

tabac. Enfin le traitement mercuriel sera lui-même surveillé pour éviter la stomatite.

Chancre. — L'*accident primitif* des muqueuses est très rare, ce qui s'explique par le mode d'infection, le plus souvent génital ; on l'observe cependant sur tous les points du pharynx buccal, à l'intérieur des fosses nasales et même dans l'espace naso-pharyngien. Le plus fréquemment, c'est l'amygdale qui est atteinte, car ses cryptes forment une excellente porte d'entrée pour l'infection. Le diagnostic n'est souvent fait que secondairement, lorsque les accidents secondaires ont attiré l'attention sur un état durant depuis plusieurs semaines ; la douleur, très violente parfois, selon la localisation, peut mettre sur la piste. Pour différencier l'accident primitif, on se basera sur sa localisation unilatérale, sur l'infiltration circonscrite, profonde, cartilagineuse et à bords indurés.

Le traitement sera purement symptomatique.

MALADIES CHRONIQUES

I. — FORMES IDIOPATHIQUES

A. — FORMES DIFFUSES

1. — LÉSIONS HYPERTROPHIQUES

Les inflammations chroniques des muqueuses des voies aériennes supérieures proviennent : 1^o soit à la suite d'inflammations aiguës répétées ; 2^o soit consécutivement à une seule infection aiguë, grave, résultant d'une virulence spéciale ; 3^o soit encore de la localisation de l'infection à une région dont la situation anatomique contrarie la guérison ; 4^o les catarrhes chroniques peuvent enfin reconnaître comme origine des intoxications lentes et continues comme une carie dentaire, l'alcool, le tabac, etc., et certaines causes professionnelles (poussières, vapeur, etc.).

BOUCHE

Dans la cavité buccale, la muqueuse de la langue enflammée chroniquement est épaissie, recouverte d'un enduit saburral, rouge sur les bords qui présentent l'empreinte des arcades dentaires. — Les *gencives* sont fréquemment

altérées, ne présentent qu'une légère altération épithéliale, puis de la tuméfaction, et deviennent ensuite livides. La muqueuse gonflée pénètre entre les collets des dents, en d'autres points, elle se rétracte de manière à découvrir les racines (pl. IV, fig. 2). Au-dessous de la muqueuse ainsi décollée, il se produit même une suppuration du périoste ou pyorrhée alvéolaire ; finalement les dents se déchaussent et tombent. Ces troubles sont favorisés dans leur apparition et leur marche par un mauvais état général : les convalescences longues, à la suite de fatigue ou de privations, chez des cachectiques (diabète, néphrite chronique, tabes, etc.). On ne saurait trop répéter que la stomatite et la pharyngite sont entretenues par les caries dentaires et que la déplorable habitude de beaucoup de dentistes d'utiliser de mauvaises dents, comme base d'appareils dentaires, occasionne de la gingivite purulente, accompagnée de fétidité de l'haleine. — La muqueuse des joues participe également à l'inflammation et prend une coloration blanchâtre, au niveau des molaires. Parfois cette muqueuse épaissie présente des empreintes qui résultent de la pression sur les arcades dentaires. — L'*irritation des glandes salivaires* provoque une salivation exagérée, cette sécrétion peut devenir ultérieurement plus visqueuse et plus lente et lorsqu'elle contient des sels calcaires, ceux-ci peuvent en séjournant dans les canaux excréteurs déterminer la formation de calculs salivaires.

PHARYNX

Pharyngite chronique. — Dans le pharynx, on observe souvent de l'*hyperémie chronique*, résultant de l'irritation provoquée par l'abus des épices, du tabac et de l'alcool, etc. A ces causes locales s'ajoutent encore celles provenant d'une rhinite chronique, c'est ce qui explique la raison pour laquelle on rencontre peu d'adultes dont le pharynx soit normal.

Pharyngite granuleuse hypertrophique et latérale. — On constate fréquemment une légère tuméfaction des piliers en même temps qu'un peu de rougeur à ce niveau ainsi qu'à la face postérieure du pharynx, sans que ces lésions légères déterminent de troubles appréciables. On observe également une dilatation veineuse, des arborisa-

tions vasculaires, plus ou moins considérables, surtout s'il y a une gêne de la circulation abdominale ou des troubles cardiaques. Les follicules lymphatiques participent presque toujours au catarrhe chronique, sous forme de tuméfaction diffuse déterminant des inégalités de la surface de la muqueuse, ou sous forme d'hypertrophies plus circonscrites au niveau de la paroi postérieure et des plis salpingo-pharyngiens (pl. XVIII, fig. 1), c'est la *pharyngite granuleuse hypertrophique et latérale*.

