

il n'en est pas de même du sinus maxillaire, dont les affections sont assez communes.

Maladies du sinus frontal. — A propos de la région sourcilière, j'ai parlé des fractures du sinus frontal, je n'y reviendrai pas ici.

J'ai également déjà signalé la pénétration dans les sinus frontaux de larves d'insectes (la lucilie hominivore) qui peuvent se développer et causer de très graves accidents ; mais ce sont là des lésions dont il suffit de faire mention. On conçoit que des corps étrangers, tels que balles, grains de plomb, etc., puissent s'y loger.

L'inflammation de la muqueuse qui tapisse les sinus frontaux doit être très commune, car il est vraisemblable que les douleurs frontales qui accompagnent si souvent le coryza aigu en sont la conséquence, mais elle disparaît en général avec le coryza sans laisser de traces.

Il peut cependant n'en pas être ainsi : sous une influence qu'il est difficile de préciser, peut-être une disposition anatomique spéciale, l'inflammation persiste dans la cavité du sinus et peut donner naissance à l'affection décrite sous le nom d'hydropisie ou d'abcès du tissu frontal. J'ai observé récemment un avocat qui, à la suite d'une longue station sur le pont au Change, fut atteint de coryza aigu accompagné d'une douleur frontale telle qu'il dut quitter le palais. Depuis cette époque, l'inflammation a persisté et produit des signes que je vais signaler plus loin.

On conçoit que l'ostéite, la nécrose du frontal, puissent donner naissance à des collections purulentes du sinus, mais ces cas n'ont rien de spécial et rentrent dans la catégorie des abcès du crâne qui ont été étudiés plus haut.

Une douleur plus ou moins intense siégeant toujours dans le même point, la région du sinus, douleur différant de celle de la migraine en ce qu'elle ne s'accompagne pas de troubles gastriques, et ayant succédé à un coryza aigu, est à peu près le seul symptôme par lequel se révèle cette affection dans les premiers temps. Mais bientôt apparaissent deux signes spéciaux : un écoulement par les fosses nasales et la déformation de la région frontale. Le malade raconte qu'il est atteint d'un écoulement séro-purulent par l'une des narines, et que cet écoulement est intermittent. Il n'a jamais lieu pendant la nuit lorsque le malade est couché, mais seulement

quand il est debout et surtout lorsqu'il incline la tête en avant, pour écrire, par exemple. On peut considérer ce signe comme pathognomonique, car, si le liquide ne provient pas du sinus maxillaire, ou si ce n'est pas du liquide céphalo-rachidien, ce qu'il est facile de reconnaître par l'examen direct et surtout par l'analyse chimique, il ne saurait provenir que du sinus frontal, du moment où il ne s'écoule que dans la position déclive de la tête.

La déformation de la région frontale consiste en une saillie exagérée de la région sourcilière par rapport à celle du côté opposé. Les parois du sinus sont en effet peu à peu distendues par le liquide : la paroi antérieure du côté de la peau ; la paroi postérieure du côté de la cavité crânienne ; la paroi inférieure du côté de l'orbite. Il peut même, dans ce dernier cas, survenir de l'exophtalmie. On conçoit d'ailleurs que cette distension varie suivant que l'écoulement au dehors du liquide se fait plus ou moins facilement.

Je rappelle que l'orifice constant du sinus maxillaire se trouve dans l'infundibulum qui fait communiquer le méat moyen avec le sinus frontal, et qu'en conséquence une partie du liquide qui s'écoule de ce dernier sinus tombe non dans la fosse nasale, mais dans l'antre d'Highmore : aussi les malades accusent-ils une certaine douleur dans la région de la fosse canine.

Que deviennent les collections du sinus frontal ? L'écoulement par le nez peut persister indéfiniment et constituer une sorte de soupape de sûreté, mais il se peut aussi que les parois du sinus se distendent et s'amincissent de plus en plus au point de se perforer, surtout du côté de la peau : il en résulte alors la formation d'une *fistule* qui persiste. On conçoit la gravité de l'ouverture du côté de l'encéphale.

