

Ces polypes sont peu vasculaires, condition avantageuse au point de vue opératoire : ils ne possèdent point de nerfs, d'où leur indolence.

Symptômes. — L'existence des polypes muqueux est longtemps méconnue, car elle ne se traduit que par les symptômes d'un coryza chronique : enchifrènement, écoulement muco-purulent augmentant par les temps humides, sensation de pesanteur, de céphalalgie, quelquefois léger écoulement séro-sanguinolent.

Lorsque les polypes font des progrès, la respiration devient difficile, le malade dort la bouche ouverte, il existe des alternatives en bien ou en mal, souvent en rapport avec les variations atmosphériques, et qui tiendraient à l'état hygrométrique du polype qui se gonflerait sous l'influence de l'humidité. Si le polype est encore libre et flottant, son déplacement donne lieu à un bruit de drapeau. La voix devient nasonnée, elle prend un timbre plus grave. L'odorat diminue, l'œil est larmoyant, parfois l'ouïe moins parfaite, symptômes liés à la compression du canal nasal et de la trompe d'Eustache.

Exploration des fosses nasales. — Si, fermant alternativement chaque narine, on prie le malade de souffler avec force, on remarque que l'air ne sort pas, ou du moins sort très imparfaitement et en sifflant par la narine restée libre ; le même phénomène peut se produire des deux côtés, on en conclut à une occlusion complète ou incomplète.

En renversant en arrière la tête du malade on aperçoit, surtout à l'aide du *speculum nasi*, une masse rosée ou grisâtre, gélatineuse, souvent parsemée de points blanchâtres. Le petit doigt, introduit dans la fosse nasale, arrive jusqu'au polype et constate sa mollesse, son élasticité, etc. Certains polypes dépriment le voile du palais et apparaissent dans l'arrière-gorge.

Généralement ils déforment peu les fosses nasales ; cependant on a noté des déviations de la cloison, un aplatissement du nez, etc., toujours infiniment moins marquées que dans les polypes fibreux.

Durée. — Toujours fort longue ; ces polypes peuvent progresser incessamment, mais d'ordinaire ils sont extirpés avant

d'atteindre un grand volume ; ils peuvent rester stationnaires ; quant à leur retrait, il est fort rare. Après l'extirpation, les *récidives* sont des plus fréquentes.

Diagnostic. — Peut-être certains épaissements de la muqueuse, une déviation de la cloison, une tumeur du sinus maxillaire pourraient-ils susciter un embarras qui ne sera que passager.

Les corps étrangers et les rhinolithes peuvent être aisément pris pour des polypes en raison du boursoufflement de la muqueuse sur leur pourtour, mais leur consistance les caractérise suffisamment. Certains épithéliomes malins offrent tout à fait l'aspect des polypes muqueux ; cependant leur marche rapide, les hémorragies, les troubles de la santé générale, et enfin l'examen microscopique, éclaireront le diagnostic.

Traitement. — L'arrachement pratiqué à l'aide de pinces spéciales est la méthode la plus employée. Après avoir pris les précautions antiseptiques on coïnçera la région. Le malade assis, la tête renversée en arrière, la pince est introduite dans les fosses nasales, en s'aidant du spéculum et du miroir frontal, elle saisit le polype, le tourne plusieurs fois sur lui-même et détruit ainsi le pédicule sans provoquer un écoulement de sang abondant : il faut, pour que l'extirpation soit complète, appliquer la pince à plusieurs reprises.

Au lieu de pinces on peut se servir de serre-nœuds dont il existe plusieurs modèles.

Le polype extirpé, il convient de *cautériser au nitrate d'argent ou au perchlorure de fer son point d'implantation* ; de plus on pourra, pendant quelques jours, faire des injections et des pulvérisations caustiques, moyens très propres à diminuer la fréquence des récidives. Ou bien il faudrait guérir la sinusite qui souvent entretient les polypes ou détruire avec une curette la muqueuse malade.

aussi inconnues que celles des polypes muqueux¹ ; mais ils possèdent plusieurs particularités remarquables : 1° on ne les a guère observés que dans le sexe masculin ; 2° il est fort peu d'exemples de polypes fibreux développés après trente ans, leur maximum de fréquence est de quinze à vingt ans ; 3° ils sont habituellement uniques.