On peut également voir ces follicules entourés d'une muqueuse anémiée, atrophique, inflammatoire; ils sont alors symptomatiques d'une hyperplasie lymphatique.

La syphilis paraît créer, soit au niveau des plaques muqueuses, soit d'une façon générale, une prédisposition particulière aux affections chroniques, surtout épithéliales auxquelles s'ajoutent l'atrophie du tissu conjonctif; c'est ainsi qu'on voit les taches blanchâtres persister pendant des années à la suite d'accidents secondaires et prêter à confusion avec des plaques.

Leucoplasie buccale. — C'est principalement à la partie antérieure de la cavité buccale, sur les bords de la langue, sur sa face antérieure, sur la muqueuse des lèvres et des joues qu'on voit des plaques et des zones plus ou moins épaissies, blanc bleuâtres, blanchâtres ou jaunâtres et qui sont formées par un épithélium hyperplasique et corné (pl. VI, fig. 1). Lorsqu'on enlève les couches cornées il se produit des rhagades douloureuses, sinon il existe peu de troubles subjectifs. L'affection peut devenir grave, d'abord au point de vue psychique en éveillant la syphilophobie, puis lorsque la prolifération épithéliale devient atypique et se transforme en carcinome.

EPIPHARYNX

Dans l'épipharynx le catarrhe chronique s'accompagne constamment de *végétations adénoïdes*, plus ou moins volumineuses. Le diagnostic « catarrhe naso-pharyngien » n'est pas justifié dans la plupart des cas, parce que 90 fois sur 100, l'accumulation de sécrétions et de croûtes à ce niveau y est produite par des affections nasales (pl. XXII, fig. 2; pl. XXIV, fig. 2).

FOSSÉS NASALES

Dans les fosses nasales, on peut observer, mais assez rarement, la desquamation de l'épithélium, à la partie antérieure de la cloison, lorsqu'il y a formation de croûtes dans le nez; l'épithélium se nécrose en effet par la pression des croûtes, très adhérentes à la muqueuse, car ce siège est très favorable à la dessiccation. On peut enlever ces croûtes plus tard, lorsqu'elles sont minces et blanchâtres, avec des pinces, sans déterminer d'hémorragie (pl. XXVII, fig. 3).

Ulcère perforant de la cloison.

On observe rarement cet état anatomique et clinique, car les croûtes sont le plus souvent détachées prématurément par le grattage qui produit alors des hémorragies. Ces croûtes ainsi enlevées par le grattage se reproduisent par la suite, mais à la longue il se forme des ulcérations et parfois même la nécrose du cartilage sous-jacent avec une perforation. De plus, toutes ces ulcérations constituent autant de portes d'entrée possibles pour l'érysipèle ou d'autres infections. Cette affection est connue sous le nom d'ulcère perforant de la cloison.

Le catarrhe chronique du nez est toujours accompagné de l'inflammation du tissu érectile qui réagit facilement à toutes les irritations; cette hyperémie, surtout au niveau des cornets inférieurs, peut échapper à l'attention du malade, pendant un certain temps. Dans les cas légers, la tuméfaction ne se produit que d'un côté alternativement, l'air passant en quantité suffisante par l'autre fosse nasale; mais plus tard pendant le sommeil, la respiration devient uniquement buccale et les malades se plaignent de sécheresse de la gorge au réveil.

Rhinite hypertrophique.

Lorsque l'hyperémie persiste, elle se transforme en hyperplasie qui peut s'étendre à toute la muqueuse ou se localiser à certaines parties. *Les cornets inférieurs*, le plus fréquemment *hypertrophiés*, semblent aussi volumineux que dans l'hyperémie mais ils ne diminuent plus de volume même à la suite de la déplétion sanguine. Pour différencier ces deux états pathologiques, on peut recourir à un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1/0/0; l'hyperémie

