

§ 5. — Polypes du sinus maxillaire.

La membrane qui tapisse le sinus maxillaire peut, comme celle des fosses nasales, donner naissance à des tumeurs fongueuses. Les causes de ces tumeurs sont moins connues encore que celles qui produisent des excroissances pareilles dans le nez. La chirurgie n'a contre elles aucun moyen prophylactique. Tant que la tumeur a peu de volume, elle ne se fait connaître par aucun symptôme; ce n'est qu'à une époque où le mal a déjà fait des progrès considérables que nous pouvons soupçonner son existence et en distinguer la nature. Les premiers

exostosée, rend cette perforation difficile; et pour la terminer heureusement, je suis forcé de diriger le perforateur en dedans vers la tumeur de la voûte palatine. Alors mon instrument a pénétré dans le sinus maxillaire; mais en même temps il a fracturé la portion maxillaire palatine, et un écoulement de sang a eu lieu par le nez, probablement à cause de la rupture de la voûte palatine et d'une piqûre à la membrane muqueuse du nez. Le doigt auriculaire a pu pénétrer dans le sinus maxillaire après que j'ai eu ôté l'instrument et trois esquilles, résultant de la brisure du bord alvéolaire. Il n'est pas sorti de pus visible, comme cela avait eu lieu chez le premier malade. La raison de ce phénomène est simple: le pus avait été évacué par les diverses fistules avant et pendant l'opération. L'ouverture pratiquée au sinus maxillaire étant très-grande et le sang coulant à peine, j'ai cru convenable de ne pas mettre de bourdonnet de charpie pour la maintenir ouverte et pour prévenir l'écoulement sanguin, mais j'ai averti l'élève interne de ce qu'il aurait à faire dans le cas où la plaie saignerait. Le 11 avril, il n'y a aucun gonflement extérieur: il y en a aux lèvres de la plaie des gencives. L'orifice pratiqué au sinus maxillaire étant un peu fermé, j'y introduis un bourdonnet de charpie. Le 12 et le 13, même pansement. Le 14, je supprime le bourdonnet. Une nouvelle portion d'os nécrosé est retirée. Le 17 avril, le malade, voyant que les suites de l'opération que je lui ai pratiquée sont heureuses, sort de l'hôpital pour retourner dans son pays. Je lui indique la manière de faire des injections dans la plaie du sinus. La fistule de la joue était cicatrisée, et tout me porte à croire qu'elle ne se sera pas rouverte. En effet, dans un cas analogue, que j'ai observé dans la pratique de mon père, sur une femme âgée de vingt-six ans, j'ai vu la fistule de la joue, qui fournissait du pus avant l'opération, cesser d'en donner dès que celle-ci a été pratiquée, et se fermer par une cicatrice solide qui a persisté.

symptômes qui se manifestent sont communément une douleur ou plutôt une gêne constante dans l'une des joues, une sensation incommode de pesanteur et de distension, des hémorrhagies fréquentes par la narine correspondante, et un écoulement habituel de sanie fétide du même côté. Ces signes suffisent pour faire reconnaître une affection du sinus maxillaire; mais ils n'en déterminent pas le caractère. Plus tard la saillie de la joue, la distorsion de la bouche, la dépression de la voûte palatine, la vacillation et la chute des dents du côté malade, le déplacement du globe de l'œil, l'occlusion partielle de la cavité nasale, le larmolement, résultat de la compression du canal nasal; enfin, la sortie d'une portion de la tumeur, soit au travers de l'orifice naturel du sinus, soit par l'alvéole d'une dent arrachée ou tombée, soit par quelque autre ouverture produite par la tumeur elle-même, sont des symptômes auxquels il n'est plus permis de méconnaître un polype du sinus maxillaire.

Quels que soient le volume et l'espèce de ces tumeurs, on les attaquera dès qu'on en aura connu l'existence, en les extirpant avec des pinces à polypes, ou par l'ouverture fistuleuse qu'on agrandit lorsqu'elle est trop étroite, ou par une ouverture qu'on fait en excisant une portion du bord alvéolaire, ou encore en perçant le sinus au-dessous de l'éminence malaire, ou dans la fosse canine, suivant la méthode de Desault. On choisit de préférence l'endroit où le polype fait une saillie, ou le lieu dans lequel il a usé les parois du sinus maxillaire.