Le traitement de cette affection n'est pas sans présenter de réelles difficultés : lorsque les symptômes sont peu accusés et que le malade n'éprouve qu'une gêne plus ou moins grande ; lorsque l'état général est normal, je suis d'avis qu'il n'y a pas lieu d'intervenir d'une façon chirurgicale ; il faut surveiller attentivement les phénomènes du côté du cerveau, du côté de l'orbite, et attendre. Il est malheureusement difficile, sinon impossible, de porter des substances modificatrices dans la cavité atteinte : le canal de communication du sinus avec la fosse nasale est tellement sinueux que je ne vois guère le moyen d'y faire pénétrer ni liquides ni gaz. Pour cela, il faudrait agrandir ce canal, ce qui serait d'ailleurs assez facile ; étant connue la direction de l'infundibulum du méat

moyen, on y pourrait faire pénétrer un trocart courbe assez volumineux pour y introduire une sonde, évacuer le contenu et faire des lavages dans le sinus. Peut-être pourrait-on songer à cette opération avant d'en pratiquer une plus importante, d'autant plus qu'elle ne présenterait que peu de gravité. L'objection la plus sérieuse, c'est que l'orifice ainsi produit aurait sans doute une grande tendance à se resserrer, ce qui rendrait nécessaire une nouvelle intervention.

Lorsque des accidents menaçants se développent du côté du cerveau ou du côté de l'orbite; lorsque la distension du sinus est considérable et provoque de violentes douleurs qui réagissent sur l'état général du malade, il n'y a plus qu'un parti à prendre, c'est d'ouvrir la cavité du sinus à l'aide d'une couronne de trépan, en pratiquant une incision parallèle à la ligne des sourcils préalablement rasés : mais l'opération ne devrait pas se borner là. En effet, lorsque le sinus frontal a été ouvert pour une cause quelconque, il reste souvent à la suite une *fistule* dont la guérison présente les plus grandes difficultés, ce qui se conçoit, puisque les parois de la cavité suppurante ne peuvent se rapprocher complètement de façon à l'oblitérer. Or la fistule se produira fatalement, si l'orifice de communication du sinus frontal avec les fosses nasales est fermé. Pour débarrasser les malades de cette infirmité des plus pénibles ou pour la prévenir, il faut donc assurer l'écoulement du produit de sécrétion par ses voies naturelles, c'est-à-dire par les fosses nasales. En conséquence, je pense qu'après avoir largement ouvert la paroi antérieure du sinus il faudra faire pénétrer un stylet soit de bas en haut, soit de haut en bas, dans l'orifice de communication avec les fosses nasales, et introduire un drain à travers cet orifice que l'on agrandirait au besoin. Si l'orifice était oblitéré, il serait encore plus nécessaire de le rétablir, car la guérison de la fistule est à ce prix.

Le sinus frontal peut être le siège de tumeurs osseuses éburnées dont j'ai déjà parlé plus haut à propos des tumeurs du crâne et sur lesquelles je reviendrai en étudiant le sinus maxillaire.

Maladies du sinus maxillaire. — Le sinus maxillaire est rarement le siège de traumatismes. Dans un grand délabrement de la face, sa paroi antérieure peut être déprimée, défoncée; sa

cavité remplie de sang, et l'on conçoit que des corps étrangers puissent s'y loger et y demeurer sans qu'on en soupçonne la présence. Le traitement est des plus simples, car il suffit d'attendre la réparation des désordres produits, en donnant au malade des soins généraux. Si l'on pouvait supposer l'existence d'un corps étranger, il suffirait, pour l'extraire, d'ouvrir la paroi antérieure du sinus par la fosse canine.

Les inflammations de la muqueuse du sinus maxillaire sont également très rares, ainsi que les collections purulentes de cette cavité. Les ostéites, les nécroses de la mâchoire supérieure sont susceptibles de les déterminer, mais d'une façon secondaire. La cause la plus ordinaire des affections inflammatoires du sinus maxillaire est le rapport qu'il affecte avec la racine des molaires; une très mince couche osseuse sépare le fond de l'alvéole de la muqueuse et quelquefois même la racine est à nu dans le sinus. Il est donc aisé de concevoir que les ostéo-périostites alvéolo-dentaires, les altérations de la racine des dents, puissent à la longue déterminer une inflammation de voisinage.

On ne peut guère que soupçonner l'existence d'un abcès du sinus par l'existence et la persistance de douleurs vives, profondes, siégeant dans l'épaisseur de la mâchoire supérieure avec intégrité des parties molles de la région.

Il est toutefois extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que dans ce cas il ne s'agit pas d'une tumeur organique à son début. Ce ne sont que la marche de la maladie et le résultat fourni par l'opération qui fixent le diagnostic. On pourrait encore songer à une névralgie du nerf sous-orbitaire, mais les névralgies présentent des caractères particuliers qui permettent d'éviter l'erreur : les douleurs sont alors paroxysmiques, intermittentes, rayonnantes.