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Leur lieu d'implantation est habituellement la *face inférieure de l'apophyse basilaire* ; on sait qu'en ce point le périoste est très épais, renforcé par une lame fibreuse compacte : c'est là le point de départ habituel des polypes fibreux ; cependant ils peuvent encore naître des apophyses ptérygoïdes, de la face inférieure du sphénoïde, très exceptionnellement d'autres points des fosses nasales.

Leur *forme* est des plus irrégulières, en raison des prolongements variés qu'ils présentent ; souvent ces polypes sont bilobés ; l'un d'eux occupe les fosses nasales, l'autre le pharynx d'où le nom de *polypes naso-pharyngiens* ; mais il est fréquent de voir le polype se prolonger dans les sinus frontaux, maxillaires, dans l'orbite, dans les fosses zygomatiques, temporales, et même dans le crâne,

Le pédicule des polypes fibreux est fort large ; ils peuvent d'ailleurs, soit primitivement, soit plutôt par le fait d'adhérences consécutives, s'implanter dans plusieurs points.

Les polypes fibreux ont pour *caractère distinctif d'offrir une consistance supérieure à celle du tissu osseux*, de le détruire, et de déterminer ainsi des déformations souvent considérables.

Structure. — Les polypes fibreux se présentent sous l'aspect de masses compactes, dures, bosselées, rougeâtres en raison de la muqueuse épaissie qui les recouvre ; elles crient sous le scalpel ; leur surface de section est jaunâtre ; on y distingue bien quelques orifices vasculaires, mais peu en rapport avec les hémorragies abondantes produites par l'excision de ces tumeurs lorsqu'on la pratique sur le vivant.

1. On les a attribuées à une exubérance nutritive du périoste, et si leur lieu de prédilection est la face inférieure de l'apophyse basilaire, c'est en raison de l'épaisseur du périoste qui la revêt (Gosselin).

Au microscope on constate que ce sont des fibromes, mais des fibromes en voie d'évolution se rapprochant des sarcomes, ainsi au milieu du tissu fibreux se rencontrent de nombreuses *cellules embryonnaires*. Cette structure explique la tendance aux récidives qui est si fréquente dans les polypes naso-pharyngiens, alors qu'elle est si rare dans les tumeurs fibreuses.



Fig. 122. — *Polype fibreux des fosses nasales.* — Le polype, après avoir envahi toute la cavité des fosses nasales, s'est prolongé en divers sens.

1° Il a pénétré dans l'orbite du côté gauche, a refoulé l'œil, l'a détruit et écartant les paupières, il apparaît à l'extérieur sous forme d'un chou-fleur.

2° Il s'est engagé dans le sinus maxillaire dont la dilatation gonfle la joue, et dévie même la mâchoire inférieure.

3° Issue du polype à travers les narines.

Symptômes. — On pourrait établir l'existence de trois périodes dans l'évolution des polypes fibreux : la première serait celle du coryza ; la deuxième celle des troubles fonctionnels ; la troisième celle des déformations.

1^{re} période : Coryza. — Tous les symptômes d'un coryza chronique ; cependant une céphalalgie persistante, des épistaxis réitérées, souvent la localisation de la maladie dans une seule narine, doivent porter à rechercher si ce coryza n'est pas entretenu par un polype.

2^e période : Troubles fonctionnels. — Le polype entrave les

fonctions de tous les organes qu'il avoisine : ainsi, la *trompe d'Eustache* est souvent obstruée, d'où surdité ; le *voile du palais* abaissé, gêné, ce qui détermine des nausées, des vomissements, un grand trouble dans la déglutition, le reflux des aliments et surtout des boissons par les fosses nasales, le nasonnement de la voix, etc.

L'exploration révèle alors l'existence du polype. Cette exploration sera faite : 1° par l'ouverture des narines à l'aide du *speculum nasi* ; 2° par le doigt porté par la bouche jusqu'à l'arrière-cavité nasale ; elle révélera l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs élastiques, vasculaires, immobiles ou peu mobiles.