Ainsi, lorsque le polype se présente au travers de l'alvéole d'une dent tombée ou arrachée, il convient d'agrandir l'ouverture, comme nous l'avons indiqué en parlant des abcès du sinus. S'il se montrait dans quelque autre endroit, ce serait également là qu'il faudrait pratiquer une ouverture assez large pour laisser un passage aisé aux pinces, et permettre de porter sur la racine de la tumeur les médicaments qui doivent la détruire. Si les parois du sinus maxillaire, seulement distendues, conservaient leur intégrité, et que toutes les dents fussent encore saines, il faudrait opérer à l'endroit où les os sont à la fois et plus distendus et plus amincis: la première partie de l'opération, celle qui consiste à mettre la tumeur à découvert, présenterait certainement plus de facilité, et la seconde, qui a pour but de l'extraire, offrirait également moins d'obstacles, puisqu'on pourrait l'arracher dans le sens vers lequel elle se dirige naturellement. Enfin,

la surface palatine de l'os maxillaire, contre laquelle il appuyait fortement deux doigts de la main gauche; il perfora de cette manière l'arcade alvéolaire dans l'intervalle des deux dernières molaires. Après cette opération, le pus cessa de couler par la fistule de l'orbite et par la narine, et la malade guérit. Quoique le succès ait justifié l'opération de Bertrandi, néanmoins ce procédé, nous voulons dire la perforation du sinus de haut en bas par une ouverture, ou à travers la carie d'un os; ce procédé, disons-nous, ne doit être employé que dans les cas où les moyens propres à détendre l'articulation de la mâchoire seraient sans effet, et où la bouche continuerait à être assez serrée pour rendre impossible la perforation du bord alvéolaire de bas en haut. Dans certains cas où l'abcès du sinus était compliqué de la carie des parois de cette cavité et de fistules à la joue, on a eu recours à un séton qui passait par une des fistules ou par une incision pratiquée à un abcès de la joue, et qui sortait par l'ouverture du bord alvéolaire: on a pensé que ce séton était nécessaire pour porter dans le sinus les médicaments propres à le déterger, et pour entretenir les deux ouvertures jusqu'à la chute des portions d'os cariées; mais on ne doit recourir à ce moyen que lorsqu'une ouverture très-grande, pratiquée au bord alvéolaire, ne paraît pas suffisante pour amener la guérison des ulcères fistuleux de la joue et devoir subsister jusqu'à la disparition de la maladie du sinus. Il n'est pas certain que les malades sur lesquels on a employé le séton avec succès ne fussent pas guéris sans ce moyen, si l'on eût largement ouvert le bord alvéolaire.

La suppuration du sinus maxillaire peut être l'effet d'un vice général de la constitution. Le traitement local, employé seul dans des cas de cette nature, serait toujours insuffisant. Il est donc très-important alors d'attaquer la cause du mal avant d'entreprendre aucune opération. En procédant ainsi, il est possible qu'on parvienne à guérir et le mal local et l'affection générale, sans être obligé d'avoir recours à aucun moyen chirurgical; et si, après avoir détruit le vice général, la maladie du sinus persistait encore, rien ne s'opposerait plus au succès qu'on aurait droit d'attendre de l'opération.

Bordenave (1) a vu à Bicêtre un homme dont la plupart des os de

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. xiii, p. 53, édit. in-12.

la face étaient gonflés et cariés par une maladie vénérienne. Le sinus maxillaire était ouvert à sa partie supérieure et externe, et son intérieur en pleine suppuration. Malgré la situation très-défavorable de l'ouverture, et sans aucun traitement local, les frictions mercurielles suffirent pour amener une guérison complète. Ainsi, que la diathèse qui cause la maladie du sinus soit vénérienne, scrofuleuse ou scorbutique, c'est sur les remèdes propres à détruire le vice général qu'il faut insister.

Ce que nous avons dit des ulcérations de la membrane pituitaire trouve ici son application (1).