Un cas plus complexe est celui dans lequel existerait une névralgie du nerf sous-orbitaire en même temps qu'une inflammation du sinus maxillaire, et le fait est possible, en raison des rapports anatomiques qui existent entre le nerf et la paroi supérieure du sinus. Dans un cas de ce genre, après avoir réséqué le nerf sous-orbitaire au fond de l'orbite, j'ouvris largement le sinus et trouvai la muqueuse très épaissie, tomenteuse, remplissant presque complètement la cavité. Je nettoyai le sinus et le lavai avec une solution phéniquée forte. Les accidents d'une intensité extrême qui

avaient nécessité cette opération ne disparurent que peu à peu, à mesure que l'inflammation du sinus disparaissait elle-même, preuve, ce me semble, que la névralgie n'était que secondaire.

Lorsqu'on a des raisons de croire qu'il existe dans le sinus maxillaire une collection purulente, il faut donner issue au pus par une opération qui porte le nom de trépanation du sinus, opération des plus simples que l'on peut pratiquer par deux voies différentes : le fond d'un alvéole ou la fosse canine. Lorsqu'une molaire manque (les petites molaires ou la première grosse molaire), la voie alvéolaire est tout indiquée, puisqu'elle mène directement dans le sinus et dans le point le plus déclive : mais, s'il ne manque pas de dents, il est préférable de pénétrer au niveau du pli gingivo-labial et d'ouvrir la cavité par sa paroi antérieure. On se sert à cet effet d'une sorte de poinçon conique et triangulaire.

Cette opération est très simple, on peut dire inoffensive, et cependant il faut ne la pratiquer que lorsqu'elle est bien réellement indispensable, parce qu'elle laisse souvent après elle une *fistule* dont la guérison est parfois d'une difficulté insurmontable. L'impossibilité de rapprocher les unes des autres les parois osseuses du sinus rend bien compte de la production de ces fistules, surtout lorsque l'orifice siège au fond d'un alvéole. Il semble que la cure de la fistule soit plus aisée lorsque celle-ci occupe la fosse canine, car l'orifice peut être recouvert par la muqueuse et le périoste. La fistule a d'autant plus de chances de devenir permanente que l'on est obligé de laisser plus longtemps dans son intérieur le tube qui sert à faire les lavages quotidiens. Pour mettre le malade à l'abri de l'écoulement incessant de pus dans la bouche, on n'a parfois d'autre ressource que celle d'introduire un bouchon dans l'orifice. L'ouverture du sinus maxillaire expose donc les malades à une véritable infirmité, ne doit être faite qu'à bon escient, et je pense qu'à moins de raisons spéciales la voie de la fosse canine est la meilleure.

Je ne parle que pour mémoire du cathétérisme du sinus maxillaire que l'on avait la prétention de faire par le méat moyen des fosses nasales à travers l'orifice de communication de ces deux cavités. Il suffit, pour juger cette manœuvre, de dire que le plus souvent cet orifice n'existe pas.

Les *kystes* du sinus maxillaire sont une affection relativement

commune. Avant les recherches de Giraldès, on donnait en général à cette affection le nom d'hydropisie du sinus, parce qu'on supposait que le liquide occupait la cavité même du sinus, c'est-à-dire était sécrété par la muqueuse, tandis que les kystes se développent primitivement dans la muqueuse aux dépens des glandes qu'elle renferme dans son épaisseur. Ces kystes remplissent peu à peu la cavité osseuse et en distendent les parois tout comme le ferait une collection de liquide directement épanchée dans la muqueuse.

D'autres kystes développés dans le voisinage du sinus maxillaire aux dépens du système dentaire finissent également par faire saillie dans le sinus, le remplissent, et les signes cliniques fournis par ces productions d'origine différente arrivent à se confondre tellement qu'il est impossible de les différencier les unes des autres au lit du malade. Le sinus maxillaire est rempli par une collection liquide, voilà ce que la clinique apprend. Quant à savoir si le liquide est ou non enkysté, et dans ce dernier cas à reconnaître d'où part le kyste, c'est affaire à l'anatomie pathologique, et cette notion n'a d'ailleurs qu'une médiocre importance pour le traitement. Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

Des tumeurs du sinus maxillaire en général. — Le sinus maxillaire peut être le point de départ des néoplasmes que l'on observe dans les autres régions : sarcome, épithéliome, carcinome, etc., qui se développent aux dépens de la muqueuse. Il faut toutefois remarquer que dans la très grande majorité des cas le sinus n'est envahi que secondairement par des productions morbides primitivement situées dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Ce serait donc faire double emploi que de décrire ici la marche, l'évolution de ces tumeurs et les symptômes qu'elles provoquent, d'autant plus qu'ils sont à peu près identiques, quel que soit le point de départ primitif. C'est à grand-peine si l'on peut sur le vivant reconnaître ce point de départ, et quelquefois même on n'y réussit pas avec la pièce pathologique entre les mains. J'ajoute que pour le traitement il n'importe en rien qu'une tumeur de la mâchoire ait pris son point de départ dans le sinus ou dans l'épaisseur du rebord alvéolaire : je renvoie donc l'étude des tumeurs du sinus maxillaire au chapitre : « Tumeurs du maxillaire supérieur. »

