

## CHAPITRE IV

## AFFECTIONS DES SINUS DE LA FACE

## 1° MALADIES DU SINUS MAXILLAIRE

**Bibliographie générale.** — SARDAILLON, Th. d'agrég., Paris, 1844. — LECLERC (J.-A.), Th. de Paris, 1849. — GIRALDÈS, Th. de conc., Paris, 1851. — POINSOT, *Maladies des sinus*, in *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXIV, p. 69, 1877 (Bibliogr.). — GUYON, art. MAXILLAIRE du *Dict. encyclopédique*, 1872 (Bibliogr. très étendue.) BERGMANN, in *Deutsche Chir.*, Lief. 34, 1880.

§ 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques. — Corps étrangers

## 1° TRAUMATISMES

La situation du maxillaire supérieur, la saillie que forme sa paroi antérieure, expliquent la fréquence relativement assez grande des traumatismes de cette région.

Les plaies par instruments piquants et tranchants ne donnent lieu à aucun phénomène spécial. Les contusions et fractures sont loin d'être rares, ces dernières sont d'ordinaire de cause directe. Les unes et les autres reconnaissent pour origine les chutes sur la face, les coups portés sur cette région dans les rixes; enfin en chirurgie d'armée, l'action des divers projectiles. Pour éviter des redites, nous reviendrons sur ces fractures en faisant l'histoire de celles des maxillaires supérieurs.

Les contusions peuvent, au dire de Jourdain, Dupuytren, Velpeau, déterminer la formation de collections sanguines dans l'intérieur du sinus. Bermond (*Bull. méd. de Bordeaux*, nov. 1840), dans une observation fréquemment citée, aurait trouvé près de 1000 grammes de liquide dans la cavité d'Hygmore. Au moment de l'opération, le malade se rappelait avoir reçu une contusion vingt ans auparavant. Boissarie a rapporté, en 1879, à la Société de chirurgie, un fait analogue. Dans ce cas cependant il n'y avait pas eu de contusion; aussi l'auteur conclut-il à l'existence d'un épanchement qui se serait produit dans une cavité kystique. Le traitement consisterait à ouvrir le sinus, à le drainer et à faire dans sa cavité des injections détersives.

## 2° CORPS ÉTRANGERS

Les corps étrangers du sinus maxillaire sont le plus ordinairement des projectiles de toute espèce, qui ont défoncé une des parois de l'antra d'Hygmore

et se sont logés dans son intérieur. On a rencontré encore dans ce sinus des bourdonnets de charpie oubliés, un dé métallique qui avait servi de bout à un parapluie (BÉCLARD). Quelquefois un dentiste maladroit, voulant extraire une molaire, la repousse dans la cavité.

Les corps étrangers du sinus maxillaire peuvent pénétrer dans cette cavité. 1° Par les voies naturelles, on a vu des mouches s'introduire par les fosses nasales, arriver dans l'antra d'Hygmore et y déposer leurs œufs. 2° En fracturant la paroi antérieure (projectiles de tout genre). 3° Par une ouverture anormale. Après l'ablation d'une dent, lorsqu'il persiste une communication entre la cavité buccale et le sinus, quelques parcelles alimentaires pourront s'introduire dans cette cavité (DUPLAY). Enfin, LANGONI aurait rencontré des calculs dans ce sinus.

Ces corps déterminent d'ordinaire par leur présence une inflammation des plus vives qui peut arriver jusqu'à la suppuration (abcès du sinus), après laquelle persiste une fistule. Cependant PERCY, RAVATON, DESPRÈS ont cité des cas de tolérance surprenants.

L'existence d'une fistule fera soupçonner la présence d'un corps étranger; une sonde introduite par ce conduit arrivera quelquefois à rendre le fait évident. Dès lors il faudra, la lèvre supérieure étant soulevée, faire une incision dans le pli gingivo-labial, trépaner la paroi antérieure du sinus et extraire cet hôte incommode.

## § 2. — Inflammations du sinus maxillaire

**Bibliographie.** — DRACKE, in *Anthropologia novâ*, Londoni, 1721. — Jourdain, *Traité des dépôts dans le sinus maxil.*, etc., Paris, 1761, et *Journ. de méd. et de pharm.* par BACKER, VANDERMONDE et DONT, 1754-1793. — SALTER, in *Holme's Syst. of Surgery*, 1870.

Thèses de Paris. — 1876, H. BOUSQUET. — 1879, TRÉMOUREUX. — 1882, DE MADEC.

