

CHAPITRE VII

MALADIES DES SINUS FRONTAUX.

Les affections des cavités naturelles qui communiquent avec les fosses nasales se rattachent étroitement à celles de ces dernières. Nous avons déjà étudié les affections de l'antre d'Highmore ; celles du sinus sphénoïdal s'accompagnent de symptômes tellement obscurs qu'on arrive à peine à les diagnostiquer. Dans un cas, nous avons trouvé le sinus sphénoïdal rempli entièrement de masses carcinomateuses ramollies sans que rien, pendant la vie, fût venu trahir l'existence de cette affection.

Weichselbaum a dernièrement publié plusieurs cas de phlegmon (primitif ou secondaire) des cavités voisines des fosses nasales.

Les affections des sinus frontaux provoquent dans certains cas des symptômes très nets qui permettent de diagnostiquer le siège et la nature de la lésion. Cette question, de même que le développement des sinus frontaux, se trouvent étudiés avec beaucoup de clarté et de précision dans un mémoire de Steiner (de Vienne).

Anatomie. Développement. — Le développement des sinus frontaux présente certaines particularités. Pendant la vie embryonnaire, quand les parties qui doivent former le nez sont encore à l'état de cartilage, on trouve à ce niveau une lame médiane — la partie cartilagineuse de la cloison — et deux lames latérales qui partent du bord supérieur de la précédente. Ces lames latérales présentent en dedans un renflement d'où naissent plus tard les cornets ; en dehors elles se dilatent également, et cette partie dilatée est destinée à former en bas le sinus maxillaire, en haut la lame criblée et les cellules de l'ethmoïde, et le sinus frontal. Toutes ces cavités remplies d'air proviennent par conséquent d'une charpente cartilagineuse. L'ossification de ce cartilage a été étudiée par Dursy. La fonte du tissu cartilagineux donne lieu à la formation de lacunes qui au bout d'un certain temps sont entourées, emprisonnées par de la substance osseuse, en même temps que la muqueuse nasale envoie des prolongements à l'intérieur de ces cavités dont elle arrive à tapisser entièrement la face interne. Les sinus frontaux proviennent plus spécialement des cellules ethmoïdales antérieures qui s'élargissent dans leur partie supérieure, processus déjà très appréciable vers la 2^e année de la vie ; vers la même époque, on peut constater un développement rapide de la partie inférieure du frontal dont le diploé disparaît aux endroits où il doit se rencontrer avec les cellules ethmoïdales élargies. A l'âge de 6 à 7 ans, les dimensions des cavités frontales atteignent celles d'un petit pois.

Le développement ultérieur des cavités frontales s'effectue de la même façon

jusqu'à ce qu'elles arrivent aux dimensions qu'on rencontre sur des crânes d'adultes. On comprend dès lors que dans les cas d'ectasie des sinus frontaux on trouve, chez les individus jeunes, une proéminence de la paroi interne de l'orbite avec propulsion du globe oculaire en dehors, tandis que chez les adultes par le fait de la proéminence simultanée des parois supérieure et interne de l'orbite l'œil se trouvera repoussé en dehors et en bas.

Symptomatologie. — Certaines affections des sinus frontaux sont connues depuis longtemps. La douleur sourde au niveau du front, qu'on rencontre dans le catarrhe de la muqueuse nasale, est considérée avec raison comme le résultat de la propagation de l'inflammation à la muqueuse des sinus frontaux. Le plus souvent cette douleur disparaît rapidement. Mais dans certains cas de coryza chronique, la tuméfaction de la muqueuse et les sécrétions solidifiées provoquent l'occlusion de l'orifice de communication des sinus frontaux et la formation consécutive d'un *empyème*. Si le pus arrive à se frayer un passage vers les fosses nasales, la guérison peut être obtenue encore assez rapidement. Mais quelquefois l'évacuation périodique du pus accumulé n'empêche pas la formation d'une ectasie du sinus. La tumeur très appréciable qui se forme dans ces cas provoque ordinairement, grâce à la résistance moindre de la paroi postérieure de l'orbite, la propulsion du globe oculaire ; mais dans d'autres cas cette tumeur peut venir proéminer dans la cavité du crâne. Au bout d'un certain temps il se produit une perforation qui, dans les cas heureux, établit une communication entre les deux sinus de sorte que le sang et le pus s'écoulent alors par les fosses nasales du côté sain. Si la collection s'ouvre dans la cavité du crâne, la mort par méningite purulente est presque la règle. Mais le plus souvent le pus se fraie un passage dans l'orbite ou le front, en provoquant des vertiges, de la somnolence, des vomissements. Dans le premier cas, la perforation est précédée de rougeur et d'œdème de la paupière supérieure, et le pus s'écoule au dehors après avoir perforé la conjonctive. Le « vieux » Richter a observé un cas de ce genre, dans lequel la paupière supérieure cyanosée descendait jusqu'au milieu de la joue. Tous les symptômes disparaissent après l'évacuation spontanée ou artificielle du pus, mais ordinairement il persiste une fistule. On comprend que celle-ci ne guérit que lorsqu'on arrive à rétablir la communication entre le sinus et les fosses nasales. Dans un cas très intéressant publié par Warren (fig. 55) il se forma, après la nécrose de la paroi antérieure du sinus, une tumeur gazeuse qui renfermait en même temps du pus et des parcelles osseuses.

