

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^e 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^o 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

cours de certaines maladies générales, telles que le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la variole.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'inflammation du sinus maxillaire peut revêtir la forme aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, c'est une douleur vive, persistante, profonde, dans la joue, irradiant du côté correspondant des fosses nasales, de l'oreille, de l'œil, de l'arcade dentaire, accompagnée de troubles sympathiques, tels que bourdonnements d'oreilles, larmoiement, odontalgie. Bientôt la joue présente un gonflement diffus, mais surtout marqué dans la région qui correspond à la face antérieure du sinus; la peau rougit légèrement et devient le siège d'une chaleur anormale. Enfin, à ces symptômes locaux se joignent parfois des symptômes généraux : fièvre, vomissements et même délire, quand l'inflammation se développe avec une très-grande acuité.

Dans la forme chronique, il n'existe qu'une douleur de médiocre intensité, accompagnée d'un léger gonflement, en sorte que souvent l'affection passe inaperçue.

L'inflammation du sinus maxillaire peut se terminer par résolution, c'est le cas le plus fréquent, ou par suppuration.

DIAGNOSTIC. — Le siège précis de la douleur, son intensité et sa persistance sont autant de signes qui éclaireront le diagnostic et aideront à distinguer l'inflammation du sinus maxillaire, soit du coryza, soit d'une périostite alvéolo-dentaire, affections qui peuvent d'ailleurs exister simultanément avec elle.

L'existence d'une douleur profonde et l'absence de points douloureux feront rejeter l'idée d'une névralgie sous-orbitaire.

TRAITEMENT. — Dans la forme aiguë, la diète, les purgatifs, et en particulier le calomel, des sangsues sur la joue ou sur la gencive, des cataplasmes, sont des moyens utiles pour obtenir la résolution.

Si cependant la suppuration n'a pu être évitée, on aura recours au traitement que nous indiquerons plus loin.

2° Abscess.

ÉTIOLOGIE. — Parmi les abcès du sinus maxillaire, les uns prennent naissance dans l'intérieur même du sinus; ils sont consécutifs à une inflammation de la muqueuse, développée sous l'influence de l'une des causes précédemment indiquées; les autres, plus rares, sont le résultat du passage du pus des parties environnantes dans la cavité du sinus. Tel est le cas, cité par Bordenave, dans lequel un abcès de la joue avait détruit la paroi antérieure du sinus. De même Saint-Yves vit un abcès, développé sous le globe de l'œil, s'ouvrir dans le sinus après avoir perforé le plancher de l'orbite.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont souvent, au début, ceux de l'inflammation; puis, quand une collection purulente s'est produite dans le sinus, la maladie peut se présenter sous différentes formes.

Nous ne ferons que signaler les cas rares où un abcès a occupé cette cavité pendant des années sans s'ouvrir à l'extérieur. Le plus ordinairement, en effet, le pus accumulé dans le sinus tend à s'écouler au dehors, soit par l'orifice naturel de communication avec les fosses nasales, soit par une ouverture accidentelle. Dans le premier cas, on observe un écoulement purulent par la narine correspondante, se produisant surtout lorsque le malade fait effort pour se moucher ou lorsqu'il incline brusquement la tête en avant et vers le côté opposé.

Dans ces conditions, le sinus pourra parfois se vider complètement et la maladie guérir rapidement; mais il arrive plus souvent que le pus, s'écoulant mal par l'orifice trop élevé du sinus, séjourne dans sa cavité, s'y mélange avec l'air extérieur, s'altère et devient d'une extrême fétidité; la muqueuse, épaissie et fongueuse, reste le siège d'une suppuration intarissable; et alors, si l'on abandonne la maladie à elle-même, elle peut persister pendant un temps fort long, comme chez ce malade de Cowper (1), qui, depuis quatre ans, rendait par les narines un liquide ichoreux et fétide. C'est à des cas de ce genre que Desault appliqua, avec raison, le nom d'*ozène du sinus maxillaire*.