Je crois cependant devoir faire exception pour l'une d'entre

elles qui présente des caractères bien particuliers dont j'ai parlé plusieurs fois déjà : c'est l'*ostéome*. Cette tumeur mériterait d'être décrite sous le nom d'*ostéome de la face*, parce qu'elle peut prendre son point de départ dans le sinus frontal, l'orbite, les fosses nasales, le sinus maxillaire, et dans ces divers cas présente des caractères identiques. J'ajoute que, lorsque la tumeur est volumineuse et a refoulé les parties, il est souvent impossible de déterminer rigoureusement son point de départ. Disons aussi que son extrême rareté en constitue presque une curiosité pathologique.

Ces tumeurs sont remarquables au point de vue pathogénique en ce qu'elles paraissent se développer ordinairement aux dépens non pas des os eux-mêmes, mais de la couche profonde de la fibro-muqueuse qui tapisse l'appareil de l'olfaction. Cette muqueuse jouant dans ces régions le rôle de périoste, on peut donc dire que ce sont des productions périostales.

On ne saurait les méconnaître sur le vivant, car elles présentent la marche des tumeurs bénignes, c'est-à-dire une marche extrêmement lente, et sont d'une dureté pierreuse. C'est en effet un de leurs caractères les plus constants que d'offrir la consistance éburnée. Elles contiennent parfois dans leur épaisseur du tissu spongieux, mais le plus souvent un tissu qui ressemble à de l'ivoire, aussi sont-elles inattaquables avec nos instruments ordinaires, et l'on conçoit que Michon, par exemple, ait pu jadis passer un temps infini à diviser ce qu'il considérait comme le point d'attache de la tumeur. Or il résulte de l'origine périostale de ces tumeurs, ainsi que le fit remarquer Dolbeau, qu'il n'y a pas en réalité de pédicule, de point d'attache au squelette; la tumeur est enclavée dans les os de la face et immobilisée dans une cavité osseuse. Les conséquences opératoires qui découlent de cette disposition présentent une haute importance. Au lieu de chercher à détacher très laborieusement un pédicule qui n'existe pas, il faut à l'aide du ciseau et du maillet agrandir la loge osseuse qui contient la tumeur et, quand celle-ci est suffisamment dégagée, exercer à sa circonférence des pesées à l'aide d'un levier. L'opération devient alors relativement simple.

CHAPITRE IV

MALADIES DE LA BOUCHE ET DE SES DÉPENDANCES.

Je suivrai pour cette étude l'ordre que j'ai adopté dans mon *Traité d'anatomie topographique*, c'est-à-dire que je passerai successivement en revue les maladies :

- 1° De la région parotidienne;
- 2° De la joue;
- 3° Des lèvres;
- 4° De la région palatine;
- 5° Du plancher de la bouche;
- 6° De l'isthme du gosier;
- 7° De la mâchoire supérieure;
- 8° De la mâchoire inférieure;
- 9° Des dents et des gencives.

1° MALADIES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

A. Traumatismes. — La région parotidienne est assez rarement affectée de traumatismes. Par contre, les *plaies* qu'on y observe présentent une gravité particulière, en raison des vaisseaux et des nerfs qui s'y rencontrent; en raison aussi de la blessure de la glande parotide, dont une fistule salivaire peut être la conséquence.

Si la plaie est superficielle, elle ne diffère pas de celle des autres régions, tout au plus pourrait-elle avoir intéressé le nerf auriculo-temporal, ce qui n'offre pas grand inconvénient : mais, si la plaie est profonde, de quelque nature qu'elle soit, il peut survenir des accidents qui placent le chirurgien dans une situation fort embarrassante. Le principal est une hémorrhagie immédiate, provenant de la blessure d'une des nombreuses artères contenues dans la loge parotidienne ou dans son voisinage. La plaie porte-t-elle sur une collatérale : l'occipitale, l'auriculaire postérieure? Porte-t-elle sur le tronc de la carotide externe, ou même sur le tronc beaucoup plus profond de la carotide interne? Autant de questions dont la solution présente les plus grandes difficultés. Si la plaie est large et permet une exploration complète, on arrive à voir le vaisseau blessé, mais si la plaie est le résultat d'un