

La disposition anormale que je viens de signaler est plutôt importante à connaître au point de vue du pronostic qu'à celui du traitement. Car si le chirurgien est impuissant à modifier cet état du squelette des fosses nasales, il doit savoir que c'est là une condition fâcheuse qui aggrave le pronostic des affections de la muqueuse naso-pharyngée et de celles de la caisse du tympan.

En opposition avec le rétrécissement vertical des fosses nasales produit par l'élévation de la voûte palatine, il faut signaler le même vice de conformation résultant de l'aplatissement de la paroi supérieure, ou mieux de l'écrasement de la base du nez.

Ce vice de conformation, qui s'accompagne aussi d'un aspect particulier de la face, paraît constituer une prédisposition aux affections des voies lacrymales. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, devant y revenir plus tard.

A plus forte raison devons-nous passer complètement sous silence les difformités considérables des fosses nasales, telles que la division de la voûte palatine, dont il sera question à l'occasion du bec-de-lièvre.

#### 2<sup>o</sup> Déviations de la cloison.

Il est rare que la cloison soit exactement verticale : les déviations légères sont sans importance ; il n'en est pas de même lorsque la cloison est fortement déviée. Ce vice de conformation me paraît coïncider le plus habituellement avec la disposition anormale de la voûte palatine, qui consiste en une voussure exagérée du côté des fosses nasales et une diminution dans le diamètre vertical de ces cavités. La cloison est dès lors obligée de se dévier à droite ou à gauche. Il semble même que, dans certains cas, elle présente en même temps un excès de longueur dans le sens antéro-postérieur.

Le plus souvent la déviation de la cloison a lieu d'un seul côté ; quelquefois cependant cette déviation existe alternativement des deux côtés, c'est-à-dire que l'on rencontre d'abord, en allant d'avant en arrière, une saillie à gauche, par exemple, puis, plus loin, une saillie à droite.

Quand la déviation existe d'un seul côté, la saillie anormale peut occuper seulement une partie ou la totalité de la fosse nasale. On observe alors, de l'autre côté, une dépression correspondante à la saillie anormale.

La déviation de la cloison, lorsqu'elle est considérable, peut entraîner à sa suite des inconvénients assez sérieux, surtout lorsqu'elle affecte simultanément les deux côtés, et qu'elle coïncide, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement, avec une diminution congénitale du diamètre des fosses nasales. Le passage de l'air étant considérablement gêné et la respiration s'exécutant presque exclusivement par la bouche, il en résulte un état inflammatoire chronique de la muqueuse pharyngo-nasale qui se communique souvent aux trompes d'Eustache et aux cavités tympani-

ques. De plus, la respiration nasale est indispensable au libre renouvellement de l'air dans l'oreille moyenne, et en dehors de tout état inflammatoire, la suppression de cet acte entraîne toujours à sa suite des troubles du côté de l'organe auditif, sur lesquels j'aurai à revenir. J'ajouterai encore que, même lorsque la déviation n'existe que d'un seul côté, l'autre fosse nasale étant entièrement libre, il n'est pas rare d'observer des altérations de l'ouïe du côté où la respiration nasale ne s'exerce que d'une manière défectueuse.

La déviation de la cloison mérite encore de fixer l'attention du chirurgien au point de vue des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. On a souvent confondu la saillie qu'elle détermine avec un polype ou toute autre tumeur, et j'ai eu le soin de mettre en garde contre cette cause d'erreur.

Enfin, lorsque la déviation occupe la partie antérieure de la cloison, il en résulte quelquefois une difformité apparente, consistant en une tumeur saillante dans la cavité de la narine, et qui occasionne même de la douleur par les frottements du mouchoir.

La chirurgie ne doit intervenir que dans les cas où la déviation est apparente à la vue, ou lorsqu'elle est assez prononcée pour déterminer les troubles physiologiques dont j'ai parlé. Dans ces circonstances, je crois que l'on ne doit pas hésiter à pratiquer une résection de la cloison assez étendue pour faire disparaître la difformité ou pour rétablir le passage de l'air au moins dans l'une des fosses nasales.

S'il s'agit de parer à une difformité, on doit disséquer d'abord la muqueuse ; puis, après avoir reséqué avec des ciseaux ou un fort bistouri une partie du cartilage, réappliquer la muqueuse sur la perte de substance.

