

tefois leur diagnostic ne peut guère être établi que par une ponction exploratrice.

Traitement. — Pratiquez une large incision dans le vestibule buccal au niveau du point le plus saillant, qui est d'ordinaire la fosse canine; introduisez dans le sinus un stylet que vous promèneriez dans ses diverses anfractuosités pour apprécier l'existence, la situation des kystes, etc.; après avoir vidé leur contenu par de larges injections détersives, cherchez, par des injections simples ou iodées, à modifier l'état de la muqueuse. Il faut pendant très longtemps maintenir un drain.

B. Tumeurs solides.

LES SARCOMES (*tumeurs à myéoplaxes*) sont les plus communes des tumeurs solides que l'on rencontre dans le sinus maxillaire; il est vrai qu'elles naissent rarement de la muqueuse elle-même; elles procèdent plutôt du maxillaire¹.

LES OSTÉOMES ont été assez fréquemment observés dans cette région; ainsi les exostoses ne sont point rares, mais, malgré leur prééminence dans la cavité du sinus, elles appartiennent plutôt à la pathologie du maxillaire lui-même. Il n'en est pas de même de ces tumeurs osseuses, sans connexions avec le squelette, que nous avons décrites sous le nom d'ostéomes des fosses nasales: ces ostéomes sont presque aussi fréquents dans le sinus maxillaire; ils naissent dans l'épaisseur de la muqueuse, à laquelle ils adhèrent fortement: ils sont arrondis, mamelonnés, et peuvent acquérir de grandes proportions; habituellement durs comme de l'ivoire, ils sont parfois spongieux, surtout à leur centre.

Ces ostéomes se développent toujours dans le jeune âge.

LES FIBROMES ou polypes fibreux sont beaucoup plus rares dans le sinus maxillaire que dans les fosses nasales, mais souvent, ainsi que nous l'avons vu, les polypes nasaux envoient des prolongements dans le sinus.

1. Nous avons déjà étudié les caractères des tumeurs à myéoplaxes, et, quant aux caractères cliniques des sarcomes du sinus maxillaire, nous allons réunir la symptomatologie de toutes les tumeurs solides du sinus, car leur ressemblance exposerait à de fréquentes répétitions.

LES ENCHONDROMES, ou tumeurs cartilagineuses, sont fréquents dans les os maxillaires; mais ce n'est que par extension qu'ils gagnent le sinus.

On a encore signalé l'existence de MYXOMES semblables à ceux qui se forment dans les fosses nasales.

LE CARCINOME du sinus maxillaire est également assez rare; il se présente sous la forme encéphaloïde ou colloïde.

L'ACTINOMYCOSE a une prédilection pour le maxillaire inférieur: tantôt l'os est ramolli, fongueux, creusé de cavités renfermant des fongosités parsemées de *grains jaunes*. Plus rarement l'os se dilate sous forme de kyste rempli d'un tissu mou, gélatineux ou semblable à du sarcome.

Symptômes. — Au point de vue clinique, on peut admettre artificiellement trois périodes dans l'évolution de ces tumeurs.

1^{re} période. — La tumeur, cachée dans le sinus et n'éprouvant aucun obstacle à son développement, progresse sans troubles fonctionnels, aussi son existence est-elle *latente*. Les tumeurs cancéreuses, qui sont rares, déterminent des névralgies mises d'abord sur le compte d'altérations dentaires.

2^e période. — Après un laps de temps fort variable, la capacité du sinus n'étant plus en rapport avec le volume de la tumeur, ses parois commencent à éprouver une distension, et c'est souvent alors que l'attention est pour la première fois appelée sur cette région; le malade éprouve un sentiment de gêne, de pesanteur et de distension dans la joue.