Tout ce que nous avons dit au sujet de l'hydropisie de l'antre d'Highmore est également applicable à l'*hydropisie* du sinus frontal. On a observé des cas d'ectasie non inflammatoire du sinus, par simple ac-

cumulation de mucosités. Mais comme dans la plupart de ces cas on a trouvé en même temps des kystes, on est autorisé à penser que les

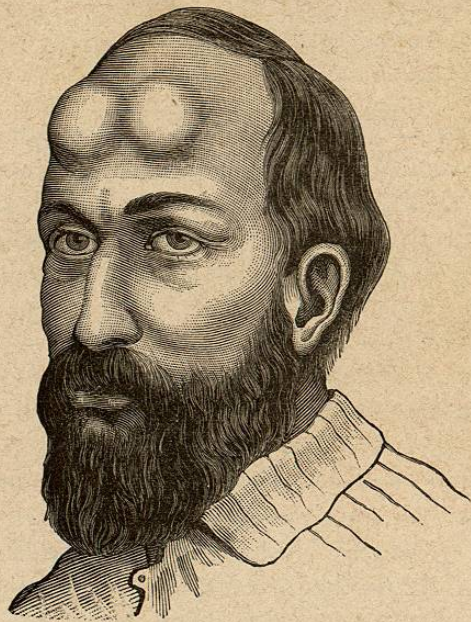


Fig. 55. — Tumeur gazeuse consécutive à un abcès des sinus frontaux.

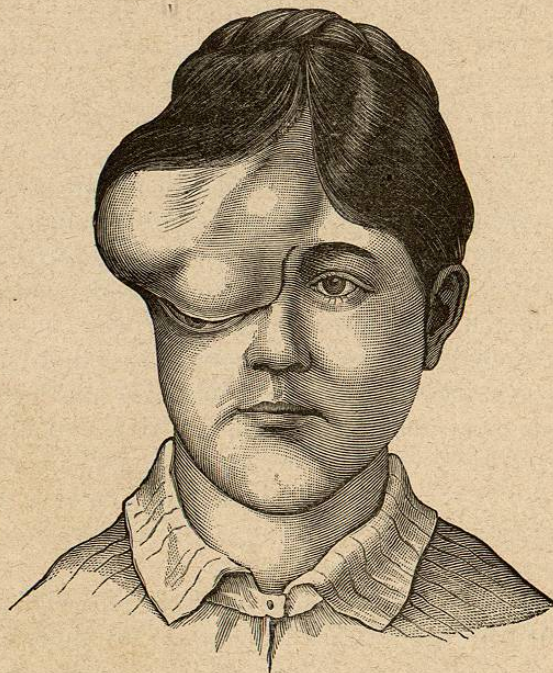


Fig. 56. — Polype du sinus frontal.

ectasies dites hydropiques sont dues au développement de kystes et de polypes tout comme dans les affections analogues de l'antre d'Highmore. La figure 56 se rapporte à un cas de ce genre observé par Barckhausen.

Les *hématomes* des sinus frontaux, dont on possède plusieurs observations, se développent le plus souvent à la suite d'un traumatisme. Dans le cas de Billroth, la lésion des veines du diploé a provoqué une ectasie considérable du sinus.

On a encore observé des *ostéomes* développés sur les parois du sinus. Ces tumeurs, qui évoluent très lentement, finissent par détruire les parois du sinus et par venir proéminer soit sous les parties molles soit dans la cavité du crâne¹.

Diagnostic. — Le diagnostic de toutes ces affections est très difficile, impossible même tant que l'ectasie du sinus manque. Une douleur frontale sourde, revenant à des intervalles plus ou moins longs, l'écoulement répété de pus et de sang par le nez, permettent de soupçonner, à l'exclusion de toute autre cause, l'existence d'un empyème du sinus frontal, et ce diagnostic pourra être considéré comme certain quand on verra apparaître l'ectasie de la paroi interne de l'orbite. Mais lorsque toute la symptomatologie se réduit à l'ectasie de la cavité avec propulsion du globe oculaire, il est très difficile de se prononcer sur la nature de l'affection car les symptômes en question peuvent être produits aussi bien par une hydropisie que par un polype ou un néoplasme.

Traitement. — Les difficultés même du diagnostic font que le traitement doit commencer par l'ouverture des sinus frontaux. Si l'on tombe sur un néoplasme, on l'extirpe; trouve-t-on un empyème ou une hydropisie de la cavité, on y introduit un trocart et on cherche à établir une communication avec les fosses nasales. Cette opération peut devenir urgente quand dans le cours d'un empyème des sinus frontaux on voit survenir des symptômes cérébraux.

(1) Voyez p. 206 la note relative aux ostéomes des cavités de la face.
(A. B.).