

s'il existe de la fluctuation, le seul moyen de reconnaître la nature de la tumeur serait la ponction exploratrice.

Il est inutile d'insister sur la gravité des polypes du sinus frontal, et sur la nécessité d'une prompt intervention chirurgicale aussitôt que la nature de la maladie aura été reconnue.

Le traitement consiste à ouvrir largement le sinus à l'aide d'une ou de plusieurs couronnes de trépan appliquées sur la paroi antérieure, de manière à mettre à nu la tumeur, que l'on pourra ensuite exciser, arracher ou lier suivant qu'on le jugera convenable. Afin d'éviter la reproduction, il sera bon de ruginer l'os avec précaution dans le point d'implantation de la tumeur. Des injections détersives seront ensuite pratiquées dans la cavité du sinus, afin de prévenir la stagnation du pus et de favoriser la guérison par le rapprochement des parois. S'il restait une fistule, on se comporterait comme nous l'avons dit plus haut.

c. *Ostéomes*. — L'histoire de ces tumeurs se trouve en partie comprise dans la description générale des ostéomes des fosses nasales (pages 839), et j'aurais pu me borner à y renvoyer le lecteur, si je n'avais jugé utile de signaler quelques particularités propres aux tumeurs osseuses du sinus frontal.

Depuis le mémoire de Dolbeau et les thèses de Gaubert et d'Olivier, on sait qu'il peut se développer dans la cavité des sinus frontaux des exostoses *spongieuses* ou *éburnées*, susceptibles d'acquies un développement considérable; mais il y a lieu de faire au sujet du sinus frontal la même distinction que nous avons déjà faite pour les exostoses du sinus maxillaire. De même que l'on ne doit pas confondre avec les ostéomes proprement dits de l'antre d'Highmore les exostoses du maxillaire supérieur, de même aussi il est nécessaire de distinguer des ostéomes du sinus frontal les tumeurs osseuses qui, développées au voisinage ou à l'extérieur du sinus, ont graduellement envahi sa cavité. Or, il est quelquefois très-difficile de décider à quelle variété d'exostose on a affaire, et dans quelques cas la question est restée douteuse, même après l'opération.

J'ai dit, en parlant de la pathogénie des ostéomes des fosses nasales, que, malgré les travaux récents, on ne pouvait admettre comme entièrement démontrée l'opinion qui considère ces tumeurs comme développées dans l'épaisseur de la muqueuse de Schneider. Je dois garder la même réserve au sujet des ostéomes des sinus frontaux, quoique certaines observations nous montrent des tumeurs qui semblent en réalité être entièrement libres dans la cavité du sinus. Je renvoie d'ailleurs pour cette question, de même que pour les autres détails d'anatomie et de physiologie pathologiques, à la description générale des ostéomes des fosses nasales.

Les ostéomes des sinus frontaux manifestent leur présence tantôt par l'apparition d'une tumeur plus ou moins volumineuse, située vers le grand angle de l'œil, à la partie interne et supérieure de l'orbite, tantôt par une tuméfaction en rapport avec la dilatation du sinus dans toutes ses dimen-

sions. C'est, comme on le voit, la même déformation que celle qu'on observe toutes les fois que le sinus est distendu par une tumeur liquide ou solide. Quelquefois le développement de l'ostéome s'accompagne de douleurs violentes dues sans doute à la compression des nerfs frontaux. A mesure que la tumeur augmente de volume, elle détermine du côté de l'œil des troubles en rapport avec la compression qu'il subit : exophthalmie, perte de la vue, congestion, œdème des paupières et de la conjonctive.

Enfin, à une période avancée, la paroi du sinus peut être usée, détruite en plusieurs points, comme dans un cas de Jobert (fig. 173), et l'on sent alors une tumeur dure, régulière ou mamelonnée, lisse ou rugueuse et complètement immobile.

Le traitement des ostéomes des sinus frontaux consiste à découvrir la tumeur à l'aide d'une incision pratiquée au-dessus du sourcil ou d'incisions combinées, puis à pratiquer une large issue à travers la paroi du sinus en en réséquant une partie plus ou moins étendue, de manière à saisir la tumeur avec de fortes pinces pour l'ébranler et l'extraire d'un seul coup. Comme dans certains cas on reste dans le doute relativement aux adhérences de la tumeur et à ses rapports avec la paroi postérieure, on doit mettre une certaine réserve dans les efforts d'extraction.