3^e période. — Elle se caractérise par la déformation d'une des parois du sinus et par les désordres fonctionnels que présentent les organes comprimés, refoulés par cette dilatation; ces symptômes sont donc en rapport avec le sens dans lequel s'effectue la déformation: tantôt c'est la joue qui se gonfle, tantôt l'œil devient saillant, le nerf optique est comprimé, et, par suite, la vue abolie; le malade est atteint de larmolement par compression du canal nasal; une des narines est effacée; les épistaxis sont fréquentes; tantôt enfin la tumeur s'avance vers la cavité buccale; les dents sont ébranlées et tombent:

la voûte palatine se perfore et met à nu une tumeur tapissée d'une muqueuse fongueuse et saignante. Souvent la perforation a lieu au niveau de la fosse canine et la tumeur proémine dans la joue. Dans quelques cas, la tumeur se dirige vers le crâne et peut déterminer des accidents mortels, etc.

Diagnostic. — Il est très important, au point de vue du traitement, de reconnaître d'une façon précise : 1° si la tumeur est liquide ou solide ; 2° si elle a réellement son siège dans le sinus ; 3° quelle est sa nature.

1° Si la tumeur est liquide (kystes, hydropisie simple ou abcès), elle est fluctuante, elle ne détermine pas d'aussi graves désordres, le larmolement est fort rare ; en tous cas une ponction exploratrice lèvera les doutes.

2° Certaines tumeurs des fosses nasales, du pharynx, etc., peuvent pénétrer dans le sinus et s'y développer ; mais, grâce aux commémoratifs et à l'exploration minutieuse de ces régions, on reconnaîtra le point réel de l'implantation de ces tumeurs.

3° La nature de la tumeur est plus difficile à déterminer, cependant les jeunes gens sont plus exposés aux sarcomes et aux enchondromes ; les exostoses présentent souvent une dureté caractéristique ; les tumeurs malignes, qui sont douloureuses dès le début ou très vite, dont l'évolution est extrêmement rapide et qui altèrent rapidement les parties voisines et la santé générale, sont également aisées à reconnaître.

Traitement. — Les tumeurs solides du sinus maxillaire doivent être détruites ou mieux encore enlevées. La cautérisation et l'incision sont à peu près abandonnées, aussi n'en parlerons-nous pas.

Si la tumeur est exactement limitée au sinus, on peut, après avoir pratiqué une ouverture suffisante, saisir la tumeur avec un davier et procéder à son arrachement, on réussira assez souvent dans les cas d'ostéomes ; mais si la tumeur est adhérente, si elle envoie des prolongements en divers sens, il faut procéder à la résection partielle ou à l'ablation totale du maxillaire supérieur.

On se guidera, dans la préférence à donner à l'une ou à l'autre de ces méthodes, sur le volume de la tumeur, la connaissance précise de son point d'implantation, et aussi sur sa nature, car s'il s'agit d'une tumeur maligne, la crainte des récidives doit porter le chirurgien à pratiquer l'ablation totale du maxillaire.

D. — Maladies des sinus frontaux.

LES PLAIES OU FRACTURES du sinus frontal se compliquent souvent d'un emphysème que l'on cherchera à prévenir par une compression légère exercée à leur niveau ¹.

LES CORPS ÉTRANGERS, tels que projectiles de guerre, etc., peuvent se loger dans la cavité des sinus frontaux, ils déterminent une inflammation suppurative qui ne s'arrête qu'après leur expulsion : aussi faut-il, dès qu'ils sont reconnus, pratiquer leur extirpation, alors même qu'elle nécessiterait l'application d'une couronne de trépan.

INFLAMMATIONS. — La membrane qui tapisse les sinus frontaux s'enflamme souvent, par continuité de tissu, dans le coryza aigu ; de plus, son inflammation peut se produire à la suite de contusions, de fractures de ce sinus, et par le fait de la présence d'un corps étranger.

Cette inflammation s'annonce par des douleurs sourdes et gravatives vers la racine du nez ; il se produit en même temps, comme dans le coryza, des éternuements et un écoulement séreux par le nez ; généralement, ces légers accidents disparaissent en quelques jours.

