

saillie dans cette cavité. Le même phénomène peut résulter de dents molaires surnuméraires déplacées et refoulées vers le sinus maxillaire (LINHART). Ces dents peuvent alors jouer le rôle de corps étrangers. Enfin, il est certain que de véritables *corps étrangers*, tels qu'une balle ou l'extrémité brisée d'un couteau, peuvent être le point de départ de la suppuration, tandis que parfois on est vraiment étonné du peu de symptômes qu'ils déterminent. On cite comme exemple le fait d'un homme qui garda pendant 42 ans dans son sinus maxillaire une lame de couteau longue de 3 centimètres, sans présenter d'autre symptôme que l'écoulement intermittent d'une certaine quantité de pus et de sang. Au bout de ce temps, le corps étranger fut éliminé spontanément par le nez.

Les suppurations dues aux causes que nous venons de signaler ne produisent probablement pas d'autres symptômes que l'écoulement de pus par le nez ou par des fistules dues à la perforation des parois du sinus, ainsi que des sensations douloureuses dans la région du maxillaire et des dents correspondantes. On a prétendu qu'elles pouvaient déterminer également une *tuméfaction considérable du sinus maxillaire avec amincissement des parois*, mais ce fait est loin d'être prouvé. Dans certains cas, rares, il peut sans doute arriver que l'on voie se produire une tuméfaction de ce genre par suite de l'oblitération de l'orifice du sinus, mais, en règle générale, ce sont *d'autres causes qui produisent la dilatation avec amincissement des parois de cette cavité*.

On admettait autrefois que l'accumulation du liquide de sécrétion de la muqueuse, à la suite de l'oblitération de l'orifice du sinus maxillaire, pouvait déterminer une « **hydropisie** » de ce dernier. Nous avons déjà fait remarquer précédemment que la structure anatomique de la muqueuse ne se prête guère à l'exagération de la sécrétion, et quant à l'oblitération de l'orifice du sinus, elle ne doit pas être bien fréquente, si l'on fait abstraction de celle qui peut être le fait d'une tumeur, telle qu'un polype muqueux du nez. Il semble donc que l'on doive renoncer complètement à l'idée ancienne d'une hydropisie du sinus par rétention du liquide de sécrétion de la muqueuse. Par contre, certains processus pathologiques sont capables de déterminer des phénomènes cliniques absolument semblables à ceux qui résulteraient d'une accumulation de liquide dans le sinus maxillaire. C'est ainsi que l'on voit se développer dans cette cavité de véritables tumeurs qui subissent ensuite une dégénérescence kystique, ou bien des kystes se forment sous le périoste du sinus à la suite de processus inflammatoires, et soulèvent peu à peu le périoste et la muqueuse pour envahir complètement l'antra d'Highmore ; il devient alors évidemment impossible de reconnaître cliniquement si la production de liquide dans cette cavité est primitive ou secondaire. On peut d'ailleurs y rencontrer des kystes muqueux ayant la forme de polypes ; ces tumeurs par leur tendance à la transformation kystique, se distinguent des polypes muqueux du nez, qui présentent une structure

adénoïde. Ces kystes remplissent peu à peu tout le sinus, s'appliquent contre les parois de ce dernier, et c'est à peine si l'examen clinique, au moment de l'ouverture de la cavité, permet de reconnaître si le mucus clair qui s'en écoule provient oui ou non du revêtement muqueux de l'antra d'Highmore. Dans un cas semblable, j'ai pratiqué la ponction du sinus ; mais l'examen du liquide, tout à fait clair et très albumineux qui s'écoula en assez grande abondance, ne permit pas de poser un diagnostic ; ce liquide, en effet, ne contenait presque aucun élément figuré.