D'autres fois le pus, accumulé et retenu dans le sinus, use, érode ses parois, et finit par s'ouvrir un passage en dehors du côté de la bouche, des fosses nasales, de la joue, etc., par un ou plusieurs trajets qui restent fistuleux; mais il n'est pas rare que la formation de ces fistules soit précédée par une dilatation quelquefois même considérable du sinus. C'est, en général, la paroi antérieure qui cède la première; il en résulte, dans la joue du même côté, une tumeur d'abord peu volumineuse, dure et résistante. Puis, à mesure qu'elle s'accroît, cette tumeur refoule la paroi, l'amincit de plus en plus, et finit par la réduire à une mince coque osseuse, ou même à une lame fibreuse, élastique, qui cède sous la pression du doigt et produit une sensation particulière et un bruit spécial, analogue à celui que donne l'affaissement d'une feuille de parchemin; la tumeur devient enfin molle et fluctuante.

La dilatation du sinus peut encore se faire, quoique plus rarement, du côté de l'orbite, avec projection de l'œil en avant (2); du côté des fosses nasales ou de la voûte palatine (Bordenave).

De quelque côté que se fasse la dilatation, il arrive un moment où la paroi osseuse amincie cède complètement en un point, et livre passage au pus, tantôt vers les téguments de la joue, tantôt vers la cavité de la bouche ou des deux côtés à la fois; la peau, la muqueuse rougissent, puis se perforent, et telle est l'origine d'un grand nombre de fistules cutanées et buccales. Enfin, c'est quelquefois vers le plancher de l'orbite que la suppuration se fait jour; le pus s'infiltré derrière la paupière inférieure, qui se gonfle et s'enflamme; puis, à ce niveau, s'établit une fistule dont la

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 107.

(2) Boenech, *Arch. génér. de médecine*, 1^{re} série, t. XXII, p. 400.

communication directe avec le sinus peut être constatée par l'exploration à l'aide d'une sonde ou d'un stylet (1).

DIAGNOSTIC. — L'existence antérieure de douleurs vives, profondes, persistantes, dans la joue du côté malade, constitue, pour le diagnostic des abcès, un signe important, mais qui néanmoins n'a pas une valeur absolue, puisque, d'une part, ces douleurs se rencontrent dans des affections autres que l'inflammation du sinus : carie dentaire, névralgie, etc., et que, d'autre part, le développement de certains abcès du sinus est parfois indolent.

L'écoulement du pus par la narine est une indication plus sûre et plus précise. Mais lorsque ce symptôme fait défaut, lorsque le pus s'accumule dans le sinus sans se faire jour au dehors, l'abcès ne peut guère être que soupçonné par les commémoratifs, le siège précis, l'intensité et la persistance de la douleur, et enfin par les symptômes généraux du début de la période inflammatoire. Convient-il, en pareil cas, pour éclairer le diagnostic, de faire le cathétérisme du sinus par les fosses nasales? Jourdain, en 1765, proposa à l'Académie royale de chirurgie le cathétérisme comme moyen de guérir les maladies du sinus maxillaire, avec les injections par l'ouverture naturelle; Allouel fils prétendit que cette méthode avait été trouvée par son père dès 1737, et mis en usage avec succès en 1739. L'Académie jugea l'opération aussi difficile qu'incertaine, et rejeta le procédé, s'appuyant sur ce fait qu'il est absolument impossible de faire pénétrer un instrument dans le sinus sans produire une fracture de la paroi osseuse et une déchirure de la muqueuse. Aujourd'hui encore les auteurs s'accordent à reconnaître la vérité de cette assertion, et nous croyons que ce cathétérisme doit être complètement abandonné.

Quant à la tumeur qui résulte de la dilatation du sinus par la collection liquide, il est facile de la confondre avec un kyste osseux ou une hydro-pisie du sinus, dans les cas où l'abcès s'est développé sans douleur. L'écoulement du pus par la narine ou la ponction exploratrice pourraient seulement lever les doutes.