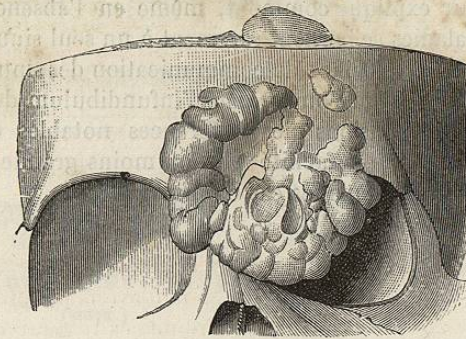


FIG. 173. — Ostéome du sinus frontal (musée Dupuytren).

ARTICLE III.

DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DES SINUS FRONTAUX.

J'indique seulement ici pour mémoire les difformités des sinus frontaux résultant de plaies, de fractures, de fistules de la paroi antérieure. Ces lésions donnent lieu à un enfoncement plus ou moins considérable de la région de la face correspondante au sinus, et la difformité qui en résulte est au-dessus des ressources de l'art.

Quant aux vices de conformation, ils constituent, à proprement parler, des variétés anatomiques, qu'il est absolument impossible de reconnaître : telles sont les dimensions variables des sinus, leur séparation plus ou moins complète sur la ligne médiane, leur communication avec les fosses nasales. Relativement aux dimensions des sinus frontaux, elles varient avec les individus et subissent généralement avec l'âge un accroissement considérable : chez certains vieillards, on a vu les sinus frontaux

occuper par anomalie toute la largeur de l'os frontal et se prolonger dans l'épaisseur de sa portion orbitaire.

La cloison qui sépare sur la ligne médiane les sinus frontaux présente souvent des perforations multiples, et, dans tous les cas, sa faible épaisseur explique comment, même en l'absence d'ouverture anormale, les maladies se bornent rarement à un seul sinus.

Enfin, l'orifice de communication des sinus frontaux avec les fosses nasales, qui va s'ouvrir dans l'infundibulum du méat moyen, présente dans ses dimensions des différences notables qui permettent de se rendre compte de la facilité plus ou moins grande avec laquelle cette ouverture s'oblitére dans les cas d'inflammation.

FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DES TISSUS.

(SUITE.)

CHAPITRE XII. — MALADIE DES ARTICULATIONS.....	1
MALADIES INFLAMMATOIRES DES ARTICULATIONS.....	1
ART. I. — Arthrite.....	2
§ 1. Arthrite aiguë.....	2
a. Arthrite aiguë spontanée et traumatique.....	4
b. Arthrite blennorrhagique.....	13
§ 2. Arthrite chronique.....	14
a. Hydarthrose.....	15
b. Arthrite sèche ou déformante.....	26
ART. II. — Tumeurs blanches en général.....	35
Tumeurs blanches en particulier.....	72
§ 1. Tumeurs blanches des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne.....	72
§ 2. Tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire.....	79
§ 3. Tumeurs blanches des articulations sterno-claviculaire et acromio-claviculaire.....	80
§ 4. Tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale, ou scapulalgie.....	81
§ 5. Tumeur blanche de l'articulation du coude.....	90
§ 6. Tumeur blanche du poignet.....	93
§ 7. Tumeurs blanches des doigts.....	97
§ 8. Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque (sacro-coxalgie).....	98
§ 9. Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale (coxalgie ou fémoro-coxalgie).....	103
§ 10. Tumeur blanche de l'articulation du genou.....	133
§ 11. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.....	135
§ 12. Tumeurs blanches du pied.....	137
ART. III. — Pseudoplasmes des articulations.....	138
§ 1. Corps étrangers organiques des articulations. — Arthrophytes.....	138
§ 2. Tumeurs cancéreuses des articulations.....	154
ART. IV. — Névralgies des articulations (arthralgies hystériques).....	155
ART. V. — Lésions traumatiques des articulations.....	159