Dans le cas où l'on veut remédier à une obstruction des fosses nasales, on pourrait, à l'exemple de Blandin (1), se servir, pour reséquer la cloison, d'un emporte-pièce composé de deux lames introduites dans chacune des narines.

### III. — MALADIES DU SINUS MAXILLAIRE.

L'étude des maladies du sinus maxillaire a été longtemps négligée et est encore assez incomplète. C'est seulement à partir du siècle dernier que l'attention des chirurgiens fut attirée sur ce sujet par les travaux de Runge, de Jourdain et de Bordenave. Depuis lors on ne trouve dans la littérature médicale contemporaine que la thèse de Giraldès qui renferme une description générale des maladies qui nous occupent. Ce travail remarquable a de plus contribué, ainsi que nous le verrons, à éclairer certains points de la pathologie du sinus maxillaire.

RUNGE, *De morbis præcipue sinuum* (Disput. chir. de Haller, t. I, dissert. XI). — JOURDAIN, *Rech. sur les maladies du sinus maxillaire* (Journ. de méd., t. II, 1767.)

(1) *Compendium de chir.*, t. III, p. 33.

— BORDENAVE, *Précis d'observations sur les maladies du sinus maxillaire* (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 329, et t. V, p. 225). — GIRALDÈS, *Des maladies du sinus maxillaire*, thèse de concours. Paris, 1851.

## ARTICLE PREMIER

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SINUS MAXILLAIRE.

1<sup>o</sup> Plaies. — Contusions. — Fractures.

Les *plaies* du sinus maxillaire peuvent être produites par un instrument piquant ou tranchant qui pénètre dans la cavité sans fracturer ses parois; elles ne présentent, en général, aucune gravité, et l'application de quelques compresses imbibées d'eau froide suffit pour amener une prompte guérison.

Dans les cas où l'instrument vulnérant aurait enlevé un fragment de la paroi osseuse avec un lambeau des parties molles, il faudrait, si ce lambeau adhérerait encore par quelque point, tenter d'obtenir sa réunion immédiate, le réappliquer avec soin, et le maintenir en place à l'aide de bandelettes agglutinatives ou de quelques points de suture.

Les *contusions* sont rarement simples et limitées à cette partie de la face qui correspond au sinus. L'épanchement de sang dans la cavité du sinus, et surtout la fracture de la paroi antérieure, sont les complications ordinaires; en outre, les parties voisines sont souvent intéressées dans une étendue plus ou moins grande; à moins pourtant que le corps contondant ait de très-petites dimensions, comme dans le cas, cité par Béclard, où l'extrémité ferrée d'un parapluie avait pénétré directement dans le sinus en fracturant sa paroi.

Les *fractures* du sinus maxillaire sont, en général, comminutives, et peuvent présenter de nombreuses complications, parmi lesquelles nous citerons : les plaies des téguments, l'épanchement sanguin, la présence de corps étrangers, l'enfoncement des fragments osseux, etc. La difformité de la face, et l'exploration avec le stylet, s'il existe une plaie, feront aisément reconnaître ces fractures qui s'accompagnent presque toujours d'une tuméfaction, d'un gonflement inflammatoire, parfois considérable, du côté correspondant de la face.

Aussi la première indication est de combattre, par les moyens ordinaires, ces accidents inflammatoires; puis, quand ils auront disparu, on cherchera à corriger, autant que possible, la difformité en relevant avec une pince, une spatule, etc., les fragments enfoncés. Si l'on trouvait des esquilles entièrement ou presque entièrement détachées, on devrait les enlever, tandis qu'il serait bon de laisser en place ou de réappliquer celles qui auraient encore des adhérences suffisantes. Enfin, on débarrassera le sinus du sang et des corps étrangers qui auraient pu y pénétrer, et dont la présence est souvent un obstacle à la guérison ou le point de départ d'accidents consécutifs plus ou moins graves : abcès du sinus, stules persistantes, etc.

2<sup>o</sup> Épanchements sanguins.

Les épanchements sanguins dans l'intérieur du sinus maxillaire reconnaissent deux modes de formation distincts : les uns, comme nous l'avons vu, succèdent à une violence extérieure, à une contusion de la joue; les autres prennent naissance dans le cours d'une hémorrhagie par les fosses nasales.