Enfin, lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur, lorsqu'il existe une ou plusieurs fistules, le diagnostic ne présente plus, en général, de difficultés sérieuses, le cathétérisme permettant de glisser un stylet jusque dans la cavité du sinus.

PRONOSTIC. — Les abcès du sinus maxillaire ne mettent pas en péril la vie du malade; néanmoins on tiendra leur pronostic pour grave si l'on réfléchit qu'ils s'accompagnent souvent de carie ou de nécrose des parois, de la perte des dents, et enfin qu'ils sont suivis de fistules qui pourront persister longtemps, et nécessiter, pour guérir, une opération.

TRAITEMENT. — Dès que l'existence de l'abcès sera reconnue, on devra sans hésiter ouvrir au pus une large issue. Alors même que l'écoulement se fait par les fosses nasales, si cet écoulement semble difficile et insuffi-

(1) Makenzie, *Traité pratique des maladies de l'œil*, t. I, p. 83.

sant, il y a indication de pratiquer une contre-ouverture dans un point plus déclive.

Le sinus sera attaqué, selon les cas, par le bord alvéolaire (procédé de Meibomius ou de Cowper), ou par la fosse canine (procédé de Desault ou de Lamorier). Il est bien évident que le premier point sera choisi de préférence lorsque les dents molaires seront altérées ou cariées, et lorsque le pus se sera déjà infiltré entre elles. Si la tumeur faisait saillie du côté de la voûte palatine, on pourrait l'inciser à cet endroit; si, au contraire, elle se portait du côté de la joue, ce n'est pas à ce niveau qu'il faudrait l'ouvrir, mais bien par la fosse canine ou le bord alvéolaire; et cette règle s'applique encore aux cas dans lesquels l'abcès s'est déjà fait jour en plusieurs points, car alors la contre-ouverture aura pour résultat, le plus ordinairement, de supprimer les trajets fistuleux déjà formés.

Enfin, le sinus étant largement ouvert, on aura soin de faire dans sa cavité de fréquentes injections avec l'eau tiède, l'eau iodée, etc. Nous signalerons encore la solution de permanganate de potasse comme un désinfectant très-efficace dans les cas d'*ozène*.

3^o Fistules.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les fistules entrent pour une large part dans la pathologie du sinus maxillaire et présentent de nombreuses variétés. Relativement à leur siège, on peut les diviser, avec les auteurs du *Compendium*, en fistules cutanées et fistules buccales : les premières s'ouvrant du côté des téguments de la face, plus ou moins haut sur la joue, quelquefois même au niveau de la paupière inférieure; les secondes s'ouvrant du côté du bord alvéolaire (fistules alvéolaires et gingivales), ou du côté de la voûte palatine (fistules palatines).

Dans la majorité des cas, il n'y a qu'une seule fistule; mais il peut aussi s'en former plusieurs, soit cutanées, soit buccales, ou même des deux variétés à la fois. Maigrot, cité par Bordenave, donna des soins à un malade chez lequel un abcès s'était ouvert en même temps à la joue par des orifices multiples, et sur le bord alvéolaire, entre deux dents, par une petite ouverture d'où s'écoulait du pus depuis trois mois.

Tantôt la fistule consiste en un pertuis très-étroit, dans lequel le stylet s'engage avec peine : par exemple, lorsque le pus s'infiltré entre deux molaires; tantôt, au contraire, c'est une large ouverture, comme on en rencontre après l'élimination de séquestres volumineux ou à la suite d'une perte de substance étendue, pratiquée par le chirurgien dans un but curatif.

ÉTIOLOGIE. — Les fistules succèdent parfois à une lésion traumatique du sinus, en particulier aux plaies par armes à feu, souvent compliquées, comme on sait, par la présence de corps étrangers. A côté de ces fistules d'origine traumatique, se placent celles qui s'établissent consécutivement à l'ouverture artificielle du sinus pour vider un abcès, pour enlever une

tumeur, etc., ou encore après l'avulsion d'une dent dont les racines s'enfonçaient profondément jusque dans la cavité du sinus, ou avaient été mises à nu par la carie de l'alvéole et la suppuration de la muqueuse.