(1) Au mois de septembre de l'année 1839, deux hommes se présentèrent le même jour à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, ayant chacun un abcès du sinus maxillaire droit. Je leur propose d'entrer à l'hôpital pour subir l'opération convenable à leur guérison. L'un d'eux accepte; l'autre refuse, disant qu'il a besoin de retourner dans son pays. J'opère celui qui est entré à l'hôpital en suivant les préceptes donnés par Boyer, et six semaines après il sort guéri, conservant une ouverture au bord alvéolaire; la tuméfaction de la joue a disparu en partie. Le second malade revient au mois d'avril de l'année 1841. Il est retourné à Longwy, département de la Moselle, où il habite: cet homme, âgé de trente-huit ans, est conducteur de voitures de marchandises. Depuis le jour où il est venu pour la première fois à la consultation, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, il n'a rien fait à sa tumeur. Il y a huit mois, il s'est fait spontanément au milieu de la joue droite une ouverture par laquelle est sorti du pus. Quelques jours après elle s'est fermée, et la tuméfaction de la joue a diminué. Toutes les six semaines environ la cicatrice s'ouvre de nouveau pour donner issue à du pus, se fermer et se rouvrir ensuite. L'intérieur de la bouche offre la même tumeur que la première fois; cette tumeur correspond à toute la partie maxillaire de la voûte palatine. Le bord alvéolaire, privé des dents molaires qui ont été arrachées dans le but de favoriser la disparition de la tumeur, présente une largeur plus grande que dans l'état normal, et est percé de deux orifices fistuleux, très-petits, visibles seulement à cause du pus qu'ils fournissent. En arrière du bord alvéolaire est une troisième fistule. Les gencives sont tuméfiées et saignantes. Je propose de nouveau l'opération au malade. Il l'accepte et il entre à l'hôpital Saint-Louis le 8 avril 1841. Le 9, je le purge, et le 10, je l'opère. Je suis les préceptes donnés par mon père; j'enlève un morceau quadrilatère de la gencive, et je perfore avec un trépan triangulaire la paroi alvéolaire du sinus maxillaire. La tuméfaction de cette paroi, en quelque sorte

lorsque les parois du sinus ont prêté d'une manière à peu près égale dans tous les points, et que toutes les dents sont saines, on peut pratiquer l'ouverture dans la fosse canine, au-dessous du trou orbitaire inférieur. Dans le premier cas, après avoir écarté les lèvres, on perce le sinus avec un trépan perforatif pointu, monté sur un manche à pans, et l'on agrandit suffisamment l'ouverture avec un autre perforatif mousse et tronqué, et avec un instrument recourbé en forme de serpette. C'est ainsi que Desault faisait cette opération, et nous l'avons pratiquée nous-même de cette manière avec succès.

Lorsqu'on perce le sinus au-dessous de l'éminence malaire, l'opération diffère peu de la précédente. Seulement on est quelquefois obligé de fendre la joue depuis la commissure des lèvres jusqu'au bord antérieur du muscle masséter, pour découvrir l'endroit où l'on doit ouvrir le sinus. Aussi quand aucune circonstance ne porte à perforez dans cet endroit plutôt que dans la fosse canine, doit-on préférer celle-ci, afin d'éviter la nécessité de couper la commissure des lèvres.

Quel que soit le lieu où l'on ait percé le sinus maxillaire, il faut, après avoir arraché le polype avec les précautions que nous avons indiquées en parlant des polypes du nez, il faut, dis-je, porter le doigt dans l'ouverture pour reconnaître si la tumeur a été extraite en totalité, et pour distinguer l'endroit où elle était implantée. Si une portion considérable de la tumeur restait encore dans le sinus, ou si un autre polype s'était développé simultanément dans cette cavité, il faudrait introduire de nouveau les pinces dans le sinus, saisir la seconde tumeur ou les restes de la première, et en faire l'extraction. Lorsqu'il ne restera plus que la racine du polype, il faudra la détruire au moyen du caustique, ou mieux encore avec le cautère actuel. L'eau mercurielle, la solution de pierre à cautère, ont plusieurs fois été employées avec succès; mais leur action est moins forte et moins facile à borner que celle du cautère actuel; aussi toutes les fois que rien ne s'oppose à l'emploi de ce dernier moyen, doit-on lui donner la préférence. On aura soin de se pourvoir de cautères de diverses formes, olivaires, lenticulaires, portés sur des tiges droites, sur des tiges recourbées. Ces derniers sont les seuls dont on puisse se servir lorsque la tumeur s'attache sur la paroi même où l'ouverture a été faite. Quand l'opération est terminée, si l'on a fendu la joue, on réunit la plaie avec deux ou trois points de suture entortillée.

