trouvée en 1737, et mise en usage avec succès en 1739. La raison et l'expérience ont démontré l'insuffisance de ces injections, et cette méthode est tombée presque aussitôt qu'elle a été proposée.

On ne peut donc guérir les abcès du sinus maxillaire, la carie et les fistules qui en sont si fréquemment la suite, qu'en pratiquant une ouverture artificielle qui laisse un libre passage à la matière purulente. Le bord alvéolaire correspondant à la partie la plus déclive du sinus, et le fond des alvéoles des dents molaires n'étant séparé de cette cavité que par une lame osseuse très-mince, qui est même percée par les racines des dents, dans certains sujets, c'est dans cet endroit qu'on ouvre le sinus. Voici la manière dont nous pratiquons cette opération. Si le malade manque de plusieurs dents molaires, nous profitons

de cette brèche pour percer le bord alvéolaire; si toutes les dents existent, nous arrachons les molaires qui sont cariées ou qui sont douloureuses, et si toutes les dents sont saines et insensibles à la percussion d'une sonde, nous arrachons la troisième et la quatrième molaire, parce que ce sont celles dont les alvéoles correspondent au milieu de la partie la plus basse du sinus. Nous isolons des parties voisines les gencives, qui couvrent la portion du bord alvéolaire qui doit être percée, par quatre incisions dont deux longitudinales, l'une en dehors et l'autre en dedans, deux transversales, une antérieure et l'autre postérieure, qui tombent perpendiculairement sur les deux premières. La partie des gencives circonscrite par ces incisions, privée de toute communication avec les parties voisines, pourra être déchirée sans faire souffrir le malade. Cela fait, on perce le bord alvéolaire avec un perforatif pointu, monté sur un manche taillé à pans, afin qu'il ne glisse pas dans la main, et que l'on fait agir en tournant. Cet instrument prépare la voie à un autre perforatif, dont la pointe est tronquée et arrondie, et avec lequel on agrandit l'ouverture, sans être exposé à blesser la paroi supérieure du sinus. On doit donner à l'ouverture assez d'étendue pour pouvoir y introduire l'extrémité du petit doigt. En général, il vaut mieux qu'elle soit trop grande que trop petite. On ne doit pas perdre de vue que le succès de l'opération dépendant du libre écoulement de la matière purulente, on ne saurait donner trop de largeur à l'ouverture par laquelle elle doit sortir. Nous insistons sur ce point, parce que nous n'avons jamais vu résulter d'inconvénients d'une large perforation, et que nous avons vu l'ouverture pratiquée au sinus devenir fistuleuse précisément parce qu'elle était trop petite. Une large ouverture est surtout nécessaire lorsque la maladie a produit une grande altération dans les parties, et que les parois du sinus sont distendues et ramollies. Dans ce cas, on peut la pratiquer non par la simple térébration du bord alvéolaire, mais en coupant une partie des parois du sinus avec de forts ciseaux.

Après avoir ouvert le sinus dans une étendue convenable, on le remplit avec des bourdonnets liés, et on exerce sur les parties molles divisées une compression suffisante pour arrêter le sang. Il est rare que cette opération soit suivie d'hémorrhagie. Cependant un malade, à qui j'avais ouvert le sinus dans une grande étendue, éprouva pendant la nuit une hémorrhagie qui pensa devenir funeste par l'incurie du chirurgien qui fut appelé auprès du malade, et qui n'exerça qu'une

faible compression. Le sang ne cessa de couler que par l'affaiblissement excessif des forces. Il survient ordinairement, au bout de vingt-quatre heures, un gonflement douloureux à la joue, pour lequel on est obligé d'employer les cataplasmes émollients. Lorsque ce gonflement est dissipé, et qu'on a retiré toute la charpie dont le sinus était rempli, le traitement consiste à injecter dans cette cavité un liquide dont les qualités doivent être appropriées à l'état des parties. Les injections seront répétées trois ou quatre fois chaque jour, et on apprendra au malade à les pousser lui-même, afin qu'il n'ait pas besoin des secours du chirurgien pendant tout le temps, ordinairement assez long, que dure le traitement. Pour entretenir le libre écoulement du pus vers la partie la plus basse du sinus, on a conseillé de se servir d'une canule d'argent ou d'or; mais ce moyen ne peut être utile que lorsqu'on n'a pas fait une ouverture assez grande; souvent alors la canule est insuffisante pour la guérison de la maladie, et l'on est obligé de perforer de nouveau et plus largement le bord alvéolaire. Lorsqu'on a procuré une voie facile au pus, les bords de l'ouverture se rapprochent d'eux-mêmes; elle diminue et se ferme avec plus ou moins de lenteur, selon que les parois du sinus et sa membrane sont plus ou moins malades.