Enfin, nous savons que la formation d'une ou de plusieurs fistules est la terminaison presque fatale des abcès du sinus abandonnés à eux-mêmes.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — L'écoulement de pus fétide ou de mucus par l'orifice cutané ou buccal; le passage de l'air par cet orifice quand le malade fait effort pour se moucher, éternuer, etc.; le retour par les fosses nasales des liquides injectés par l'ouverture anormale, sont des symptômes qui, lorsqu'ils existent simultanément, permettent de conclure à l'existence d'une fistule communiquant avec la cavité du sinus.

Dans le cas d'oblitération de l'orifice naturel du sinus, les deux derniers signes feront défaut, et l'on pourra douter si la fistule pénètre réellement dans le sinus, ou si le trajet fistuleux et l'écoulement du pus ne sont pas simplement le résultat d'une carie dentaire, d'une nécrose de l'os maxillaire, sans lésions du sinus. Mais alors l'exploration directe avec le stylet ou la sonde, la direction, la longueur de la fistule, la sensation, facile à percevoir, que l'instrument est entré dans une cavité assez étendue, lèveront tous les doutes; et si, comme il arrive parfois, le trajet était assez étroit pour gêner le cathétérisme, il n'y aurait pas grand inconvénient à l'agrandir ou à débrider l'orifice dans une étendue suffisante.

MARCHE, PRONOSTIC. — En règle générale, les fistules situées dans un point déclive et assez larges pour laisser au pus ou au mucus une issue facile ont une grande tendance à guérir spontanément. Au contraire, celles qui sont trop élevées, à la joue, par exemple, ou dont l'orifice est trop petit, persistent indéfiniment, ou nécessitent, pour guérir, l'intervention chirurgicale.

Les fistules cutanées, en raison de leur siège et aussi de la difformité qu'elles produisent, sont donc d'un pronostic plus grave que les fistules buccales. Toutefois nous ferons une exception pour quelques-unes de ces dernières, qui, consécutives à l'avulsion d'une dent ou mieux encore à une perte de substance très-étendue, deviennent incurables en dépit de tout traitement.

Enfin, il en est qui ne disparaissent qu'après avoir présenté dans leur marche de fréquentes alternatives en bien ou en mal; telles sont certaines fistules buccales survenues à la suite d'un abcès, et dont l'oblitération, mal surveillée, se fait trop vite, alors que la suppuration persiste encore dans le sinus; chaque nouvelle oblitération est marquée par des douleurs et des accidents qu'on eût pu prévenir en maintenant pendant un certain temps, et par des moyens que nous indiquerons, le trajet suffisamment dilaté.

TRAITEMENT. — Il sera dirigé conformément aux indications que nous venons d'établir. S'il s'agit d'une fistule buccale, on se bornera à faire

dans la cavité du sinus des injections avec l'eau tiède, la teinture d'iode, etc., pour modifier l'état de la muqueuse et tarir la suppuration. Mais, tant que ce résultat n'aura pas été obtenu, on aura grand soin d'entretenir la fistule, et même de la dilater si le trajet s'était resserré trop rapidement: dans ce but, on s'est parfois servi d'une corde à boyau ou d'une canule métallique percée de trous; souvent il suffira d'y passer chaque jour le stylet.

S'agit-il, au contraire, d'une fistule cutanée, il sera le plus ordinairement nécessaire d'établir une contre-ouverture en un point déclive, c'est-à-dire sur le bord alvéolaire ou sur la paroi antérieure du sinus, selon les cas.