Lorsque le polype a été complètement détruit, il naît du fond du sinus une chair vermeille; les parois de cette cavité se rapprochent, l'ouverture se resserre insensiblement, mais souvent la guérison n'est parfaite qu'au bout de plusieurs années: la durée de cette espèce de cicatrisation est au reste subordonnée au volume de la tumeur. Quoique la térébration du sinus maxillaire soit le seul moyen de guérir les polypes de cette cavité, un chirurgien prudent ne doit y recourir que lorsqu'il y a possibilité d'opérer l'éradication complète de la tumeur; car si on l'attaquait sans la détruire entièrement, on la ferait dégénérer en un carcinôme incurable et mortel. On doit encore s'abstenir de toute opération lorsque l'affection des parties molles s'est communiquée aux os, que le tissu de ces organes est altéré, et que les parties environnantes sont elles-mêmes malades et squirrheuses. Le chirurgien, ne pouvant plus espérer alors d'enlever tout le mal, doit s'abstenir de toute opération; elle ne ferait qu'ajouter de nouvelles douleurs aux douleurs de la maladie, et, en hâtant les progrès de celle-ci, rendre la mort plus certaine et plus prompte.

Nous le répétons, il est indispensable de détruire la tumeur jusque dans ses racines, en cautérisant profondément. Mais cette entière destruction n'est pas toujours possible; et il arrive souvent qu'après une opération qui promettait le plus heureux succès, le mal reparait plus terrible que jamais, et laisse à peine au chirurgien la consolation de calmer les souffrances qui doivent précéder la mort.

§ 6. — Fistules du sinus maxillaire.

Les fistules du sinus maxillaire ont leur ouverture extérieure sur la joue et plus ordinairement dans le bord alvéolaire. Les premières sont presque toujours le résultat d'un abcès du sinus, et guérissent, comme nous l'avons dit, par la térébration du bord alvéolaire. Les incisions et les caustiques qu'on emploierait pour détruire les callosités seraient tout à fait inutiles. La fistule disparaît du moment où le pus trouve une issue facile par un point déclive.

Les fistules qui s'ouvrent dans le bord alvéolaire ou dans ses environs dépendent de diverses causes, parmi lesquelles la plus ordinaire est encore l'abcès du sinus. Dans ce cas, le pus coule par l'alvéole d'une dent qui est tombée ou qui a été arrachée, mais l'ouverture qui lui donne passage est trop étroite pour qu'il puisse sortir libre-

ment; il faut agrandir cette ouverture, et faire par là des injections détersives dans le sinus.

Il est rare que la communication du sinus avec une alvéole dont le fond a été détruit par l'arrachement d'une dent donne lieu à une fistule lorsque la membrane du sinus est saine. Cependant quand la perte de substance au fond de l'alvéole est considérable, l'ouverture peut rester fistuleuse et laisser couler dans la bouche une matière muqueuse ou séreuse, quelquefois salée. Un chirurgien instruit et attentif ne confondra pas cet écoulement avec un écoulement purulent, et s'abstiendra de remèdes inutiles et d'opérations plus inutiles encore. Ces sortes de fistules ne guérissent jamais. Si l'air et les aliments s'introduisent dans le sinus et y causent de la gêne, on fera porter au malade un obturateur en cire à laquelle on ajoutera un peu de poudre de corail pour lui donner plus de consistance.

Quoique petite, l'ouverture que produit dans le fond d'une alvéole la chute ou l'évulsion d'une dent, peut rester fistuleuse lorsque ses bords sont dénudés et nécrosés. On juge que la fistule dépend de cette cause, à son étroitesse, et au bruit que produit un stylet en frappant la circonférence osseuse de l'ouverture. La guérison de cette espèce de fistule tient à l'exfoliation de la portion d'os nécrosée, et cette exfoliation est une opération de la nature que l'art ne peut accélérer par aucun moyen.