Le bord alvéolaire n'est pas le seul endroit du sinus où l'on ait imaginé de pratiquer une ouverture pour donner issue au pus renfermé dans cette cavité. Lamorier, célèbre chirurgien de Montpellier, a supposé pour cette ouverture un lieu d'élection et un lieu de nécessité. Celui-ci est indiqué par une fistule ou par une carie dans un point quelconque de l'os maxillaire; le lieu d'élection est sous l'éminence malaire. C'est là que Lamorier conseille de percer l'os avec une couronne de trépan. Ce lieu d'élection n'est pas, à beaucoup près, le plus favorable à la guérison de la maladie, parce qu'il ne correspond pas à la partie la plus déclive du sinus, et que l'ouverture pratiquée de cette manière reste souvent fistuleuse, ou ne se cicatrise qu'après un temps fort long. Loin donc de partager l'opinion de Lamorier, nous pensons que, dans le cas même où il existerait déjà une carie ou une fistule dans le lieu qu'il croit le plus avantageux, ce serait encore sur le bord alvéolaire qu'il faudrait faire la contre-ouverture, afin de donner un passage facile au pus, et d'obtenir une guérison prompte et sûre. Au reste, si l'on voulait percer le sinus au-dessus de l'arcade alvéolaire, pour conserver des dents saines, il vaudrait mieux

suivre la méthode de Desault, qui consiste à ouvrir le sinus dans la partie inférieure de la fosse canine avec le perforatif dont nous avons parlé.

Les abcès du sinus maxillaire sont quelquefois accompagnés de symptômes qui méritent une attention particulière, et rendent nécessaires certaines modifications dans le traitement. Lorsqu'il s'est formé des fistules à la joue, au-dessous de l'œil, il est ordinairement inutile de les agrandir pour mettre les os à découvert; on doit craindre d'ajouter à la difformité inévitable dans les cas de cette espèce, et de retarder la cicatrisation en augmentant la perte de substance. En conséquence, on se contentera de couvrir ces fistules de charpie, et on les verra peu à peu se fermer lorsqu'on aura fait à la partie la plus basse du sinus une ouverture convenable.

Lorsque la fistule qui s'est formée spontanément est placée derrière la lèvre supérieure, au-dessus de l'arcade alvéolaire, dans l'intérieur de la bouche, on est dispensé de tout pansement, et cette circonstance n'exige aucun changement dans la méthode curative.

La maladie du sinus maxillaire produit dans quelques circonstances un gonflement si considérable de la joue, que le malade ne peut écarter les mâchoires: il est de toute impossibilité, dans ce cas, de procéder à l'extraction des dents, et il est pourtant indispensable de secourir le malade qui ne peut mâcher, et chez lequel la gêne de la déglutition augmente de jour en jour: il faut alors nécessairement faire une ouverture au sinus, dans l'endroit indiqué par Lamorier, et mieux encore dans la fosse canine, comme le faisait Desault. Cette ouverture apportera un soulagement prompt, et si elle n'était pas suffisante pour procurer une guérison complète de la maladie, elle l'amènerait au moins à ce point où une opération plus efficace pourrait être pratiquée.

Dans un cas à peu près semblable à celui que nous venons de supposer, Bertrandi fut conduit par une circonstance particulière à tenir une conduite différente. Une dame, affectée d'une maladie du sinus maxillaire, avait la joue tellement gonflée qu'elle ne pouvait presque plus écarter les mâchoires. Elle avait perdu l'œil gauche par suite d'un anthrax, et la paroi inférieure de l'orbite était fistuleuse. Bertrandi introduisit par le trou fistuleux un perforatif long et étroit, dont la pointe était cachée par un bouton de cire; il le porta le plus perpendiculairement qu'il put contre la paroi inférieure du sinus, jusque sur