3° période : *Déformation*. — A un degré encore plus avancé, le polype produit des déformations nombreuses. Il s'avance dans les fosses nasales, déforme le nez et proémine hors des narines en détruisant complètement l'odorat. Il envahit le sinus maxillaire, s'y développe, et, comprimant les nerfs qui le traversent, détermine les névralgies les plus douloureuses. Il pénètre dans l'orbite, comprime le nerf optique, les nerfs moteurs, d'où amaurose et strabisme, refoule l'œil et le détruit. Enfin il peut traverser la fosse ptérygoïde, atteindre la fosse temporale et y former un relief plus ou moins accentué. On a vu des polypes détruire la base du crâne, pénétrer dans sa cavité, mais d'une façon assez lente pour ne point éveiller de symptômes de compression.

Marche. — La durée moyenne de l'évolution d'un polype est de deux années ; quelques-uns progressent plus rapidement. Abandonnés à eux-mêmes, ils entraînent souvent la mort, soit par épuisement (hémorragies, névralgies, écoulements sanieus), soit par dysphagie ou asphyxie.

On a vu certains polypes se ramollir et s'éliminer spontanément ; d'autres rester stationnaires jusque vers l'âge de trente ans, puis s'atrophier : faits rares sur lesquels il ne faut point compter, mais qu'il faut connaître.

Diagnostic. — Il faut : 1° reconnaître l'existence du polype. — On devra se méfier des coryzas prolongés avec céphalalgies

persistantes, écoulements sanguins ou muco-purulents. Souvent dans ces cas l'exploration des fosses nasales fait reconnaître un polype. S'il est unique, implanté par une large base sur l'apophyse basilaire, dur à la pression, on est en droit d'admettre sa nature fibreuse.

Le polype pourrait être confondu avec un *cancer* ou un *sarcome*. L'état général, rapidement altéré dans le cas de tumeur maligne, les douleurs plus vives, le développement plus rapide, certaines inégalités de consistance et enfin l'engorgement ganglionnaire éclaireront le diagnostic.

Il faut noter que ces polypes fibreux ont souvent l'évolution des sarcomes véritables.

2° *Reconnaitre son point d'implantation et ses prolongements*. — Lorsque, arrivé à un grand développement, le polype s'est engagé dans la plupart des sinus de la face, il devient difficile de déterminer son point de départ ; l'étude des commémoratifs peut seule servir de guide dans cette recherche.

Quant aux divers prolongements du polype, l'examen des régions malades, les troubles fonctionnels, les névralgies diverses feront reconnaître leur existence ; nous avons vu que souvent les prolongements cérébraux ne donnaient lieu à aucun symptôme.

Traitement. — Les moyens appliqués à la cure des polypes fibreux sont innombrables.

1° *Méthodes sans incisions préalables*. — Les plus importantes sont la cautérisation avec des flèches de pâte de Canquoin (Maisonneuve), l'électro-chimie, qui consiste à enfoncer dans le polype les pôles d'une pile, une eschare se forme autour du pôle négatif (Nélaton). Ces procédés offrent, dans bon nombre de cas, de sérieux avantages 1.

2° *Méthodes avec opérations préalables*. — Les moyens que nous venons d'indiquer pèchent surtout par la difficulté d'arriver sur le pédicule et de pratiquer une extirpation complète ; pour remédier

1. Nous parlons à peine de l'excision simple qui expose à de terribles hémorragies ; de l'arrachement, procédé brutal, susceptible de déterminer des fractures ; de la ligature, moyen trop infidèle, vu la difficulté d'appliquer l'anse de fil précisément au niveau du pédicule de la tumeur.

à cet inconvénient, on a dû se créer de larges voies jusqu'au polype à l'aide d'opérations préalables dont voici les principales :

La *boutonnière palatine*, incision médiane pratiquée sur le voile du palais et la voûte palatine. Nélaton y apporta une modification importante : une fois l'incision médiane pratiquée, il en fait une seconde transversale, ce qui lui donne la forme d'un T, puis la muqueuse est disséquée ; cela fait, à l'aide d'une pince de Liston on résèque la portion de la voûte palatine ainsi dénudée et par ce moyen on se crée une large voie ¹.