**Étiologie.** — L'inflammation des sinus maxillaires complique fréquemment le coryza aigu, ou bien elle est consécutive aux traumatismes divers de la région, aux lésions des parties voisines, ou enfin aux affections épidémiques et diathésiques.

Parmi les causes d'origine traumatique, nous devons signaler d'abord les contusions et fractures, mais surtout l'introduction d'un corps étranger dans la cavité du sinus.

De toutes les causes qui produisent les inflammations de l'antra d'Hygmore, les plus communes sont certainement les maladies des dents, du périoste alvéolo-dentaire et des gencives. Sur cinquante cas d'abcès du sinus, l'un de nous a constaté que quarante au moins étaient consécutifs à des altérations de ce genre. Enfin, Jourdain prétend avoir observé la présence de pus dans les sinus d'individus morts de fièvres malignes, en particulier de la variole. Le même auteur insiste encore sur l'influence des idiosyncrasies; la tuberculose, la syphilis sont des causes parfois efficientes, mais surtout prédisposantes des

lésions qui nous occupent. La syphilis, par suite des ravages qu'elle exerce sur les os de la face, peut revendiquer ici la première place.

**Variétés.** — L'inflammation des sinus peut être simple, ou déterminer la suppuration de cette cavité, bien improprement désignée sous le nom d'*abcès du sinus maxillaire*.

a. *Inflammation simple.* — L'inflammation simple se manifeste par des dou-

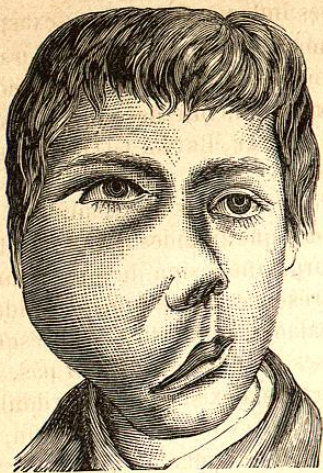


Fig. 108. — Abscès du sinus maxillaire. — Déformation. (D'après ALBERT.)

leurs sourdes, térébrantes absolument analogues à celles de la névralgie dentaire avec laquelle elle est presque toujours confondue. Le malade expulse en se mouchant des mucosités verdâtres, parfois sanguinolentes. L'affection passe souvent inaperçue, ou bien elle est tout simplement le premier stade de l'inflammation suppurative.

b. *Inflammation suppurative. Abscès du sinus.* — Les abcès du sinus donnent lieu à deux ordres de symptômes : généraux et locaux.

Les symptômes généraux, de beaucoup les moins graves, se bornent à quelques accès de fièvre accompagnés de nausées et de vomissements. Bien autrement importants sont les symptômes locaux. Parmi eux un des plus constants est la douleur, qui revêt ici un caractère particulier : elle est vive, pongitive, térébrante, a son siège principal à la joue, mais retentit du côté des dents, de la voûte orbitaire, où elle se localise parfois sur la branche sous-orbitaire du trijumeau. Cet état aigu dure de deux à quatre jours, puis soudain la fièvre tombe, la douleur diminue, le pus est alors formé. D'ordinaire il s'écoule au dehors pendant les efforts que le malade fait pour se moucher. Ce pus a des caractères bien nets : 1° son odeur est des plus désagréables ; 2° sa couleur, d'un brun chocolat ; son aspect épais, crémeux. Parfois ce liquide ne peut trouver aucune issue ; dans ce cas il se développe une ostéite des parois du sinus qui occasionne une déformation de la face du côté malade (fig. 108), une légère ophtalmie, une saillie de la voûte palatine, laquelle fait un relief appré-

ciable à la vue et au toucher. A la longue, si le chirurgien n'intervient pas, une ouverture spontanée se produit, le pus s'écoule, puis une fistule s'établit.

**Marche. Terminaison.** — Tels sont les caractères de l'abcès franchement aigu. Fréquemment le pus ne s'écoule que d'une façon intermittente, la cavité se vide fort mal. Cependant les symptômes inflammatoires s'amendent, et il persiste un écoulement qui devient des plus fétides.

La douleur, dans ces cas chroniques, est à peine marquée ; de temps à autre surviennent des poussées inflammatoires avec exaspération des douleurs.

Lorsqu'ainsi les phénomènes inflammatoires persistent, il peut se produire des perforations de la voûte palatine, des nécroses considérables du maxillaire ; on a vu même survenir la phlébite des sinus (MAIR), et une méningite suppurée (FOUCHER). Enfin SALTER, BRÜCK, GALEZOWSKI ont signalé des troubles sérieux du côté de la vision.