Les premiers ne sont pas très-fréquents, et même leur existence réelle a été mise en doute. Nous rappellerons, à ce propos, le cas bien connu observé par Bermond (1) : Un malade, qui avait reçu, vingt ans auparavant, un coup violent sur la face, présentait une tuméfaction considérable de la joue et de la voûte palatine; une incision faite dans ce dernier point aurait donné issue à 1000 grammes de sang presque liquide. Mais déjà il est difficile de croire que la tumeur fût assez volumineuse pour contenir une aussi grande quantité de liquide, et, de plus, l'observation nous apprend que la pression sur la tumeur palatine déterminait un écoulement de pus par le nez; aussi a-t-on objecté qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès du sinus, et que le sang avait été fourni par une artère ouverte dans l'incision.

Cependant Giralès cite quelques faits empruntés à Knorz, Jourdain, Dupuytren, Velpeau, qui autorisent à admettre qu'une contusion peut parfois déterminer la formation d'un épanchement sanguin dans la cavité du sinus maxillaire.

Quant aux épanchements consécutifs à l'épistaxis, on comprend qu'ils puissent se produire dans les cas d'hémorrhagies abondantes, à la suite du tamponnement des fosses nasales; car, dans ces conditions, le sang encore liquide trouve une issue par l'ouverture naturelle du sinus et s'accumule dans sa cavité.

S'il est vrai que ces collections sanguines n'ont parfois présenté, pendant la vie, aucun signe capable de les faire reconnaître, il n'en est pas toujours ainsi. Chez une malade de Dupuytren, il existait une tumeur de la face et une saillie du globe oculaire en dehors de l'orbite. Bermond a signalé un autre caractère, beaucoup plus incertain, tiré de l'auscultation de la mâchoire : quand le sinus est vide, le passage de l'air y détermine un bruit qui cesserait de se produire quand la cavité est remplie par le sang. Ajoutons encore que la présence du liquide peut amener consécutivement l'inflammation de la muqueuse du sinus, avec exagération de la sécrétion normale; et, dès lors, de nouveaux signes ne tardent pas à apparaître : douleurs dans la mâchoire, développement d'une tumeur ou accroissement de celle qui s'était manifestée dès le début. C'est dans des cas de ce genre, qui ont pu faire croire à l'existence d'un abcès ou même d'une tumeur du sinus, que Giralès a conseillé la ponction exploratrice.

(1) *Bulletin médical de Bordeaux*, nov. 1840. — *Gazette médicale*, 1841, t. IX, p. 253.

L'indication, en pareille circonstance, est d'ouvrir le sinus, soit par la fosse canine, soit par le bord alvéolaire, et d'évacuer son contenu à l'aide d'injections.

### 3<sup>e</sup> Corps étrangers.

Dés corps étrangers ont été souvent rencontrés dans le sinus maxillaire. Ils y pénètrent, pour la plupart, à la suite de lésions traumatiques, par une ouverture accidentelle; car on comprend que l'orifice naturel du sinus, en raison de son étroitesse et de sa situation profonde, puisse difficilement leur donner passage. Cependant quelques auteurs disent avoir trouvé, dans des autopsies, des vers, des lombrics, qui s'étaient introduits par cet orifice, et dont la présence n'avait déterminé aucun accident pendant la vie. Laugouy parle encore de calculs qui se seraient formés dans la cavité du sinus; mais ce sont des faits rares, et exceptionnels.

Des balles, un clou lancé par une arme à feu, des esquilles nécrosées, des matières alimentaires, un bourdonnet de charpie, etc., tels sont les corps étrangers du sinus maxillaire signalés par divers auteurs. Dans le cas de Béclard, déjà cité, le bout ferré d'un parapluie était resté dans la cavité. Quelquefois encore une dent qu'on cherchait à extraire, ou une canule engagée dans le canal nasal, ont pu s'enfoncer dans le sinus.

Ces corps étrangers ont pour conséquence habituelle de déterminer la formation, soit d'un abcès, soit d'une fistule. Aussi, lorsque ces accidents surviennent, doit-on soupçonner la présence d'un corps étranger, que l'exploration avec le stylet fera souvent reconnaître d'une manière certaine.