La *division du nez*, soit sur la ligne médiane, soit sur le trajet du sillon naso-génien : on a même rabattu l'os nasal et la racine du nez, que l'on a remis en place. Ces divers moyens sont surtout utiles contre les polypes prolongés dans les sinus frontaux.

La *résection du maxillaire supérieur* (méthode faciale) est encore un des meilleurs procédés, vu la netteté avec laquelle se présente le polype.

Quel que soit le procédé, lorsque la voie est ainsi largement ouverte, la résection du polype à l'aide de l'*anse* ou du *couteau galvanique* nous paraît être préférable à tout autre moyen.

Le polype enlevé, il faudra, à plusieurs reprises, *cautériser son point d'implantation*, afin de se prémunir contre les récidives. Lorsque toute crainte à cet égard aura disparu, on pourra soit par l'autoplastie, soit par des appareils prothétiques, réparer ou masquer les désordres opératoires.

Dans le choix du procédé à adopter il faudra se guider non seulement sur le volume et l'évolution plus ou moins rapide du polype, mais il faudra aussi tenir grand compte de l'âge du malade, car on sait qu'à 23 ou 25 ans le polype ne reparait plus, donc si le malade a 18 ou 20 ans, on pourra attaquer le polype par les procédés les plus simples, tels que la destruction par l'électrolyse ou le thermo-cautère, sauf à revenir plusieurs fois à cette opération et atteindre ainsi l'âge où le polype ne doit plus réparaître.

Si au contraire le polype atteint un enfant ou un adolescent au-dessous de 18 ans, il est préférable d'attaquer franchement ce polype par la méthode faciale ou nasale.

TUMEURS DIVERSES.

Les polypes ne sont pas les seules tumeurs observées dans

1. Labbé sectionne le voile du palais avec le couteau galvanique, et détache la base du polype avec l'anse galvano-caustique.

les fosses nasales. Ces régions peuvent encore être le siège de :

1° **CANCER.** — Le cancer proprement dit débute bien rarement par la muqueuse pituitaire, mais il l'envahit quelquefois. On a signalé sous le nom d'**épithéliomas cylindriques** une variété de tumeur maligne qui n'est pas fort rare dans cette région. L'aspect de ces épithéliomas est celui des polypes muqueux, avec lesquels ils étaient autrefois confondus ; mais, au microscope, ils sont remarquables par une grande quantité de cellules épithéliales cylindriques, agglomérées les unes aux autres et plongées dans une trame gélatineuse. Ces tumeurs sont très vasculaires, elles gagnent rapidement les parties voisines et entraînent la mort ; toutefois elles peuvent subir la dégénérescence graisseuse ou colloïde.

2° **SARCOMES.** — Ils s'élèvent de la muqueuse qui tapisse la cloison des fosses nasales, et gagnent rapidement les parties voisines ; ils ne présentent d'ailleurs rien de spécial.

3° **ADÉNOMES.** — Fort rares ; quelques cas ont été publiés par Robin et Verneuil : l'un n'a point récidivé, un autre a entraîné la mort, etc.

Ils présentent les mêmes symptômes et réclament le même traitement que les polypes fibreux.

4° **OSTÉOMES.** — Les fosses nasales sont parfois le siège d'exostoses qui, pour la plupart, se rattachent à la syphilis ; mais on peut encore y rencontrer des tumeurs osseuses d'une nature singulière, c'est à elles qu'appartient plus spécialement le nom d'ostéomes ; tantôt absolument indépendantes du squelette, tantôt s'y rattachant par une surface rugueuse toujours très étroite ou par un pédicule ; elles sont spéciales à la jeunesse.

Ces ostéomes, fort rares d'ailleurs, ont été rencontrés aussi dans les sinus frontaux et maxillaires ; leur forme est ovoïde ; leur volume peut atteindre celui d'un œuf de poule ¹.