Lorsque, pour un abcès du sinus maxillaire, on a pratiqué l'ouverture au-dessus du bord alvéolaire, suivant la méthode de Lamorier, la perte de substance et l'éloignement d'une paroi à l'autre s'opposent à l'oblitération complète de l'ouverture, qui devient fistuleuse. Les mêmes causes s'opposent aussi à l'entière occlusion de l'ouverture faite à la paroi antérieure du sinus dans le cas de tumeur produite par l'amas du mucus dans cette cavité; j'ai vu deux fistules de ce genre. Quand l'ouverture est étroite, la fistule ne cause aucune incommodité; mais lorsqu'elle a une certaine largeur, les aliments pénètrent dans le sinus, et l'on est obligé, chaque fois que le malade a mangé, de nettoyer cette cavité en y injectant une liqueur: on peut prévenir cet inconvénient en introduisant dans la fistule un petit morceau d'éponge attaché à un fil, et que l'on retire le soir après le dernier repas.

§ 7. — Nécrose du sinus maxillaire.

Les parois du sinus maxillaire sont si minces et contiennent si peu de substance spongieuse, qu'elles ne sont guère susceptibles que de l'espèce de carie que l'on désignait autrefois sous le nom de carie sèche et que l'on appelle aujourd'hui nécrose. La portion alvéolaire elle-même, quoique renfermant de la substance spongieuse, n'est presque jamais attaquée de carie proprement dite; mais elle est fréquemment frappée de nécrose. Cette maladie peut survenir à la suite d'une percussion; elle peut dépendre d'une cause interne, et particulièrement du virus vénérien; mais le plus ordinairement elle est produite par la carie des dents et succède à l'engorgement et à la suppuration de la membrane du sinus. La nécrose qui dépend de cette dernière cause cède communément à la perforation du bord alvéolaire, lorsque cette perforation est assez largement faite pour que la matière purulente s'écoule aisément et qu'on puisse y pousser facilement les injections qui doivent le déterger. Cependant on a pensé que, dans les cas où plusieurs points du sinus sont nécrosés et où il existe en même temps une ouverture fistuleuse au bord alvéolaire, et une autre vers sa partie supérieure, un séton passé d'une ouverture à l'autre peut déterminer la matière à couler par la bouche, servir à porter un digestif sur la membrane du sinus, et empêcher l'oblitération intempestive des ouvertures; on a employé ce moyen, et les malades sont guéris. Mais il est probable que leur guérison eût été aussi prompte si l'on eût perforé largement le bord alvéolaire, et certainement elle eût été moins douloureuse.

L'arcade alvéolaire est la partie de l'os maxillaire supérieur le plus souvent affectée de nécrose: cette maladie peut dépendre de la rupture et de la dénudation de l'os dans l'arrachement d'une dent. Elle a peu d'étendue alors; la portion dénudée s'exfolie bientôt, et les gencives se réunissent avec les bourgeons charnus qui s'élèvent de la surface saine de l'os. La cause la plus ordinaire de la nécrose du bord alvéolaire est la carie des dents. La nécrose peut encore être produite par une cause interne, par les vices vénérien, scorbutique, etc. Dans tous ces cas, la maladie occupe ordinairement une grande étendue, et se trouve jointe souvent à la suppuration du sinus. La tuméfaction de l'os maxillaire et de la joue; au palais, une tumeur

d'où sort, lorsqu'elle est ouverte, une grande quantité de pus fétide, et dont la compression, quand elle n'est pas ouverte encore, donne lieu à un écoulement de matière par la narine; le gonflement, la mollesse et le décollement des gencives, l'ébranlement et la chute des dents molaires, l'écoulement du pus par les alvéoles, tels sont les phénomènes qui accompagnent et font reconnaître la nécrose du bord alvéolaire et la suppuration du sinus. Ces symptômes, joints à la couleur jaune ou noirâtre de l'os, à son dessèchement et au bruit qui se fait entendre lorsqu'on le frappe avec une sonde, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie.