simple disparaît tandis que le cornet hypertrophié ne se rétracte pas surtout au niveau de ses extrémités ou de son bord supérieur. Le cas le plus fréquent, consiste en une hypertrophie lisse, rouge, un peu en forme de massue et de renflement aux extrémités (pl. XXVII, fig. 1); hypertrophie à laquelle participent tous les éléments, sauf l'épithélium. Lorsque ce dernier commence à proliférer il se forme d'abord des ondulations à la surface (pl. XXVIII, fig. 2), puis survient un aspect irrégulier, dû à des néoformations papillaires (pl. XXVI, fig. 1) dont le siège de prédilection est à l'extrémité postérieure des cornets inférieurs qui prennent un aspect mûriforme; on les rencontre également sur la tête de ces cornets, sur les cornets moyens (pl. XXVIII, fig. 2), rarement sur la cloison (pl. XXVII, fig. 4) ou sur le plancher des fosses nasales. Selon la prédominance des différentes lésions, on distingue histologiquement des adénomes (pl. XXXV, fig. 1) des adéno et angio fibromes (pl. XXXIII, fig. 1), des fibromes papillaires et fibro-épithéliomes (pl. XXXIX, pl. XL, fig. 1), ainsi que des hystadénomes, produits par l'occlusion des glandes (pl. XXXIV). Toujours on constate une infiltration de cellules rondes autour des glandes et surtout autour des vaisseaux, preuve de l'origine inflammatoire.

Polypes muqueux.

On observe également une prolifération excentrique et concentrique de la paroi des vaisseaux et à un degré tel qu'il survient des troubles circulatoires locaux avec des œdèmes (pl. XXXIII, fig. 2); c'est ainsi que les polypes muqueux (pl. XXVI, fig. 2; pl. XXVIII, fig. 1) sont des fibromes œdémateux; ces petites tumeurs sont constituées par du tissu conjonctif lâche infiltré de sérosité et parfois distendu jusqu'à formation de kystes, contenant des fibres élastiques et des vaisseaux hypertrophiés par l'inflammation et ultérieurement oblitérés (pl. XXXIII, fig. 2).

Cliniquement les polypes se présentent sous l'aspect de tumeurs gris-jaunâtre ou rose pâle, lisses, tantôt isolées et peu volumineuses, siégeant en un point quelconque du méat moyen; tantôt nombreuses et souvent de volume extraordinaire (nous en avons vu jusqu'à 120 dans un nez et parmi eux le plus gros pesait 28 grammes), et reconnais-

sant comme point de départ le cornet moyen ou supérieur, parfois le sinus.

Il est exceptionnel de ne constater, après leur disparition, aucune autre lésion des fosses nasales qu'une atrophie du squelette déterminée par leur pression: c'est ce qu'on observe chez les personnes âgées. Au contraire, il est de règle qu'ils soient symptomatiques de l'irritation causée par une inflammation locale profonde qu'il faut rechercher dans tous les cas, car la persistance de cette affection causale explique les récidives même après leur extirpation en apparence complète, et peut faire croire à une guérison impossible. Dans certains cas la guérison d'une sinusite peut suffire pour enrayer la marche de ces polypes; d'autres fois, au contraire, le processus ayant gagné le périoste ou l'os sous-jacent, il faut absolument gratter toutes ces régions malades pour faire disparaître tous les accidents. La cause sera plus difficile à trouver si les polypes ont leur point de départ au niveau de la muqueuse ou du périoste d'un sinus; il est vrai qu'alors ce sont en général des tumeurs qui ne franchissent pas les limites des cavités sinusales, surtout des grandes et qu'ils constituent une découverte au cours d'une intervention ou d'une autopsie.

Kystes.

Dans la muqueuse des sinus on peut rencontrer des kystes provenant rarement de dilatations glandulaires; le plus souvent il s'agit de fentes lymphatiques contenant un épanchement séreux; leur enveloppe mince, composée d'une mince couche de tissu conjonctif avec de l'épithélium plat correspond à la membrane très mince, inséparable du périoste qui tapisse les sinus. Ils peuvent à la longue produire l'atrophie de l'os par compression et distension des parois, et réalisent alors l'*hydropisie* de l'antre d'Highmore.

Dans les fosses nasales, on ne connaît que les kystes muqueux contenus dans les tumeurs et résultant de dilatations glandulaires (pl. XXXIV), ou d'un ramollissement du tissu polypeux œdémateux; le contenu est ambré et tellement visqueux qu'on ne peut que difficilement le distinguer des polypes.

2. — LÉSIONS ATROPHIQUES

Nous venons de voir une des réactions de la muqueuse naso-bucco-pharyngée vis-à-vis l'inflammation chronique : la *forme hypertrophique*. Il est des cas où elle aboutit à la *forme atrophique*.