**Diagnostic.** — Les abcès du sinus maxillaire ont été confondus avec les diverses tumeurs tant solides que liquides qui se développent dans l'intérieur de cette cavité. Tout d'abord, une lésion du sinus étant donnée, il faut se demander si l'on est en présence d'une tumeur solide ou liquide. Pendant les premiers temps de la maladie, la question est presque insoluble ; plus tard, si l'écoulement par les fosses nasales ne s'établit pas, le diagnostic est des plus difficiles. Les commémoratifs, l'existence de ces douleurs suraiguës, la marche du mal, pourront seuls faire éviter l'erreur. Enfin, dans les cas douteux, la ponction exploratrice est parfaitement indiquée ; à fortiori, s'il existait une fistule, utiliserait-on son trajet pour l'exploration de la cavité.

**Pronostic.** — D'une façon générale, la terminaison des abcès du sinus est la guérison, néanmoins cette règle n'est pas absolue ; de plus, avant d'arriver à ce résultat, diverses complications peuvent se produire. Rarement, ainsi que nous l'avons dit, l'écoulement s'établit par les fosses nasales, et même dans ces cas heureux, l'orifice du sinus étant situé plus haut que le fond de cette cavité, il reste toujours une certaine quantité de pus dans l'antre d'Hygmore. Si l'on veut éviter les conséquences que peut entraîner la présence de ce liquide (fistules, nécroses, etc.), il ne faut pas hésiter à proposer l'intervention chirurgicale.

**Traitement.** — La première indication, la seule même est de donner issue au pus. Plusieurs procédés ont été conseillés pour cela.

1° Au siècle dernier, ALLOUEL (1737), et JOURDAIN (1765) tentent de pénétrer dans les sinus par les voies naturelles. Ce procédé, condamné par l'ancienne Académie de chirurgie, est justement abandonné de nos jours, malgré les tentatives qu'ont faites les auteurs du *Compendium* pour le réhabiliter.

2° Dès 1718, H. MEIBOMIUS avait proposé d'enlever une ou plusieurs dents, de préférence celles qui sont malades, et d'ouvrir, en perforant les alvéoles, une voie à l'écoulement du pus. COWPER, en 1721, précise ces données et prescrit l'ablation de la première molaire.

3° LAMORIER (en 1743) décrit un procédé différent. La commissure des lèvres écartée avec le doigt introduit dans la bouche, le chirurgien examine la saillie formée par l'os malade ; cette saillie reconnue, il incise la muqueuse au-dessous de ce point, puis l'os étant mis à nu, il le traverse avec un trépan perforatif. Au

commencement de ce siècle, DESAULT conseille de pénétrer un peu plus bas, au niveau de la fosse canine.

Avec RICHEL, nous donnons la préférence au procédé de LAMORIER, par la raison que l'ouverture située dans le lieu le plus déclive permet l'écoulement facile des liquides et la pratique des injections. « On commence, dit RICHEL, par enlever une des molaires et, comme toutes répondent au sinus, s'il en est de cariées ce sont celles-là qu'il faut choisir; si toutes au contraire sont intactes, c'est la deuxième ou la troisième qu'il faut arracher de préférence. »

Quelle que soit la méthode adoptée, il faudra introduire un drain dans le trajet, et faire dans la cavité des injections détersives. Au moment des repas, on fermera l'orifice du drain à l'aide d'un petit fausset, de façon à éviter la pénétration de parcelles alimentaires dans l'antre d'Hygmore.

### § 3. — Tumeurs à contenu liquide

#### 1° KYSTES DU SINUS MAXILLAIRE

**Bibliographie.** — BÉRAUD, *Soc. de biol.*, 1851. — GIRALDÈS, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1853, t. III. — VIRCHOW, *Path. des tumeurs*, t. I<sup>er</sup>, p. 242. — MARCHANT, Th. de Strasbourg, 1868.

Thèse de Paris. — 1878, SOULÈS.

Les kystes que l'on rencontre dans le sinus maxillaire sont des kystes muqueux; ils reconnaissent pour origine la dilatation des glandes folliculaires, dont GIRALDÈS le premier a démontré la présence dans l'épaisseur de la muqueuse de cette cavité. Cet auteur a constaté sur des pièces anatomiques, l'existence de deux variétés de kystes bien distinctes: 1° des kystes miliaires formés par la dilatation de la partie périphérique du canal excréteur; 2° des kystes plus considérables résultant de la dilatation du corps folliculaire tout entier. Nous ne nous occuperons pas des tumeurs de la première classe, elles ne constituent en quelque sorte que la période de début des kystes folliculaires, et vu leur peu de volume, elles passent facilement inaperçues.