Lorsque cette maladie n'est accompagnée d'aucun symptôme qui indique un vice général, et que le pus qui se forme dans le sinus s'écoule librement, on doit se contenter de faire des injections pour entraîner les matières purulentes. On a conseillé de découvrir la nécrose dans une grande étendue par des incisions convenables; mais ces incisions n'accélèrent en aucune manière l'exfoliation de la portion d'os nécrosée: on doit donc s'en abstenir, à moins qu'elles ne soient indiquées pour empêcher le croupissement du pus, et favoriser sa sortie. Le cautère actuel, qu'on emploie si utilement dans la carie proprement dite, ne serait ici d'aucune utilité pour avancer l'exfoliation de la portion d'os morte. Lorsque la nécrose du bord alvéolaire est jointe à la suppuration du sinus maxillaire, et que le pus s'écoule difficilement de cette cavité, on doit agrandir l'ouverture. Si la maladie est accompagnée d'un vice général, on le combat par les remèdes appropriés à son espèce. Après un temps plus ou moins long, la portion d'os nécrosée se détache et comprend quelquefois la plus grande partie de l'arcade alvéolaire. Si les parties molles la retiennent, on l'en sépare avec un bistouri. La chute de cette portion d'os laisse une ouverture qui communique dans le sinus. En y portant le doigt, on trouve quelquefois d'autres portions d'os altérées, qui tardent peu à tomber. Les bords de cette ouverture se rapprochent peu à peu et finissent par se réunir.

§ 8. — Exostose des parois du sinus maxillaire.

Comme tous les autres os du corps, ceux qui forment les parois du sinus maxillaire sont susceptibles de s'engorger, de s'épaissir et de former une tumeur osseuse. Cette exostose est inégale, prolongée en

différents sens suivant le degré de résistance que lui opposent les parties qu'elle soulève, dure extérieurement, molle, fongueuse intérieurement. La partie dure ou extérieure a quelquefois jusqu'à un pouce d'épaisseur. Elle est toujours osseuse; mais tantôt elle est compacte, très-dure et en quelque sorte éburnée, tantôt son tissu est spongieux, serré et presque semblable à la pierre ponce; quelquefois enfin elle est compacte dans un point, et spongieuse dans l'autre. La partie intérieure ou non osseuse de l'exostose du sinus maxillaire est formée par une substance blanche, assez dure, quoique spongieuse, et semblable à l'agaric un peu mou. D'autres fois, au lieu de cette substance, la tumeur contient un liquide muqueux dont la couleur et la consistance varient. Le volume de la tumeur dépend donc tout à la fois de l'épaississement des parois du sinus et de leur écartement. Ces parois étant soulevées par la substance spongieuse dont il a été parlé, ou par le mucus qui la remplace quelquefois, la forme du sinus se trouve changée et ses dimensions singulièrement augmentées. Les causes de l'exostose du sinus maxillaire sont peu connues. Elle peut dépendre d'un vice interne, particulièrement du virus vénérien.

Le diagnostic de cette maladie n'est pas toujours aussi facile qu'on le croirait au premier coup d'œil: la dilatation des parois du sinus par du pus, et surtout par du mucus, ou par un sarcome, peuvent en imposer et faire croire à l'existence d'une exostose. Cependant les circonstances commémoratives, et un examen attentif, feront, je pense, éviter toute erreur. Dans la suppuration du sinus maxillaire, le sinus ne se dilate pas, ou se dilate peu; il sort du pus par la narine correspondante, par une alvéole dont le fond est percé, ou par une ouverture fistuleuse de la joue ou du bord alvéolaire. Les hémorrhagies, l'écoulement habituel d'une sanie fétide, d'un ichor âcre par la narine, la sortie d'une portion de la tumeur au travers d'une alvéole rompue, du palais détruit, ou de quelque autre ouverture accidentelle, ne sont jamais l'effet d'une exostose, et ne peuvent être produits que par un polype. La dilatation du sinus, par un amas de mucus épais, donne lieu à une tumeur dont les caractères ont de l'analogie avec ceux de l'exostose; mais la forme et la consistance de ces deux tumeurs sont différentes. Dans la première, la surface est unie; elle est inégale dans la seconde; dans l'exostose, les parois du sinus sont épaisses, dures, résistantes; dans l'hydropisie, au contraire, les dimen-

sions de l'os étant augmentées aux dépens de ses parois, l'os aminci résiste peu, et présente au toucher un peu de mollesse.