Elle s'observe déjà dans la cavité buccale ; en effet la sécheresse anormale de la muqueuse est due non-seulement à la respiration buccale, mais aussi à la persistance de catarrhes secondaires, surtout à l'atrophie des glandes muqueuses et salivaires. Il faut tenir compte aussi d'un élément nécessaire à cette transformation : l'hyponutrition de la muqueuse, congénitale ou acquise dans l'enfance. L'atrophie de la muqueuse apparaissant à un âge avancé et donnant lieu à de la sécheresse doit faire examiner minutieusement l'état général, et surtout rechercher le diabète.

Dans la *bouche*, l'atrophie de la muqueuse détermine peu de troubles objectifs. Il n'en est pas de même dans le *pharynx* : la muqueuse de la face postérieure présente des reflets allongés, en forme de stries, produits par les plis de la muqueuse atrophiee ; à un degré plus accentué le voile du palais et la luette paraissent aussi plus amincis. C'est surtout dans les *fosses nasales* que l'on observe l'atrophie complète lorsque la muqueuse ne recouvre plus absolument que le squelette. Le cornet inférieur rétracté, on aperçoit l'épipharynx à travers le méat inférieur, de même au-dessus du cornet moyen on distingue le cornet supérieur et même la voûte des fosses nasales.

B. — AFFECTIONS LOCALES

Toute muqueuse pathologique présente avant tout des *anomalies de sécrétion* ; nous verrons donc dans les régions qui nous occupent des sécrétions anormales quantitativement et qualitativement et l'on observe toutes les transitions depuis les sécrétions aqueuses, les mucosités claires, filantes ou grisâtres ; les mucosités épaisses, gris-jaunâtres, verdâtres jusqu'aux matières purulentes concrétées ou au pus jaune ou verdâtre ; on trouvera en outre des croûtes plus ou moins épaisses, parfois teintées de sang qui en modifient la couleur de façon variable. Lorsque les sécrétions stagnent, ainsi que le fait se produit dans les fosses nasales atrophiees,

il se forme des croûtes d'odeur fétide qui ont fait donner à plusieurs états pathologiques le nom collectif d'« ozène ». Pour découvrir la véritable origine des sécrétions pathologiques et surtout pour instituer un traitement rationnel, il est nécessaire de distinguer les catarrhes diffus ou localisés. En effet les fosses nasales peuvent servir de déversoir en quelque sorte et de lieu de passage à toutes les sécrétions des cavités voisines ; il faudra donc, avant de pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'un catarrhe nasal diffus, s'être rendu compte qu'il n'existe pas une affection isolée qui pourrait constituer la véritable source.

Nous allons successivement étudier ces affections localisées.

EPIPHARYNX

Les sécrétions du pharynx buccal proviennent souvent de l'épipharynx, au cours d'affections du rhino-pharynx consécutives à des rhinites chroniques ; on les aperçoit sur le plancher des fosses nasales sous forme de mucosités, plus ou moins épaisses, alors que tout le reste des fosses nasales est absolument libre et sec. L'examen complémentaire qui s'impose est la rhinoscopie postérieure qui ne doit jamais être omise en pareil cas. Lorsqu'on ne trouve rien dans le pharynx, libre, et que la sécrétion persiste, il faut chercher plus loin.

VESTIBULE DU NEZ

Au niveau de l'orifice des fosses nasales, les sécrétions se dessèchent fréquemment et forment des croûtes : rarement elles proviennent d'une inflammation vestibulaire ; le plus souvent elles ont leur source en un point plus éloigné et c'est seulement aux orifices narinaux qu'elles se dessèchent. La conséquence qui résulte de ce fait est l'infection des glandes sébacées des vibrisses, infection chronique et récidivante. Un traitement local s'impose ; il faut d'abord ramollir les croûtes adhérentes par de petits tampons d'ouate imbibés d'huile de vaseline ; les follicules suppurés, les pustules d'acné ou les furoncles, les abcès seront incisés, enfin l'eczéma des narines sera traité par des applications de pommade afin de prévenir la réinfection.

Les affections des racines des incisives sont rarement une cause d'abcès du plancher des fosses nasales ; on y songera seulement en l'absence de folliculite.

MÉATS NASAUX

Les méats, qui servent très souvent de réservoirs aux sécrétions des cavités de voisinage, peuvent aussi être atteints pour leur propre compte.