1. *Pathogénie.* — Ces ostéomes ont été regardés comme des polypes (Cloquet), ou des enchondromes ossifiés (Rokitansky), ce qui n'a jamais été prouvé, ou des exostoses

Recouverts par la pituitaire épaissie, ils sont constitués par du *tissu osseux extrêmement dur*¹. Ollier a signalé l'existence d'ostéomes mous : parfois leur centre est spongieux ; leur structure est celle du tissu osseux normal (ostéoplastes et canaux de Havers).

Leur *diagnostic* sera établi principalement sur leur consistance ; toutefois c'est un caractère qui leur est commun avec les calculs et les exostoses.

Symptômes. — Au bout d'un temps fort long, ces tumeurs révèlent leur existence par des symptômes de compression et d'obstruction des fosses nasales : pesanteur, céphalalgie, gêne dans la respiration, douleurs sourdes ; à cela se joignent certaines déformations, telles que soulèvement de l'aile du nez, du sillon naso-génien, etc. Souvent la muqueuse qui recouvre l'ostéome se ramollit et s'ulcère, d'où ozène, écoulement mucopurulent, etc.

L'exploration directe fait reconnaître une tumeur de volume variable dont la *consistance particulière* peut être appréciée, soit par la compression directe, soit à l'aide d'un stylet.

Les ostéomes ne disparaissent pas spontanément ; leur volume s'accroît d'une façon lente et progressive, aussi doivent-ils être opérés le plus promptement possible.

Leur dureté ne permet pas de les fragmenter ; il faut donc leur ouvrir une voie en rapport avec leur volume, puis les saisir avec une pince d'acier et les arracher. Ils ne récidivent pas.

5° TUMEURS ÉRECTILES. — Elles sont fort rares et se traduisent par des épistaxis répétées. Elles doivent être traitées par la cautérisation au fer rouge ou au chlorure de zinc (Verneuil).

formées, d'après Virchow, aux dépens du diploé, qui perfore la table externe. Enfin, on admet généralement qu'ils se forment aux dépens même de la muqueuse, par le fait d'un trouble nutritif inconnu ; Verneuil a démontré, dans cette membrane, l'existence de petits corpuscules osseux qui pourraient en être considérés comme le point de départ.

1. C'est à eux qu'appartient plus spécialement le nom d'*ostéomes*.

C. — Maladies du sinus maxillaire.

Les plaies, contusions et fractures du sinus maxillaire ne donnent lieu qu'à peu de considérations spéciales. Si un épanchement sanguin s'est accumulé dans le sinus, il faut l'extraire car il pourrait devenir le point de départ d'un abcès ou d'une fistule ; on relèvera les fragments enfoncés à la suite d'une fracture, etc.

INFLAMMATIONS.

La muqueuse du sinus maxillaire ne s'enflamme guère que sous l'influence de la propagation d'un coryza, de la carie ou de la périostite alvéolo-dentaire des molaires, et surtout de la première ou de la deuxième, dont les racines ne sont séparées de cette muqueuse que par une lamelle osseuse extrêmement mince. C'est par exception que cette inflammation a été occasionnée par la pénétration d'un corps étranger, etc.

Symptômes. — La maladie se traduit par deux symptômes principaux, la douleur et le gonflement. La douleur est très vive, très persistante ; elle s'étend de la joue à toutes les régions du voisinage ; elle est bientôt suivie d'un gonflement qui occupe toute la joue ; cette région devient en même temps chaude et rouge. L'inflammation se présente souvent avec des allures beaucoup moins vives, elle est chronique d'emblée ; quoi qu'il en soit, elle peut se terminer par résolution ou donner lieu à la formation d'un abcès.

ABCÈS.

Les abcès du sinus maxillaire sont ordinairement produits par une inflammation de la muqueuse de ce sinus, et ils reconnaissent les mêmes causes, inflammations nasales, périostite alvéolo-dentaire, kystes dentaires, fractures de l'alvéole dans l'extirpation maladroite d'une dent. Bien plus rarement ouverture dans le sinus d'un abcès de la joue ou de l'orbite.