L'exostose du sinus maxillaire est toujours une maladie fâcheuse. Cependant sa gravité est proportionnée à son étendue et à la rapidité de ses progrès. Lorsqu'elle a pris un certain accroissement, si elle cesse de grossir, soit par l'effet des remèdes, soit spontanément, elle peut n'avoir d'autre inconvénient que celui de la difformité. Mais quand l'exostose va toujours croissant, à mesure que son volume augmente, elle exerce sur les parties voisines une pression qui en change la situation et en trouble les fonctions. Ainsi, d'une part, elle déprime la portion palatine des os maxillaire et palatin du même côté, de façon que la langue est gênée dans ses mouvements, pendant qu'en haut, elle presse assez fortement le plancher de l'orbite pour pousser l'œil en dehors. Elle peut même, lorsque son volume devient énorme, détourner le cours naturel des larmes, s'opposer à la mastication, gêner la déglutition, rendre même la respiration difficile. Outre ces phénomènes qui sont des résultats mécaniques de l'accroissement de la tumeur, la dégénération en cancer de la substance fongueuse qui en forme l'intérieur peut donner lieu à d'autres effets morbifiques. Comme ces effets sont les mêmes que ceux des polypes carcinomateux du sinus maxillaire, nous nous abstenons d'en parler ici.

Dans le traitement de l'exostose du sinus, on doit avoir égard à l'ancienneté de la tumeur, à son volume, à sa cause, et aux circonstances qui l'accompagnent. Lorsque l'exostose est récente, on peut espérer d'en arrêter les progrès, et même de la faire disparaître; mais il importe avant tout de chercher à connaître si la maladie est locale, ou si elle provient d'un vice interne, et particulièrement du vice vénérien. Dans ce dernier cas, on doit faire subir au malade un traitement antivénérien complet; on le doit même encore, quoique l'exostose soit ancienne et volumineuse, si le malade n'a pas été soumis à un traitement complet et méthodique.

Un postillon d'une grande maison portait depuis plus de dix ans une exostose du sinus maxillaire gauche. De ce côté, l'œil était larmoyant et poussé en avant, le nez déjeté à droite, la narine bouchée, et la voûte palatine un peu bombée. La tumeur était fort saillante en haut et en dehors, et la peau qui la couvrait rouge et luisante. Le visage de cet homme était vraiment hideux. L'exostose avait paru

peu de temps après l'infection vénérienne et l'apparition de quelques autres symptômes. Elle avait grossi lentement; mais depuis plusieurs années elle n'avait fait aucun progrès. Dououreuse d'abord, elle avait cessé de l'être en cessant de croître. C'est pendant la glorieuse campagne de Marengo, et en suivant le chef de l'armée, auquel il était attaché, que ce postillon fit disparaître les autres symptômes vénériens, en prenant de la liqueur de Van Swieten et en faisant quelques frictions.

Menacé d'être mis à la retraite, à cause de sa difformité, cet homme crut devoir tout entreprendre pour la faire disparaître. Il sollicita et obtint d'un médecin une ordonnance pour deux livres de liqueur de Van Swieten. Il se servit huit fois, chez différents pharmaciens, de la même ordonnance, et après avoir pris, sans conseil et sans guide, en moins de trois mois, cent vingt-huit grains de muriate suroxygéné de mercure, il se trouva entièrement débarrassé de sa tumeur. L'œil était rentré dans l'orbite, le larmolement avait cessé, les narines étaient libres, on voyait vers le haut de la joue un enfoncement qui provenait de l'adhérence de la peau en cet endroit.

Lorsque l'exostose est une affection purement locale, ce n'est guère qu'aux remèdes locaux qu'on peut avoir recours. Mais les topiques sont bien peu efficaces, quelle que soit la forme sous laquelle on les applique, et quelque persévérance qu'on mette dans leur usage. Cependant comme ils sont sans inconvénients, on peut les employer pendant un certain temps, surtout si l'exostose est récente, et les faire concourir au traitement, avec les remèdes internes, quand elle tient à une affection générale.

Si les moyens thérapeutiques dont nous venons de parler n'ont point eu de succès, et que l'exostose cesse de faire des progrès, il vaut mieux l'abandonner à elle-même que d'entreprendre, pour la guérir et faire disparaître la difformité qu'elle cause, une opération difficile, douloureuse, et dont le succès est fort incertain. Mais lorsque la tumeur fait des progrès rapides, qu'elle est douloureuse, qu'elle gêne ou empêche les fonctions des parties voisines, on ne doit pas hésiter d'en entreprendre l'ablation: tout retard dans ce cas serait dangereux, et ajouterait de nouvelles difficultés à l'opération.