Jean-Henri Meibomius proposa le premier d'enlever une ou plusieurs molaires pour que le contenu du sinus pût s'écouler par les alvéoles. Ce procédé, que l'observation a démontré insuffisant, fut repris et complété par Drache et Cowper: ils conseillèrent d'enlever la première ou la deuxième molaire, puis de traverser, à l'aide d'un perforatif, la mince cloison osseuse qui sépare la racine de la dent de la cavité du sinus; et ce temps de l'opération est d'autant plus facile que l'os est altéré, quelquefois même en partie détruit. Cette perforation de l'alvéole non-seulement permet l'écoulement facile du pus retenu dans le sinus, mais encore sert à faire dans la cavité des injections détersives pour favoriser et hâter la guérison.

En adoptant ce procédé, on s'est demandé quelle dent il fallait enlever, afin de pénétrer sûrement dans le sinus. Or, l'anatomie nous apprend que les grosses molaires toujours, et les petites assez souvent, correspondent à la base du sinus. Donc, quand le choix est possible, c'est l'extraction de la première grosse molaire, dont l'alvéole a le moins d'épaisseur, qui est indiquée. Cependant, comme il arrive souvent que la portion osseuse répondant à la base du sinus, altérée et ramollie, offre peu de résistance ou que la cavité est agrandie, on devrait arracher de préférence la deuxième grosse molaire ou l'une des petites, si elles étaient cariées et ébranlées, ou si le pus s'était déjà infiltré entre elles.

Deux procédés ont été mis en usage pour ouvrir la paroi antérieure du sinus; ils sont dus à Lamorier et à Desault.

Le procédé de Lamorier consiste à écarter et à relever la commissure de la lèvre à l'aide d'un crochet mousse, à rechercher avec le doigt l'apophyse molaire, à inciser transversalement la muqueuse au-dessous de cette apophyse, au-dessus de la première grosse molaire, et enfin à perforer la paroi osseuse mise à nu.

Le procédé de Desault diffère du précédent en ce que l'incision de la muqueuse et la perforation de la paroi sont pratiquées plus bas et plus en avant, au niveau de la fosse canine. Il est, d'autre part, préférable à celui de Lamorier pour cette double raison que son exécution est plus facile et que la contre-ouverture occupe un point plus déclive.

Il est presque inutile de faire remarquer que si les dents molaires sont

altérées ou si le pus s'est déjà fait jour par le bord alvéolaire, on aura recours au procédé de Cowper, tandis qu'on réservera celui de Desault pour les cas où les dents sont restées saines, où la joue est assez tuméfiée pour empêcher le malade d'ouvrir la bouche, où enfin la lame osseuse qui sépare la base du sinus de la gencive est très-épaisse, comme elle se présente souvent chez les vieillards, après la chute des dents.

Nous signalerons encore quelques procédés spéciaux employés avec succès dans des cas particuliers. Bertrandi (1), chez une malade qui portait une fistule sur le bord orbitaire de l'os maxillaire, introduisit par le trajet fistuleux un perforatif long et étroit, qu'il porta perpendiculairement jusque sur la surface palatine de cet os, contre laquelle il avait fortement appliqué deux doigts de la main gauche, et qu'il perfora ainsi, entre les deux dents molaires postérieures. La malade guérit.

A. Bérard, pour convertir une fistule de la joue en fistule buccale, fit passer une sonde cannelée de la joue dans le sinus, et, tournant en bas la cannelure, il pratiqua en dedans de la bouche une incision en plongeant un bistouri dans la cannelure de la sonde; par là il fit passer un gros fil de plomb, dont une extrémité, recourbée en crochet, pénétra profondément dans le sinus, et dont l'autre, laissée dans la bouche, fut fixée à une dent molaire.

Quel que soit le procédé employé, lorsqu'une contre-ouverture est établie dans de bonnes conditions, la fistule guérit en général très-rapidement, si l'on a soin de surveiller le trajet artificiel et de retarder autant qu'il est nécessaire son oblitération.

Nous avons dit déjà que certaines fistules buccales restaient rebelles à tout traitement et absolument incurables. Dans ce cas, on s'opposera à l'écoulement continu du pus dans la bouche et au passage des aliments par l'orifice anormal, en faisant porter au malade un obturateur qu'on enlèvera de temps en temps pour vider et nettoyer la cavité du sinus, à l'aide d'injections d'eau tiède.