**Anatomie pathologique.** — Le développement des kystes muqueux, dit GIRALDÈS, coïncide habituellement avec un état fongueux de la muqueuse. Leur nombre est variable, leur volume, qui habituellement est celui d'un gros pois, peut atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon. La matière contenue dans leur intérieur est un liquide visqueux, filant, transparent, parfois jaunâtre; on y a rencontré fréquemment des cristaux de cholestérine (BÉRAUD, GIRALDÈS, JOBERT). La membrane d'enveloppe est constituée par du tissu fibreux, une couche épithéliale incomplète tapisse la face interne, dans les tumeurs dont le développement est considérable (LUSCHKA).

Cette membrane renferme des vaisseaux dans son épaisseur; de leur présence BOISSARIE a cru pouvoir conclure, dans le cas précédemment cité, que le sang épanché dans la cavité du sinus résultait d'hémorragies qui se seraient produites dans des kystes préexistants.

**Symptômes.** — A leur début, et tant que la cavité osseuse peut les contenir, les kystes ne traduisent leur présence par aucun symptôme; mais dès qu'ils remplissent l'antre d'Hygmore, ils réagissent contre les parois qu'ils distendent. La dilatation se fait parfois d'une façon uniforme, toutes les faces de la cavité y prennent part; habituellement c'est une de ses parties qui se laisse distendre de préférence, de là, suivant les cas, une saillie anormale du côté de l'orbite, de l'œil, du palais, des fosses nasales, de la joue (fig. 109).

Le plus ordinairement c'est la paroi antérieure qui cède la première; la joue



Fig. 109. — Kyste du sinus maxillaire. — Déformation. (D'après GENSOU.)

s'arrondit, en même temps, la tumeur fait saillie dans le repli gingivo-labial. Bientôt, en pressant sur la joue, on constate l'existence de deux symptômes particuliers: la crépitation parcheminée et la fluctuation.

La crépitation parcheminée est due à l'élasticité de la lamelle osseuse amincie qui, cédant sous la pression, reprend ensuite sa place. Ces kystes se développent sans aucune douleur, leur marche est lente, mais incessante.

**Diagnostic.** — Les symptômes précédents ne permettent d'affirmer qu'une seule chose, l'existence d'une collection liquide; la ponction exploratrice est nécessaire le plus souvent pour confirmer le diagnostic. Nous verrons, en étudiant une autre variété de kystes du maxillaire supérieur, les kystes dits périostiques, que, même en s'aidant de la ponction, il n'est pas toujours possible de savoir si la tumeur est située dans le sinus lui-même ou en avant.

**Pronostic.** — Les kystes des sinus constituent une affection bénigne essentiellement curable. Après la guérison il persiste parfois une légère saillie de la joue, qui d'après nos observations diminue peu à peu et finit par disparaître entièrement.

**Traitement.** — Si l'on était sûr de l'existence d'un kyste unique, il suffirait de faire une ponction et quelques injections dans sa cavité, mais comme le fait remarquer GIRALDÈS, la coïncidence presque constante de plusieurs kystes rend nécessaire une intervention plus sérieuse. Il faut ouvrir largement le sinus

dans le sillon labio-gingival, et nettoyer sa cavité; on fera ensuite le drainage et des injections antiseptiques. La destruction de la paroi du kyste peut donner lieu à des hémorragies sérieuses. Dans ce cas, à l'exemple de BOISSARIE, le chirurgien comprimera la carotide, puis fera le tamponnement de l'autre d'Hygmore.

### 2° HYDROPIE DU SINUS MAXILLAIRE

**Bibliographie.** — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, 1852-53. — FANO, *Union médicale*, 1867.

JOURDAIN désignait sous le nom d'hydropisie du sinus, la formation dans cette cavité d'un épanchement de lymphes. Aucun fait n'est venu confirmer l'existence de cette singulière lésion; en revanche, on comprend très bien que par suite de l'oblitération de l'ouverture qui met en communication le sinus et les fosses nasales, il puisse se produire une rétention des matières sécrétées par la muqueuse enflammée chroniquement. Le fait rapporté à la Société de chirurgie par VERNEUIL montre la possibilité de semblable lésion.

Les symptômes auxquels donne lieu l'hydropisie du sinus sont exactement ceux que nous avons exposés dans le chapitre précédent. Cette affection réclame du reste le même traitement que les kystes muqueux.

### 3° FISTULES DU SINUS MAXILLAIRE

Avec les auteurs du *Compendium*, nous diviserons les fistules du sinus maxillaire en deux groupes: fistules cutanées et fistules buccales.