Dans le méat inférieur se déversent et peuvent se collecter les sécrétions du canal naso-lacrymal et des conjonctivites, mais comme ces troubles oculaires et lacrymaux sont souvent secondaires à des affections nasales, on ne pourra admettre l'origine purement oculaire que si l'œil étant manifestement malade, la muqueuse du méat, au voisinage de l'orifice naso-lacrymal, est indemne. Lorsque de grandes quantités de muco-pus, sécrétées par l'amygdale pharyngée enflammée, provoquent une hypertrophie consécutive du cornet inférieur, on peut observer l'occlusion du méat et une accumulation de sécrétions; la persistance ou la cessation de ces troubles après l'ablation de l'amygdale pharyngée indiquent bien l'origine de ces sécrétions catarrhales. Cependant elles peuvent encore être fournies par un sinus, surtout le sinus maxillaire ou le sinus sphénoïdal dont l'écoulement n'apparaît souvent que sur le plancher des fosses nasales. Le pus du sinus maxillaire est ordinairement plus filant et abondant, celui du sinus sphénoïdal tend à se dessécher et à former des croûtes; de plus tandis que les sécrétions du sinus maxillaire s'étalent sur les faces supérieure et interne du cornet inférieur en formant une large nappe, les sécrétions du sinus sphénoïdal s'écoulent le long de la cloison jusqu'au niveau du plancher; on se basera enfin pour la recherche du sinus en cause en isolant par un tampon le point d'origine supposé malade.

Les troubles subjectifs dans les maladies du méat inférieur sont rarement très marqués et caractérisés par des élancements dans le maxillaire supérieur et des douleurs frontales. Ils sont plus intenses dans les inflammations chroniques, beaucoup plus rares, des méats moyen et supérieur; dans ce cas les sécrétions s'étalent sur la face externe ou la face interne du cornet moyen. Ces catarrhes chroniques sont dus à la persistance d'un catarrhe aigu s'accompagnant de tuméfaction du cornet avec rétention.

Objectivement on constate une hypertrophie des cornets: elle frappe d'abord la tête du cornet inférieur, puis se dif-

fuse à la totalité de l'organe. Les autres cornets sont atteints par le même processus (pl. XXIX, fig. 2). Quant aux sièges de prédilection où se collectent les sécrétions c'est au-dessous du cornet inférieur, puis au niveau du méat moyen, entre la paroi externe des fosses nasales et la cloison un peu en arrière au-dessous du point d'inflexion du cornet moyen ou encore entre les cornets moyen et supérieur. Comme la suppuration des méats est entretenue par la rétention, il faut les découvrir largement, pour amener la guérison; la résection des têtes de cornets hypertrophiés est toujours indiquée; il sera parfois nécessaire d'étendre plus loin la turbinotomie.

SINUSITES MAXILLAIRES

De toutes les cavités annexes des fosses nasales, ce sont les *sinus maxillaires* qui sont le plus souvent malades, et c'est à tort que l'on s'imagine que l'empyème de l'antre d'Highmore est une affection aussi rare que grave. En effet dans les violentes inflammations catarrhales aiguës, les sinus sont très souvent intéressés, mais il ne faut pas cependant exagérer et rapporter à ces cavités chaque douleur qui s'irradie dans les dents ou dans le front; la tuméfaction des téguments sous-orbitaires et une expectoration purulente, périodique et abondante devra les faire suspecter. Le diagnostic ne sera cependant assuré que par la ponction exploratrice; ponction, suivie de lavage, qui pourra suffire pour amener la guérison, si la suppuration n'est pas d'origine dentaire. Nous avons déjà signalé la fréquence des sinusites maxillaires chroniques, assertion justifiée, par le résultat des autopsies. La sinusite maxillaire étant le plus souvent une affection bénigne peut être découverte sur un malade chez lequel on avait porté le diagnostic de catarrhe nasal chronique; en effet l'écoulement persistant de pus ne peut provenir que de cavités ou réservoirs et parmi eux on doit penser le plus souvent aux sinus maxillaires, surtout dans le cas où les sécrétions sont surtout muqueuses. Enfin en présence d'expectoration, surtout matinales, de sécrétions visqueuses, muco-purulentes, on devra songer à l'hypothèse d'une sinusite maxillaire.