Symptômes. — Les abcès du sinus maxillaire sont donc précédés des symptômes propres à l'inflammation de la mu-

queuse de ce sinus. Le pus tend à s'écouler au dehors, par l'orifice naturel du sinus qui s'ouvre dans les fosses nasales; le malade mouche alors une certaine quantité de pus; et le pus s'écoule aussi lorsqu'il penche la tête en bas et en avant; si la sécrétion purulente persiste, le pus prend une odeur fétide, c'est l'ozène du sinus maxillaire. Dans d'autres cas, le pus s'évacue par un alvéole déshabité ou au pourtour du collet d'une dent, parfois¹ il dilate considérablement la paroi antérieure du sinus, qui, réduite à une mince lamelle, se plie sous la pression du doigt comme le ferait une feuille de parchemin; ou bien il fait bomber la moitié correspondante de la voûte palatine.

L'abcès finit par s'ouvrir, tantôt du côté de la joue, tantôt dans la bouche, plus rarement dans l'orbite; ces perforations deviennent le point de départ de fistules.

Traitement. — Dès que l'abcès est reconnu, il faut ouvrir au pus une large voie, soit en arrachant une dent cassée et en perforant son alvéole avec un foret, de façon à placer une grosse canule ou le drain métallique de Lermoyez, soit à travers la fosse canine. L'incision faite, on pousse dans le sinus de fréquentes irrigations d'eau boricuée, iodée, de permanganate de potasse, etc.; le râclage avec la curette est souvent indiqué.

FISTULES.

Les fistules du sinus maxillaire sont rares; nous avons vu qu'elles étaient la conséquence habituelle des abcès du sinus; elles peuvent encore être le résultat, soit d'une nécrose traumatique du sinus, soit de la présence d'un corps étranger dans sa cavité.

Les deux signes importants de ces fistules sont: le passage de l'air par le trajet fistuleux lorsque le malade se mouche;

1. En raison de la situation de l'orifice du sinus placé près de la voûte de ce sillon et en partie recouvert par la muqueuse du cancer le pus s'accumule dans le sinus.

Le second orifice est mieux placé, mais très étroit et inconstant.

le reflux par les fosses nasales des liquides injectés dans la fistule.

Les fistules du sinus maxillaire peuvent s'ouvrir, soit à l'extérieur (c'est-à-dire sur la joue), soit intérieurement (c'est-à-dire sur le rebord alvéolaire) ou sur la voûte palatine. La fistule livre passage à un écoulement de pus fétide ou de mucus visqueux; cet écoulement est surtout abondant lorsque le malade fait effort pour se moucher, pour éternuer. Lorsqu'un liquide est injecté par la fistule, il sort par les fosses nasales. Un stilet introduit dans la fistule détermine sa profondeur, son trajet et souvent son point de départ.

Les fistules peuvent guérir spontanément; la guérison n'est point rare lorsque la fistule occupe un point déclive et que la lésion qui l'a engendrée a disparu; lorsque, au contraire, la fistule, située très haut sur la joue, ne se prête pas à l'écoulement des liquides, ou lorsqu'elle est entretenue par un séquestre, par un corps étranger, elle persiste indéfiniment.

Il n'est pas rare de la voir se fermer momentanément, mais le pus continuant à se former dans le sinus, les accidents reparaissent jusqu'au moment où la fistule, s'ouvrant de nouveau, livre passage aux produits accumulés dans le sinus.

Traitement. — Il faut ouvrir une large voie au pus soit par un alvéole agrandi au foret, soit par l'ouverture de la fosse canine, puis établir un drainage permanent.

L'ouverture du sinus permettra de curetter sa cavité, de la laver, de la cautériser au nitrate d'argent.

La guérison de la fistule est la règle. Dans les cas de fistules persistantes on a eu recours à des opérations autoplastiques.

TUMEURS DU SINUS MAXILLAIRE.

Ces tumeurs doivent être divisées en deux groupes, suivant leur nature, qui est liquide ou solide:

- | | | |
|--------------------------|---|-------------|
| A. Tumeurs liquides..... | } | Kystes. |
| | | Hydropisie. |

B. Tumeurs solides.....	}	Sarcomes (tumeurs à myéloplaxes).
		Ostéomes.
		Fibromes.
		Enchondromes.
		Carcinomes.
		Actinomycose.