Ce sont donc surtout les processus que nous venons de faire connaître qui donnent lieu au tableau clinique de la dilatation du sinus maxillaire avec amincissement de ses parois. On observe alors une saillie en avant de la paroi antérieure surmontant le rebord alvéolaire, tandis que la voûte palatine bombe vers la cavité buccale, et que la paroi orbitaire soulevée refoule en haut le globe oculaire. La tumeur a d'abord la dureté de l'os, puis elle prend une consistance parcheminée et se laisse déprimer sous la pression du doigt ; enfin, après la résorption complète du tissu osseux, elle devient molle et fluctuante. Dans les rares cas de suppuration du sinus donnant lieu à des symptômes semblables, on peut alors voir survenir un phlegmon suppuré, et le pus se frayer ainsi un passage à l'extérieur. En présence des phénomènes que nous venons de décrire, on devra être réservé dans le diagnostic, et se demander si l'on n'aurait point affaire à une tumeur. Dans les cas douteux, c'est à l'aide du trocart explorateur que l'on établira le diagnostic différentiel.

On devra, du reste, dans le diagnostic différentiel de ces processus, songer à la possibilité de l'existence d'un kyste dentaire périostal développé sur la face antérieure du maxillaire.

§ 89. — Le **traitement** des collections purulentes du sinus maxillaire doit s'adresser avant tout à la cause de l'affection. Souvent la guérison est obtenue à la suite de l'avulsion de dents cariées, de l'extraction de corps étrangers ou de fragments osseux nécrosés. Lorsqu'il s'agit d'une dent malade que l'on vient d'enlever, le pus s'écoule par l'orifice qu'elle a laissé dans la paroi inférieure du sinus. Si cet écoulement ne se produisait pas, on le provoquerait en perforant le fond de l'alvéole à l'aide d'un fort trocart, d'une vrille ou de la gouge et du maillet.

Lorsque les parois du sinus sont déjà distendues et amincies par le liquide, il est préférable de pratiquer par la bouche une large incision de la paroi antérieure de cette cavité. On peut se servir dans ce but d'un gros trocart, d'un bon bistouri, de forts ciseaux ou enfin du trépan. S'agit-il d'extraire un corps étranger, on introduit alors le doigt dans la plaie et l'on agrandit l'ouverture à l'aide de ciseaux. On peut également extirper, au besoin, par ce procédé les kystes qui pourraient se trouver implantés sur la paroi interne du sinus. Ou soumet ensuite la cavité à des irrigations détersives, puis, suivant les circonstances, on pratique des cautérisations, des injections de teinture d'iode, et surtout des lavages

avec des solutions désinfectantes. Lorsque la plaie a une certaine étendue, elle laisse volontiers un orifice fistuleux, tapissé de muqueuse, que l'on peut fermer à l'aide d'une plaque en or fixée à une dent, afin d'empêcher la pénétration de corps étrangers dans le sinus (SALTER). Mais il arrive encore plus souvent que l'ouverture pratiquée dans le fond de l'alvéole ne reste pas ouverte, qu'elle tend constamment à se fermer, et que le pus s'accumule ainsi de nouveau dans le sinus; dans ce cas on fera le drainage de la cavité avec un tube en caoutchouc. Pour empêcher ce dernier de tomber, on passe un petit bout de drain mince à travers la partie du tube à drainage contenue dans la cavité du sinus.

β. Tumeurs du maxillaire supérieur.

Tumeurs du sinus maxillaire.

§ 90. Nous avons déjà fait mention des **polypes muqueux** de l'antra d'Hygmore, et nous avons parlé de leur tendance à la dégénérescence kystique. Ces tumeurs se comportent tout à fait comme les polypes muqueux des fosses nasales. Ils prennent naissance sur les parois du sinus et se développent librement dans la cavité de ce dernier. Le plus souvent on ne les découvre que par hasard dans les autopsies, car ils n'atteignent que rarement des dimensions suffisantes pour refouler les parois du sinus et donner lieu à des phénomènes analogues à ceux que produisent d'autres tumeurs. Cependant, le refoulement et l'usure de ces parois peuvent être la conséquence de polypes muqueux multiples qui apparaissent alors dans la cavité nasale ou à l'extérieur du maxillaire, et subissent volontiers la transformation kystique. Ainsi se trouve constituée une poche tapissée d'une muqueuse et contenant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, un liquide muqueux, clair ou trouble, qui renferme parfois une forte proportion de cholestérine (*Hydropisie de l'antra d'Hygmore* d'après GIRALDES) (*Voir plus loin le diagnostic différentiel de ces tumeurs avec les kystes dentaires*).