S'il existe encore une fistule, c'est par cette voie qu'on ira à la recherche du corps étranger et qu'on tentera de l'extraire en débridant, s'il est nécessaire, le trajet fistuleux. Que si, au contraire, après la cicatrisation complète de la plaie, des accidents persistent, tels que gonflement, douleur profonde dans la mâchoire, etc., annonçant la formation d'un abcès, on ouvrira largement le sinus, et, à l'aide du doigt ou d'une pince portée dans sa cavité, on le débarrassera du corps étranger.

## ARTICLE II.

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU SINUS MAXILLAIRE

#### 1<sup>o</sup> Inflammation.

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation spontanée, idiopathique de la muqueuse du sinus, est rare; il est bien plus fréquent de l'observer consécutivement à une inflammation des parties environnantes, à celle de la pituitaire, par exemple, pendant un coryza violent. La carie d'une des dents molaires, l'ostéo-périostite des alvéoles correspondants, la provoquent plus souvent encore, et l'on peut dire que, dans la majorité des cas, le véritable point de départ de l'inflammation et des abcès du sinus maxillaire est la carie,

accompagnée d'ostéo-périostite, des molaires, et plus particulièrement de la seconde ou de la première grosse molaire. On sait, en effet, que le fond des alvéoles de ces dents correspond au bord inférieur du sinus, et que très-fréquemment les racines ne sont séparées de la muqueuse pituitaire que par une mince lamelle de tissu compacte. Quelquefois même cette lamelle manque et la muqueuse recouvre immédiatement l'extrémité des racines. On conçoit, dès lors, avec quelle facilité la carie de l'une des molaires peut transmettre une irritation inflammatoire à la muqueuse du sinus.

Je dois cependant faire à ce sujet une remarque qui m'a été suggérée par l'observation de quelques faits dans lesquels l'inflammation du sinus maxillaire paraît s'être développée par un mécanisme différent. Un homme se plaignait depuis quelques jours d'une douleur vive, occupant le côté droit de la mâchoire supérieure, irradiant dans le côté correspondant de la joue, s'accompagnant d'un léger gonflement à ce niveau, et semblant avoir son point de départ dans une carie de la première grosse molaire supérieure droite. L'avulsion pratiquée montra que la dent suspecte était entièrement saine, et l'examen des autres dents ne fit découvrir aucune altération. Le gonflement persista, et les douleurs, à peine soulagées par l'opération, ne tardèrent pas à reparaitre aussi vives que précédemment; puis bientôt le malade remarqua l'écoulement dans la bouche d'un liquide purulent, fétide, qui prenait sa source dans le fond de l'alvéole correspondant à la molaire arrachée. C'est alors que je vis le malade et que je constatai que cet écoulement provenait du sinus maxillaire, qui était rempli de pus et dont l'orifice nasal était complètement oblitéré. L'agrandissement de l'ouverture alvéolaire, l'usage prolongé de grandes irrigations, amenèrent la guérison.

Dans ce cas, il est permis de se demander si l'inflammation du sinus maxillaire était primitive, et si l'avulsion de la dent a simplement agi pour ouvrir une issue à la collection purulente déjà formée, ou si la cause première de l'inflammation du sinus a été l'avulsion intempestive de la dent, ayant déterminé une ouverture anormale du sinus maxillaire et favorisé l'introduction de corps étrangers, de parcelles alimentaires. Si le premier mécanisme est probablement celui que l'on doit admettre pour le cas rapporté plus haut, je dois dire que, dans d'autres cas plus ou moins analogues, l'avulsion d'une molaire pratiquée pour une simple névralgie me paraît être l'unique et véritable point de départ de l'inflammation consécutive du sinus.

D'ailleurs les traumatismes ordinaires déterminent quelquefois des inflammations du sinus et agissent de la même manière que l'avulsion des dents molaires de la mâchoire supérieure; c'est ainsi qu'on voit cette affection succéder aux contusions de la joue, aux plaies du sinus par instruments piquants, tranchants et contondants, surtout lorsqu'elles se compliquent de la présence de corps étrangers.

Enfin quelques auteurs disent avoir observé cette affection dans le