A. Tumeurs liquides.

L'HYDROPIE DU SINUS MAXILLAIRE consiste dans l'accumulation d'un liquide muqueux dans ce sinus, accumulation occasionnée par l'oblitération de son orifice normal dans les fosses nasales : cette hydroisie était autrefois considérée comme assez commune, lorsque Giraldès combattit cette opinion en prouvant que le liquide muqueux, qui dans certains cas distend le sinus, n'est pas une simple accumulation de mucosités dans cette cavité, mais bien le résultat de kystes¹.

LES KYSTES DU SINUS MAXILLAIRE ont été décrits pour la première fois par Giraldès ; ce chirurgien, après avoir démontré l'existence de glandes folliculaires dans la muqueuse du sinus, prouva que les conduits excréteurs de ces glandes s'oblitérent assez fréquemment, et que l'accumulation dans le follicule de ses produits de sécrétion donne lieu à des tumeurs ou kystes ; les uns sont fort petits et comparables à des grains de mil, les autres beaucoup plus volumineux. Mais la plupart de ces grands kystes pris pour des hydroisies du sinus sont des kystes dentaires ayant évolué vers le sinus.

Le nombre des kystes est variable, mais souvent élevé ; ils sont formés par une paroi très mince et par un contenu visqueux, transparent, semblable au mucus sécrété normalement par la muqueuse : ce liquide renferme beaucoup de cholestérine.

Symptômes. — Les kystes des sinus maxillaires se développent surtout chez les *jeunes sujets*, sous une influence qui nous est inconnue. Jusqu'à ce que leur volume ou leur nombre dis-

1. La vérité de cette opinion est aujourd'hui parfaitement reconnue, mais celle-ci a été constatée anatomiquement par Verneuil. Giraldès a été trop loin en niant l'existence d'une hydroisie simple. D'ailleurs, les symptômes sont les mêmes.

tende le sinus, leur existence est ignorée : c'est à peine si quelques douleurs vagues, à répétitions plus ou moins fréquentes, douleurs siégeant dans la joue, peuvent faire soupçonner leur développement.

La dilatation du sinus maxillaire constitue le principal symptôme de ces kystes : cette dilatation, ordinairement partielle, soulève la joue, le plancher de l'orbite, abaisse la voûte palatine, etc. La tuméfaction est dure et indolente ; mais peu à peu les parois du sinus s'amincissent ; elles fléchissent sous

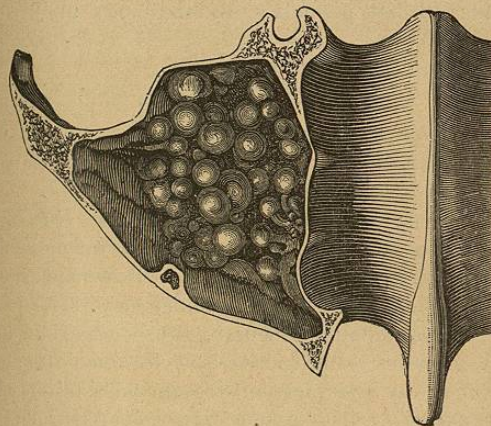


Fig. 123. — Sinus maxillaire dont on a enlevé la face inférieure, afin de montrer la foule des kystes qui remplissent sa cavité. Ce sont ces kystes dont le développement constitue ce que l'on croyait être autrefois une hydroisie du sinus maxillaire (GIRALDÈS).

la pression en déterminant ce *bruit de parchemin* dont nous avons souvent parlé¹ ; plus tard encore la tumeur peut devenir franchement fluctuante.

Jamais ces kystes ne déterminent ni le larmoiement, ni la tumeur lacrymale, si fréquemment observés dans les cas de tumeurs solides du sinus qui compriment le canal nasal. Tou-

1. Ce bruit est produit par la dépression de la paroi antérieure amincie du sinus maxillaire, qui reprend sa place dès que la pression cesse.