Le sinus maxillaire peut être également le siège de tumeurs analogues aux **fibromes** de la cavité nasale, tumeurs qui peuvent atteindre de très grandes dimensions et faire leur apparition à la joue, après avoir déterminé l'atrophie de la paroi antérieure du sinus, ou dans la cavité naso-pharyngienne après la destruction des parois interne et postérieure de l'antra d'Hygmore. De la cavité naso-pharyngienne elles peuvent même perforer la base du crâne et pénétrer dans la cavité crânienne (ADELMANN). On a aussi observé des **sarcomes** et des **enchondromes** ayant pour point de départ la face interne du sinus maxillaire. Quant aux **carcinomes**, ils ne sont pas rares, surtout à un âge avancé; ils affectent principalement la forme médullaire, et présentent ordinairement, au point de vue histologique, une structure glandulaire bien caractérisée. On y rencontre, en effet, des amas de petites cellules formant des tubes semblables à ceux que l'on observe dans les glandes. Ces tubes ont souvent un contenu muqueux et peuvent être ainsi le point de départ de cavités kystiques. Le tissu interstitiel possède aussi généralement une consistance très molle. Ces

tumeurs détruisent les parois du sinus maxillaire et deviennent alors facilement le siège d'ulcérations anfractueuses et tapissées de végétations papillaires, ulcérations et végétations qui apparaissent soit dans la cavité nasale après la destruction de la paroi interne du sinus, soit dans la bouche, à travers la voûte palatine. Le néoplasme peut également envahir la joue sous la forme d'un ulcère végétant, après avoir détruit la paroi osseuse antérieure et les parties molles de la région.

§ 91. — Pour le **traitement** des polypes muqueux il est nécessaire d'ouvrir le sinus par sa paroi antérieure. Cette opération peut, en général, être aisément pratiquée par la bouche à l'aide d'un fort bistouri. Si l'on a besoin de beaucoup d'espace, on peut constituer avec l'os, le périoste et la muqueuse un lambeau que l'on rabat de bas en haut, et que l'on fixe de nouveau sur l'ouverture après l'extirpation du néoplasme. Lorsqu'il s'agit de tumeurs plus volumineuses, il devient nécessaire de pratiquer la résection de la paroi antérieure du sinus à travers une incision de la joue (*voir plus loin*). Les fibromes étendus exigent la résection du maxillaire; de même lorsqu'on a affaire à un carcinome de l'antra d'Hygmore, l'extirpation totale du maxillaire et de la tumeur peut seule donner quelque résultat.

Tumeurs du rebord alvéolaire.

§ 92. — Depuis longtemps on désigne sous le nom d'**épulis** certaines tumeurs qui, développées au niveau du rebord alvéolaire, sont plus ou moins pédiculées ou affectent la forme de champignons. Le nom d'épulis ne préjuge naturellement en rien les caractères histologiques de ces pseudoplasmes.

Au point de vue histologique, la plupart de ces épulis appartiennent au groupe des tumeurs formées de tissu conjonctif. C'est ainsi que l'on observe souvent, chez les enfants, des tumeurs constituées par un tissu de granulations et tapissées d'une couche épithéliale; elles sont pédiculées et sortent d'une fistule, ou bien font saillie hors d'une alvéole à la suite de l'extraction d'une dent malade. De même les granulations qui font hernie à l'extérieur de la cavité ouverte d'une dent cariée, affectent parfois la forme de petites tumeurs. La grande majorité des épulis sont des **sarcomes**. Tantôt ce sont des sarcomes à grandes cellules fusiformes assez rapprochées les unes des autres, et il n'est pas rare alors de voir les rangées de cellules s'écarter pour loger entre elles des cellules géantes (sarcome à cellules géantes ou sarcome myéloïde); tantôt ce sont des tumeurs formées essentiellement d'un tissu conjonctif dense, comme celui des fibromes, mais contenant également parfois des cellules géantes. En général, les formes molles de l'épulis sont des sarcomes, tandis que les formes dures représentent plutôt des fibromes.

Les fibromes et sarcomes dont il vient d'être question, ont leur point de départ dans la cavité alvéolaire et naissent du périoste de cette dernière, ou