Dans d'autres cas, les liquides sécrétés par la muqueuse enflammée ne pouvant s'écouler par le nez s'accumulent dans les sinus frontaux, la douleur persiste, et l'on voit se former graduellement au niveau de la racine du nez et du sourcil, une tumeur qui progresse peu à peu, devient fluctuante, gêne

¹ La table externe des sinus frontaux peut être enfoncée par un instrument contondant, une chute, etc., et cet enfoncement a été pris pour une fracture du crâne.

les mouvements de l'œil, détermine de l'exophtalmie et de la cécité.

Après un laps de temps fort variable, le liquide perfore la paroi osseuse amincie, s'avance au-dessous des téguments, au niveau de l'angle interne de l'orbite, sous la peau du sourcil, etc.

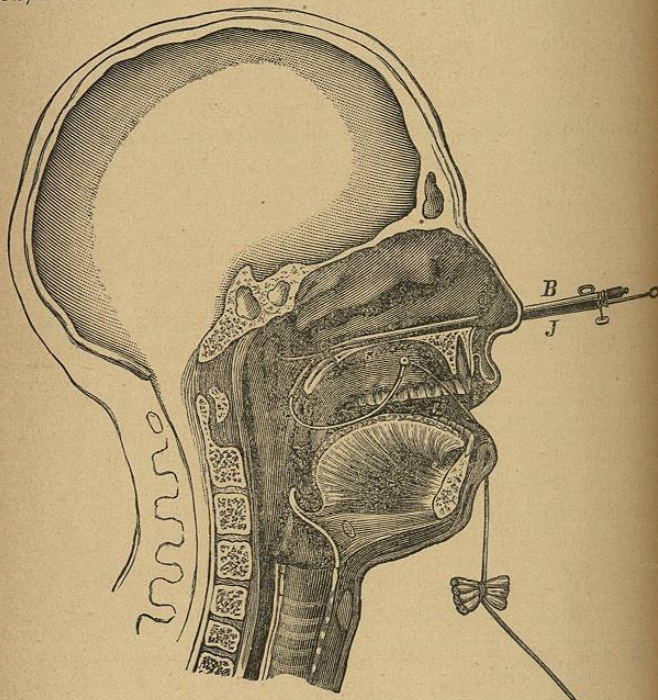


Fig. 124. — Tamponnement des fosses nasales.

Traitement. — Lorsqu'il existe dans le sinus frontal une collection liquide qui a déterminé la formation d'une tumeur, il faut lui ouvrir une voie, soit par une simple ponction faite avec le bistouri, si la paroi osseuse est suffisamment amincie, soit, dans les cas contraires, par la trépanation du sinus. Dans

quelques cas où la maladie devenait chronique, on a heureusement modifié cette tendance, en rétablissant, par une perforation, l'orifice de communication de ce sinus avec les fosses nasales.

Les fistules des sinus frontaux sont produites par l'ostéite, la nécrose du squelette de ces sinus, que ces altérations soient traumatiques ou qu'elles soient spontanées.

Les fistules sont dites complètes lorsque les téguments sont perforés ; si l'orifice est large, on peut constater qu'elles livrent passage à l'air ; la fistule est incomplète, lorsque les téguments sont encore intacts ; dans ce cas, ils sont soulevés par une collection gazeuse, qui forme une tumeur désignée sous le nom de *pneumatocèle*.

Les fistules ne peuvent guérir que par la disparition du séquestre ou du corps étranger qui les entretient.

Les tumeurs développées primitivement dans les sinus frontaux sont tellement rares qu'elles méritent à peine une mention particulière ; généralement, lorsque le sinus frontal est occupé par une production morbide, elle ne naît pas des parois du sinus, mais bien des fosses nasales. Quoi qu'il en soit, si un polype se développe dans leur cavité, il détermine la dilatation du sinus et tous les symptômes de voisinage qui se rattachent naturellement à cette dilatation.

On a encore rencontré dans les sinus frontaux des *ostéomes* semblables à ceux que nous avons décrits dans les fosses nasales et les sinus maxillaires.

Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

L'éruption de la dent de sagesse qui se fait à une époque variable (de 18 à 30 ans) est parfois difficile et peut donner lieu à des accidents.

On les a attribués : 1° au peu d'espace qui existe parfois entre l'apophyse coronéide et la deuxième molaire, de telle sorte que la dent de sagesse ne trouve pas de place libre pour

son éruption (d'où la fréquence des accidents à la mâchoire inférieure); 2° ou à une *infection putride locale* due à l'accumulation des germes infectieux de la bouche sous le capuchon de la muqueuse décollée et perforée par la dent qui perce.

Symptômes. — La *gencive* est, en arrière de la deuxième molaire, rouge, sensible, parfois ulcérée et fongueuse : cette inflammation peut s'étendre aux parties voisines et même à l'amygdale.

L'os est gonflé, il est très douloureux, et peut présenter un véritable ostéome ou même il suppure. Il se produit d'ordinaire un symptôme très important, c'est la *constriction des mâchoires*, produite par l'inflammation du masséter.

Les *accidents nerveux* sont fréquents et variés. Ce sont des *névralgies* intenses et variées présentant les caractères des maux de dents ou d'oreille et pouvant s'étendre à distance.

Si la dent a percé dans une situation vicieuse elle irrite la langue ou la joue.

Traitement. — Assurez la propreté de la bouche, lavez et cautérisez la gencive fongueuse. Arrachez la dent de sagesse si sa direction est vicieuse ou si elle est cariée. Si la place n'est point suffisante pour la loger, enlevez la deuxième molaire et grâce au jour créé par cette avulsion arrachez la dent de sagesse¹ puis réimplantez la deuxième molaire.

CONSTRICTION DES MACHOIRES.

C'est la perte *complète* ou *incomplète*, *temporaire* ou *permanente* du mouvement d'abaissement de la mâchoire inférieure ; elle est toujours *symptomatique*.

CONSTRICTION TEMPORAIRE. — Elle est d'origine *nerveuse* (tétanos, éclampsie, hystérie), ou d'origine *inflammatoire* et alors elle complique une arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, une angine, une amygdalite, des oreillons, mais elle

1. Si elle est encore incluse dans l'épaisseur du maxillaire cette extraction ne pourra se faire qu'à l'aide de la gouge et du maillet : parfois, surtout dans le cas de constriction des mâchoires, l'os doit être attaqué extérieurement après incision de la peau.

dépend le plus souvent de l'altération des dernières molaires et surtout à *l'éruption vicieuse de la dent de sagesse*.

Ces constriction inflammatoires sont liées à l'inflammation des muscles, elles peuvent devenir permanentes.

Le *traitement* doit surtout s'adresser à la cause de la constriction.

CONSTRICTION PERMANENTE. — Parfois consécutive à une constriction intermittente. Elle reconnaît pour cause soit : 1° La transformation fibreuse des *muscles* atteints de myosite (masséter, temporal) ;

2° Une *cicatrice* placée dans la bouche (gangrène de la muqueuse buccale, noma) ou sur la joue à la suite d'une perte de substance ;

3° Une *ankylose* consécutive à une arthrite ou à une fracture du maxillaire.

On conçoit toute la gêne qu'apporte à l'alimentation, à la respiration et à la propreté de la bouche, cette difficulté d'abaisser le maxillaire.

Traitement. — Il faut d'abord assurer l'alimentation en arrachant une ou plusieurs dents.

Le *traitement curatif* comprend plusieurs procédés : L'*écartement* mécanique avec des coins d'ivoire à spirale cannelée — cet écartement peut être progressif ou brusque ; — La *section* du masséter, ou de l'apophyse coronoïde ; — Les *sections osseuses* faites sur le maxillaire dans le but de créer une pseudarthrose (Rizzoli, Esmarch). Ce n'est point ici le lieu de décrire ces opérations exceptionnelles.