Les fistules cutanées siègent sur la joue à différentes hauteurs; enfin il existe encore une variété de fistule buccale (fistule alvéolaire) dans laquelle l'écoulement se fait par la cavité alvéolaire d'une dent enlevée.

**Étiologie.** — Ces fistules, ainsi que nous l'avons vu, sont fréquemment consécutives à une lésion du sinus. Le plus souvent elles succèdent à un abcès, à un kyste; quelques-unes sont d'origine traumatique, d'autres enfin symptomatiques de la présence d'un corps étranger, d'un séquestre, d'une lésion osseuse de la cavité.

**Symptômes.** — Les fistules cutanées ont leur orifice en cul-de-poule au sommet d'une petite saillie mamelonnée et rougeâtre; l'orifice des fistules buccales est au contraire le plus ordinairement déprimé. Quelle que soit la nature de la fistule, elle laisse échapper un muco-pus fétide dont l'écoulement est particulièrement abondant au moment où le malade se mouche, souvent alors de l'air s'échappe par cet orifice. Un stylet introduit par l'ouverture anormale arrive dans l'intérieur de la cavité d'Hygmore, et fréquemment cette exploration permet de reconnaître la véritable cause du mal.

La fistule est généralement unique, son orifice étroit, son trajet plus ou moins sinueux. Abandonnés à eux-mêmes, ces trajets peuvent parfois se cicat-

triser à la longue, mais habituellement ils persistent tant que la cause du mal n'a pas disparu.

**Traitement.** — Les fistules cutanées dont l'orifice est peu considérable sont faciles à guérir; il suffit, d'après le conseil de BÉRARD, d'assurer l'écoulement du liquide par une ponction du sinus au niveau du sillon labio-gingival, et de transformer ainsi la fistule cutanée en fistule buccale; au bout de peu de jours, le pus ne s'écoulant plus sur la joue, la fistule cutanée se cicatrise d'elle-même. Si la perte de substance est très grande il faut avoir recours à une opération d'autoplastie, après avoir assuré l'écoulement buccal.

Les fistules buccales sont beaucoup plus tenaces, leur guérison ne pouvant s'établir qu'après la suppression de la cause qui leur a donné naissance, de là, toute une série d'indications spéciales, sur lesquelles nous n'insisterons pas. Si par un motif quelconque le chirurgien est obligé de respecter la fistule, il aura soin d'introduire dans son conduit une canule dont on obturerait l'orifice avec un morceau d'éponge; le malade, de temps à autre, enlèverait le bouchon pour vider le contenu de la cavité, et faire dans son intérieur des injections détersives.

### § 4. — Tumeurs solides du sinus maxillaire

**Bibliographie.** — LUSCHKA, *Archives de Virchow*, Bd. VIII, 1855. — D'ESPINE, *Soc. anat.*, 1872. — DUMESNIL, *Soc. de chir.*, 1876. — HEURTAUT, *Ibid.*, 1877. Thèse de Paris. — 1868, FOURDRIGNIER.

On peut rencontrer dans la cavité du sinus maxillaire des tumeurs diverses. Les unes ont pris naissance dans les parties périphériques et n'envahissent le sinus qu'accidentellement, nous n'avons pas à les étudier ici; d'autres, au contraire, se développent dans la cavité même du sinus où elles croissent ensuite: ce sont ces dernières que nous aurons en vue. Leur nature est parfois fort différente, cependant toutes présentent une série de symptômes communs nécessitant un traitement semblable; aussi, pour éviter les répétitions, nous décrirons ensemble les symptômes et le traitement de ces différentes affections.

Les tumeurs qui se développent le plus souvent dans le sinus maxillaire sont, par ordre de fréquence: les sarcomes, les ostéomes, les enchondromes, les épithéliomes, les carcinomes, les adénomes et les lipomes.

a. *Sarcomes.* — Les sarcomes ont généralement une dureté, une résistance assez notables, qui résultent de la présence du tissu fibreux en quantité assez considérable, parfois cependant ils sont mous et friables, ce qui tient à l'existence d'une grande quantité de cellules entre les fibres; presque toujours, dans ce dernier cas, les fibromes contiennent des vaisseaux sanguins en abondance.

b. *Ostéomes.* — Les observations d'ostéomes du sinus maxillaire ne sont pas rares: BORDENAVE, COOPER, HUGUIER, MICHON, FERGUSSON, PAGET, PÉAN, et d'autres encore ont observé des faits de ce genre. Nous avons exposé en étudiant les ostéomes des fosses nasales, la pathogénie, la structure et le développement de ces masses.

c. *Fibromes.* — Les fibromes doivent déjà être rangés parmi les tumeurs