4^o Tumeurs.

On peut diviser les tumeurs du sinus maxillaire en deux grandes classes, suivant qu'elles sont formées par une collection de liquide ou par des pseudoplasmes solides. Les abcès, qui pourraient être rangés dans le groupe des tumeurs liquides, se rattachent si intimement à l'inflammation et aux fistules du sinus maxillaire, que je n'ai pas cru devoir séparer leur histoire de celle des deux dernières affections. Il reste seulement à étudier, comme tumeurs liquides du sinus maxillaires, le *kystes* et l'*hydropisie*.

A. Tumeurs liquides. — Kystes (hydropisie).

HISTORIQUE. — Jourdain et Deschamps, les premiers, ont décrit sous le nom d'*hydropisie du sinus maxillaire* une maladie caractérisée, selon eux,

(1) Boldenave, *loc. cit.*, 48^e observ.

par l'accumulation du mucus dans l'antre d'Highmore, consécutivement à l'oblitération de son orifice normal. Ce mode de formation d'une tumeur liquide du sinus, simple et séduisant au premier abord, mais tout à fait hypothétique, fut accepté sans conteste par les auteurs qui suivirent, et c'est seulement en 1851 qu'une opinion contraire fut émise par Giraldès, et que l'on contesta l'origine de ces prétendues hydrophisies.

Dans un mémoire postérieur à sa thèse de concours, et couronné par l'Académie des sciences, Giraldès (1), après avoir démontré l'existence de glandes dans l'épaisseur de la muqueuse du sinus maxillaire, glandes folliculaires, plus nombreuses et plus développées sur la paroi interne du sinus et au voisinage de son orifice, composées de plusieurs culs-de-sac s'ouvrant tous dans un tube principal, et situées dans le tissu cellulaire qui sépare la muqueuse du périoste, insista sur la fréquence des kystes développés aux dépens d'une portion ou de la totalité d'une de ces glandes, consécutivement à l'oblitération du canal excréteur,

Il fit, en outre, remarquer que l'hydropisie du sinus maxillaire, telle que la décrivent les auteurs, est une pure hypothèse que les autopsies n'ont pas confirmée, tandis que l'existence des kystes est réelle, très-fréquente, et souvent démontrée par l'examen cadavérique; que l'identité est complète entre le contenu des kystes et celui du sinus dans la maladie dite hydropisie; que les phénomènes de dilatation et de compression observés en pareil cas s'expliquent aussi bien par la présence de kystes qui se développent progressivement que par la rétention et l'accumulation du mucus; et finalement il conclut que l'hydropisie n'existe pas, et que tout ce qu'on a dit de cette maladie doit être rapporté aux kystes muqueux du sinus.

Cette opinion, que des recherches ultérieures, et en particulier celles de Marchant (2), n'ont fait que confirmer, nous paraît exacte dans l'immense majorité des cas de tumeurs liquides non purulentes du sinus maxillaire. Cependant nous n'oserions être aussi affirmatif que Giraldès, et nier complètement l'existence d'une rétention de mucus dans la cavité même du sinus.

Il existe, en effet, des exemples qui, s'ils ne démontrent pas d'une façon précise et irréfutable l'existence de l'hydropisie, autorisent tout au moins à faire quelques réserves sur ce sujet; et nous citerons en particulier le fait que Verneuil communiqua en 1852 à la Société de chirurgie, où le sinus maxillaire gauche était rempli complètement par un liquide visqueux, filant, très-dense, très-adhérent à la muqueuse; il n'y avait pas trace de kyste. Quant à cet argument, mis en avant par Roux et Michon, et tiré de la rareté de l'affection dite hydropisie, comparativement à la fréquence des kystes du sinus, il ne prouve rien, si ce n'est que ceux-ci

(1) Giraldès *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*, 4 pl. Paris, 1860.

(2) *Sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*, thèse de Strasbourg, 1858, n^o 59.