Il est très-difficile d'établir la marche qu'on doit suivre dans cette opération. La forme et le volume de la tumeur varient tant, qu'un seul procédé ne pourrait convenir dans tous les cas, et que plusieurs

même seraient encore insuffisants. C'est dans ces circonstances que le génie doit suppléer aux lacunes que présente la partie dogmatique de l'art.

Lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse, on peut l'attaquer dans l'intérieur de la bouche. Mais lorsque son volume est très-grand, il serait impossible de porter et de faire agir par cette voie les instruments propres à la détruire. On est obligé alors d'inciser crucialement la peau et les autres parties molles qui couvrent la tumeur, et de disséquer les lambeaux pour la mettre à découvert. Quand l'exostose est ainsi mise à nu, on la scie à sa base, et on achève de la détruire avec le trépan, la gouge et le maillet. Si l'intérieur de la tumeur contient une substance fongueuse, on l'enlève le plus exactement possible, en se servant des instruments les plus convenables : les portions de cette substance qu'on n'aura pu enlever seront consumées avec un cautère actuel. Le vide résultant de la destruction de la tumeur se remplira peu à peu et par l'abaissement des bords et par l'élévation du fond. Des exostoses très-volumineuses du sinus maxillaire ont été guéries par le procédé dont nous parlons. Mais, malgré ces succès, on ne doit attaquer ces sortes de tumeurs qu'avec circonspection; et il y a plus que de la témérité à toucher à celles qu'accompagne un très-grand désordre.

§ 9. — Corps étrangers dans le sinus maxillaire.

Les corps étrangers qu'on trouve quelquefois dans le sinus maxillaire y ont pénétré ou par l'ouverture naturelle de cette cavité, ou par une ouverture accidentelle. La situation et l'étroitesse de l'entrée du sinus rendent très-difficile l'introduction des corps étrangers par cette voie. Cependant on cite quelques exemples de vers ascarides, même de vers lombricoïdes, trouvés dans le sinus. Aucun symptôme constant, souvent même aucun signe apparent, n'indique l'existence de ces vers, et ce n'est qu'en les voyant sortir par une ouverture accidentelle, ou qu'après la mort, qu'on reconnaît ce genre d'affection.

Les corps étrangers qu'on trouve quelquefois dans le sinus maxillaire, et qui ont pénétré par une ouverture accidentelle, sont ou des balles, ou des fragments de fer lancés par la poudre à canon; des portions d'os ou des dents qui ont été enfoncées dans cette cavité par

l'effet d'une contusion, ou par la maladresse d'un dentiste; des débris d'aliments ou des portions d'appareil. Si ces corps étrangers ne sortent pas par l'ouverture qui leur a livré passage, ils peuvent, en restant dans le sinus, retarder la cicatrisation de la plaie, ou, si la plaie vient à se fermer, déterminer de la suppuration et un amas de pus. La première chose que doit faire le chirurgien qui est appelé pour une blessure de cette partie, c'est d'examiner si le corps vulnérant est resté en totalité ou en partie dans le sinus, et d'en faire l'extraction. Mais si on ne réclame ses soins qu'après la cicatrisation de la plaie, et pour des accidents consécutifs, il doit, quand ces accidents indiquent qu'il s'est formé un abcès dans le sinus, ouvrir un passage au pus (voy. p. 110 et suiv.), explorer le sinus avec son doigt ou un stylet, et s'il s'y trouve un corps étranger, le retirer en se servant de pinces droites ou courbes.

ARTICLE IV.

Maladies des sinus frontaux.

Les sinus frontaux sont exposés aux mêmes maladies que les sinus maxillaires; mais ces maladies sont plus rares et moins connues que celles de ces derniers.

§ 1. — Plaies des sinus frontaux.

Les plaies des sinus frontaux qui résultent de l'action des instruments piquants ou tranchants ne présentent aucun danger lorsqu'elles ne s'étendent point à la paroi postérieure du sinus. Quand cette paroi est lésée, la maladie rentre dans la classe des plaies de la tête, auxquelles nous avons consacré un article particulier.

En frappant les sinus frontaux, les corps contondants peuvent fracturer et enfoncer leur paroi antérieure sans diviser les parties molles, ou en divisant ces parties. Dans le premier cas, la fracture n'exige aucun traitement particulier : on remédiera à la contusion, et l'enfoncement qui restera sera moins difforme que la cicatrice de la plaie qu'il faudrait faire pour relever les fragments. Dans le second