Une conséquence fréquente de ces sinusites chroniques, est la *rhinite hypertrophique*. Quelle est la proportion d'hyperémies chroniques et d'hyperplasies vraies du cornet in-

férieur, déterminées par une sinusite maxillaire ? il est difficile de le dire, mais il y a quelques particularités qui peuvent y faire penser, c'est un *épaississement persistant de la face supérieure du cornet*, et qui est plus fréquent que l'épaississement de la lèvre inférieure de l'hiatus maxillaire (pl. XXVII, fig. 5). Les sinusites catarrhales, muco-purulentes ou purulentes fétides, sont relativement plus rares que les sinusites catarrhales muqueuses, mais il ne faut pas croire qu'à une forme grave correspondent des symptômes très intenses. En effet, il peut exister des suppurations profuses, fétides, sans la moindre douleur tandis qu'on peut observer toute une symptomatologie nasale des plus complètes dans des cas de catarrhe bénin, dont l'existence était même niée par les malades. Sans fixer de délimitation nette entre les différentes formes et degrés de la sécrétion, il faut cependant distinguer les sinusites catarrhales muqueuses, muco-purulentes, pyo-muqueuses et purulentes, les deuxième et troisième formes étant les plus fréquentes.

Nous avons déjà indiqué les lésions secondaires que l'on observe dans les fosses nasales, spécialement au niveau du cornet inférieur, mais le cornet moyen qui délimite l'hiatus en haut est également atteint ; on observe assez fréquemment une hyperplasie de la muqueuse qui peut aller jusqu'à la formation de polypes. A la suite de cautérisation ou d'infection, il peut apparaître des ulcérations de la lèvre inférieure de l'hiatus ou même de la paroi latérale du cornet moyen, intéressant également la paroi osseuse.

La muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire est toujours transformée, très épaissie, œdématisée, présentant de petits polypes qui peuvent augmenter de volume ou se multiplier jusqu'à remplir totalement la cavité. Il peut également se former des kystes et autrefois ces derniers, qui n'étaient pas traités en temps opportun, pouvaient prendre une telle extension que finalement la paroi antérieure ou inférieure subissait un ramollissement et une distension d'où l'hydropisie de l'antre d'Highmore ; l'os aminci et saillant donnait au doigt une sensation de crépitation parcheminée. On peut confondre cette lésion avec les kystes proprement dits du maxillaire d'origine dentaire, l'intervention seule fera découvrir l'erreur de diagnostic.

La suppuration continue a aussi pour effet la *destruction de la muqueuse* de revêtement du sinus ; elle peut présenter

des ulcérations avec dénudation osseuse, parfois même on observe la destruction complète de certaines parties de la paroi, surtout au cours de l'opération.

Le diagnostic de la sinusite maxillaire repose, en premier lieu, sur la constatation de sécrétion anormale ; il faut y penser quand la rhinoscopie montre la présence de mucosités au fond des fosses nasales, dans le méat moyen, surtout lorsqu'elles sont purulentes. Si après nettoyage minutieux, l'écoulement de pus continue à ce niveau, le doute devient presque certitude. Mais il faut savoir que dans le méat moyen, s'abouchent également le sinus frontal et quelques cellules ethmoïdales moyennes ; le premier tout à fait à la partie antérieure, les secondes en dedans. La ponction exploratrice suivie d'une insufflation ou de lavage donnera une certitude absolue. Lorsque l'écoulement n'est pas très abondant, il faut faire un tamponnement provisoire pour accumuler le pus en quantité appréciable ; on enfonce un gros tampon d'ouate dans le méat moyen et en arrière ; pour rechercher l'écoulement provenant du sinus frontal on placera un second tampon devant l'hiatus semi-lunaire ; puis selon le point où le pus se collectera sur le tampon on pourra déduire l'origine de la suppuration.

La ponction exploratrice donne en général un diagnostic de certitude, parfois cependant le résultat peut être douteux, mais avant de dire qu'il est négatif, on peut supposer que le sinus était vide à la suite d'un écoulement abondant, il est alors nécessaire de faire deux et trois ponctions pour obtenir un diagnostic de certitude.

Parfois la ponction donne un exsudat séreux, clair ou ambre, s'écoulant soit goutte à goutte, soit en plus grande quantité, soit seulement après insufflation d'air dans le trocart, ce fait indique avec certitude l'existence de kystes dans le sinus et rend le pronostic plus mauvais.

Ce procédé d'exploration et de diagnostic n'est indispensable que s'il existe des troubles subjectifs intenses ; on s'abstiendra dans un grand nombre de cas douteux d'assurer le diagnostic par ce procédé parce que ni cette intervention, ni la gêne qui en résultent ne sont proportionnelles à la gravité de l'affection.

On se rend compte de la grande fréquence des sinusites maxillaires si l'on songe : 1° à la situation du sinus dans lequel se propage facilement l'infection par le cornet inférieur ; 2° à la situation élevée de l'orifice au-dessus du niveau