

appliquée dans les cas de tumeurs peu volumineuses et limitées au sinus, quelle que soit d'ailleurs leur nature; mais elle devient insuffisante pour celles qui, plus considérables, ont franchi les limites de cette cavité, envoyé dans les organes environnants des prolongements multiples, et envahi la totalité ou seulement une partie de la mâchoire: celles-là exigent une opération plus sérieuse, et le chirurgien n'aura plus qu'à choisir entre la résection partielle ou l'ablation complète du maxillaire supérieur. La première sera préférée à la seconde chaque fois qu'on aura affaire à une tumeur de bonne nature, surtout si l'on a pu acquérir préalablement des notions précises sur le point d'implantation et sur l'étendue de la production morbide: c'est ainsi que la résection du bord alvéolaire et d'une portion de la paroi antérieure (Siebold), celle du bord alvéolaire et de la voûte palatine (Dupuytren), etc., ont été pratiquées avec succès.

Mais s'il s'agit d'une tumeur maligne, essentiellement envahissante, sur les limites de laquelle il est difficile, sinon impossible, d'être fixé, ou bien encore d'une tumeur de toute autre nature ayant acquis des dimensions considérables, on n'hésitera pas à pratiquer l'ablation complète du maxillaire; car, en pareille circonstance, mieux vaudrait s'abstenir que de tenter une résection incomplète, inévitablement suivie de récurrence. Indiquée et décrite par Lisars, en 1826, l'ablation du maxillaire supérieur fut pratiquée pour la première fois, l'année suivante, par Gensoul: le succès fut complet; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et il existe de nombreux exemples où cette opération elle-même ne met pas le malade à l'abri d'une récurrence.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU SINUS MAXILLAIRE.

Les anomalies dans la forme et les dimensions du sinus maxillaire intéressent plus l'anatomiste que le chirurgien; elles sont d'ailleurs peu connues. Je veux seulement signaler un vice de conformation qui a son importance au point de vue de la médecine opératoire, et qui consiste dans une exiguité anormale des dimensions du sinus, portant sur la partie antérieure. Il en résulte que le bord inférieur n'est plus en rapport avec les alvéoles des petites molaires et répond seulement aux alvéoles des grosses molaires. Comme il est le plus souvent impossible de prévoir cette disposition anormale, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est que l'on doit, pour entrer à coup sûr dans la cavité du sinus par le procédé de Meibomius, perforer l'alvéole de l'une des grosses molaires.

Les difformités accidentelles succèdent aux différentes lésions traumatiques et spontanées du sinus, et consistent essentiellement dans une dépression plus ou moins marquée de la paroi antérieure du sinus, d'où résultent un aplatissement de la joue et une difformité plus ou moins choquante. Le plus souvent cette difformité est irrémédiable. Cependant

dans un cas de fistule du sinus maxillaire, ayant succédé à une fracture avec léger enfoncement de sa paroi antérieure, après avoir amené la cicatrisation de la fistule de la joue par la perforation du sinus du côté de la bouche, je suis parvenu à faire disparaître en grande partie la difformité de la face, en enlevant la cicatrice adhérente et en réunissant les deux lèvres saignantes de la plaie.

Je signalerai en terminant une difformité singulière du sinus maxillaire dont la cause reste inconnue, et qui pour cette raison peut être désignée sous le nom d'*affaissement spontané du sinus*. White Cooper (1) a rapporté un fait de cette nature. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, bien constituée, qui sept ans avant l'époque où elle fut examinée par Cooper, vit paraître une tache brunâtre sous l'œil gauche, sans altération de cet organe. Cette coloration s'étendit vers le nez, puis fut suivie d'un aplatissement graduel de la joue, sans qu'il ait jamais existé la moindre douleur. Entre le nez et l'os malaire on voyait une dépression profonde, donnant à la face un aspect singulier, et paraissant due à l'affaissement de la paroi antérieure de l'os, ainsi qu'à celui de la paroi supérieure. De ce côté, l'arcade alvéolaire, non altérée dans sa forme, présentait plusieurs dents gâtées. La fosse nasale de ce côté était libre, mais un peu sèche. Par la bouche, le doigt reconnaissait une dépression correspondante au sinus maxillaire, sans aucun signe de perte de substance osseuse. La malade fut revue deux ans après: la difformité était plus prononcée, la fosse nasale paraissait un peu atrophiée, l'arcade alvéolaire intacte, les téguments adhérents aux os. Le larmolement qui avait existé dès le début persistait.

L'auteur ne connaît pas de faits analogues, mais Otto dit en avoir vu quelques exemples.

IV. — MALADIES DES SINUS FRONTAUX.

Les maladies des sinus frontaux sont extrêmement rares. Dezeimeris, le premier, eut le mérite de réunir les différentes observations éparses dans la science, de les grouper ensemble de manière à présenter un travail méthodique, mais malheureusement incomplet, sur la pathologie de cette partie de l'appareil olfactif. Son exemple fut suivi par les auteurs des différents traités de chirurgie qui ont paru depuis cette époque, et dans lesquels un chapitre spécial est consacré à l'étude des maladies qui nous occupent. Si nous ajoutons une thèse récente de Bouyer sur le même sujet et quelques rares observations publiées dans les recueils périodiques, nous aurons énuméré les diverses sources auxquelles on peut puiser pour l'étude des maladies des sinus frontaux.

DEZEIMERIS, *Observ. sur les maladies des sinus frontaux* (l'Expérience, t. I, p. 567-573, et t. IV, p. 401-413). — BOUYER, *Essai sur la pathologie des sinus frontaux*, thèse de Paris, 1859.

(1) *Archives générales de médecine*, 4^e série, t. XXVIII, p. 72.