

*morragies* très-abondantes et très-difficiles à arrêter tant que la tumeur n'est pas enlevée, d'où la nécessité d'achever promptement l'opération.

### C. POLYPE DE MAUVAISE NATURE.

Le plus souvent ces tumeurs ne se développent pas dans les fosses nasales, mais au voisinage, et ce n'est que consécutivement qu'elles viennent faire saillie dans ces cavités. Ce sont surtout des tumeurs *encéphaloïdes*, *fibro-plastiques*, naissant de la membrane muqueuse, du périoste ou de l'os; on a signalé aussi des *tumeurs à myéloplaxes*, et plus rarement des *tumeurs à médullocèles* (voy. t. I, p. 438). Ces tumeurs peuvent envahir seulement les fosses nasales, ou se propager aux diverses cavités de la face. Les symptômes sont identiques à ceux des tumeurs fibreuses, avec lesquelles on les confond communément au début; mais à mesure que la maladie s'accroît, apparaissent les signes d'une production de mauvaise nature (*cachexie cancéreuse*, *douleurs vives*, etc.). Le plus souvent le diagnostic est facile; le pronostic toujours très-grave. Les moyens curatifs sont les mêmes que pour les *polypes fibreux*. On doit opérer de bonne heure, enlever largement le mal; le plus souvent, malgré ces précautions, la récidive ne tarde pas à arriver.

## SECTION XXIV.

### MALADIES DES SINUS FRONTAUX.

**1° Blessures.** Elles présentent des variétés subordonnées au genre d'instrument vulnérant, à l'étendue en profondeur de la lésion, celle-ci n'intéressant que la table externe du sinus ou les deux tables à la fois.

Si c'est un instrument *piquant* ou *tranchant*, et que la plaie ne s'étende pas au delà de la cavité du sinus, la blessure est peu grave; on a signalé la possibilité de la formation d'une fistule consécutive entretenue par le passage de l'air. Si l'instrument intéresse la table interne du sinus ou pénètre au delà, la blessure rentre dans les plaies pénétrantes du crâne (voy. t. I, p. 644). Les instruments *contondants* produisent des effets plus variables :

(a) Il y a fracture de la paroi antérieure du sinus et les téguments restent intacts ou tout au moins ne sont le siège que d'une contusion modérée. Si la fracture est comminutive, elle simule parfois une fracture avec enfoncement des fragments dans la cavité crânienne. Quelquefois l'air que contient le sinus et qui est en communication avec celui des fosses nasales s'insinue à travers la solution de continuité osseuse et s'infiltré dans le tissu cellulaire, d'où un *emphysème* plus ou moins étendu de la région frontale.

(b) La fracture de la paroi antérieure du sinus est compliquée de plaie des parties molles. Alors de deux choses l'une : ou la membrane qui tapisse le sinus reste intacte, ce qui doit être très-rare; ou cette membrane est déchirée. Dans le premier cas, on a avancé que le soulèvement de la membrane par l'air, qui tend à s'échapper par le sinus pendant l'expiration, simule les battements du cerveau et qu'on peut croire à l'existence d'une plaie pénétrante du crâne. Il faudrait un examen bien peu attentif pour commettre une pareille méprise, les mouvements de soulèvement de la masse cérébrale étant isochrones aux battements du cœur, les mouvements de soulèvement du sinus ne s'observant au contraire que dans les fortes expirations. Lorsque la muqueuse du sinus est déchirée, l'air sort à travers la plaie pendant les efforts d'expiration, et ce phénomène est un signe de la pénétration de la blessure dans le sinus. L'air peut aussi s'insinuer dans le tissu cellulaire de la région frontale et produire un emphysème. Quant aux mucosités fournies par la membrane du sinus et qui peuvent s'écouler au dehors, il est difficile de les confondre avec de la substance cérébrale ramollie.

(c) La fracture intéresse les parois antérieure et postérieure du sinus; elle rentre alors dans la catégorie des fractures pénétrantes du crâne (voy. t. I, p. 647).

Le diagnostic des blessures du sinus frontal n'est pas toujours facile, surtout quand les téguments sont intacts, que les fragments sont restés en place.

Le pronostic est subordonné à la profondeur de la lésion; lorsque la table interne du sinus est atteinte, il faut redouter les mêmes dangers que dans les fractures du crâne.

Les indications à remplir varient d'après le genre de blessure : si celle-ci consiste en une plaie par instrument piquant ou tranchant ne s'étendant pas au delà de la paroi antérieure du sinus, on se borne à l'application de compresses imbibées d'un liquide réfrigérant; on y ajoute une compression méthodique pour prévenir ou combattre l'emphysème. S'agit-il d'une fracture de la paroi antérieure du sinus, on a recours aux mêmes moyens; si les fragments de la fracture sont enfoncés, on ne fera de tentatives pour relever ces fragments, qu'autant qu'il existe une plaie des parties molles, ou qu'en l'absence de cette plaie, l'enfoncement soit assez prononcé pour laisser, après la consolidation, une difformité très-apparente. Dans les cas où une blessure du sinus compliquée de plaie des parties molles laisse à sa suite une fistule, on a recours à une compression méthodique exercée sur celle-ci; il est douteux que la fistule soit entretenue par le passage de l'air, et il est plus rationnel d'admettre qu'elle est due à la persistance de quelque lésion osseuse consécutive à la fracture. En cas de fistule entretenue par une perte de substance des parties molles de la région, on peut combler la brèche par une opération autoplastique.

Les fractures de la paroi postérieure du sinus réclament les mêmes indications que les fractures du crâne.

**2° Corps étrangers.** Les uns sont inanimés, les autres vivants; les uns