

Signes cliniques servant au diagnostic différentiel de l'épithélioma et des lésions syphilitiques et tuberculeuses.

| ÉPITHÉLIOMA | LÉSIONS SYPHILITIQUES | LÉSIONS TUBERCULEUSES |
|---|---|--|
| Survient surtout à un âge avancé. | A l'âge moyen de la vie. | De préférence chez les sujets jeunes. |
| Commence par la peau ou par le bord libre, de préférence au niveau des angles, surtout à l'angle interne. | Chancre : surtout aux commissures, sur le bord libre, ou sur la conjonctive, rarement sur la peau. Gomme : sous la conjonctive, sous forme de petites tumeurs semblables à des chalazions. | Ulcérations tuberculeuses apparaissent aussi bien sur la peau que sur la muqueuse; lupus vient souvent des parties voisines, notamment du sac lacrymal et du nez. |
| Ulcération unique, de forme irrégulière, d'une profondeur très variable. | Ulcération unique pour le chancre; ulcérations multiples, rondes, quand il s'agit de gommés. | Ulcérations petites, multiples, succédant à des tubercules ramollis (forme rare); ulcérations uniques ou multiples, souvent larges dans le lupus. |
| Ulcération à bords soulevés, calleux, avec tendance aux hémorragies, fond sanieux et croûtes abondantes. | Chancre : ulcération à bords arrondis, bien dessinés, non entaillés. Gommés : ulcération à bords déchiquetés, à pic, sans tendance aux hémorragies; débris blanchâtres dans le fond; profondeur irrégulière de l'ulcération en marches d'escalier. | Ulcération succédant aux tubercules ramollis, même aspect que celles des gommés syphilitiques; lupus débute par des tubercules qui s'excorient et se réunissent en une large ulcération peu profonde, à bords festonnés et rougeâtres. Base infiltrée, diffuse et molle. |
| Autour de l'épithélioma, bourrelet assez saillant à bords durs et noueux, vascularisé, mais non enflammé. | Autour du chancre: base dure, bien limitée; bourrelet saillant, enflammé, oedémateux. Autour des gommés: aucune induration, un peu d'infiltration diffuse. | Dans les ulcérations tuberculeuses, aucune induration; autour du lupus, présence de petits tubercules annonçant l'extension du mal, ou bien tissu cicatriciel indiquant la guérison spontanée sur un point, tandis que l'affection progresse ailleurs. |
| Pas d'inflammation autour de l'épithélioma. | Autour du chancre: inflammation souvent très accusée, pouvant aller jusqu'aux accidents phlegmoneux. Autour des gommés: inflammation assez accusée; entre les ulcérations, conjonctive boursoufflée et ecchymotique. | Inflammation assez accusée autour des ulcérations dues aux tubercules ramollis; pas d'inflammation autour de l'ulcération lupique, mais nodules lupiques au voisinage. |
| Accroissement progressif, mais lent. | Chancre: évolution complète en quelques semaines. Gommés: accroissement progressif assez rapide. | Accroissement plus ou moins rapide, avec tendance à la guérison spontanée en certains endroits. |
| Adénopathie tardive, souvent absente. | Chancre: adénopathie constante. Gommés: pas d'adénopathie. | Ulcérations tuberculeuses, adénopathie constante; lupus, adénopathie constante. |
| Sur la face, croûtes épithéliomateuses, indiquant une prédisposition du sujet à l'épithélioma. | Apparition des autres signes et lésions de la syphilis. | Signes locaux et signes généraux de la tuberculose: dans le lupus, lésions du nez, de la conjonctive, du sac lacrymal, quelquefois d'une grande partie de la face. |
| Inefficacité et même danger du traitement spécifique. | Efficacité très rapide du traitement mercuriel. | Inefficacité du traitement spécifique. Action spéciale des injections de tuberculine. |

LIVRE X

TUMEURS DES SINUS

Nous n'étudierons les tumeurs des sinus que dans leurs rapports avec l'orbite, et seulement dans la mesure où elles peuvent intéresser les ophtalmologues. Nous passerons en revue successivement les tumeurs du sinus frontal, de l'ethmoïde, du sinus maxillaire et du sinus sphénoïdal, et après avoir mis sous les yeux du lecteur la symptomatologie particulière de ces néoplasmes, ainsi que les principaux faits qui méritent d'être connus, nous étudierons, dans des chapitres d'ensemble, les symptômes oculo-orbitaires de tous ces néoplasmes sinusiens, ainsi que leur diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS DES SINUS FRONTAUX

En donnant ici au mot tumeur son sens abusivement étendu, nous étudierons les collections liquides et les néoplasmes solides qui se développent dans le sinus frontal, c'est-à-dire que nous passerons en revue les empyèmes chroniques, les kystes des sinus, les ostéomes, les sarcomes et les épithéliomes.

Ces diverses tumeurs ont des signes communs ou généraux, parmi lesquels il faut signaler la douleur plus ou moins intense au niveau de la racine du nez, une tuméfaction plus ou moins accusée à la partie interne de l'orbite, des symptômes oculaires divers, des troubles de l'olfaction et enfin des désordres cérébraux.

Avec les auteurs du *Compendium* on peut diviser la symptomatologie de ces tumeurs en trois périodes :

1^{re} période. — Le sinus n'est pas encore dilaté, les symptômes sont encore obscurs, il n'y a que peu de douleur et quelquefois seulement des troubles de l'olfaction.

2^e période. — Le sinus est dilaté, la douleur est souvent vive, on sent une tuméfaction évidente ; il apparaît du côté de l'orbite et de l'œil des signes de compression.

3^e période. — La paroi osseuse est perforée. Le contenu du sinus envahit l'orbite, les fosses nasales, ou le cerveau, provoquant des désordres dont on devine l'importance et quelquefois l'extrême gravité.

Ce sont là les caractères généraux de ces affections ; mais chacune d'elles présente des signes spéciaux que nous aurons à caractériser en les étudiant en particulier.

Empyème chronique. — Nous ne parlerons pas ici des empyèmes aigus, parce que leurs signes sont ceux des sinusites, qui ne rentrent pas dans le plan de cet ouvrage.

Les empyèmes chroniques résultent le plus souvent de la syphilis ou de la tuberculose ; les symptômes locaux qu'ils entraînent sont peu



FIG. 214. — Empyème chronique du sinus frontal droit. Déviation de l'œil en bas et en dehors.

accusés, la douleur est nulle ou très légère, et c'est souvent par hasard que le malade constate une tuméfaction sur la paroi interne de l'orbite, la paroi supéro-interne ou la partie sus-orbitaire correspondante de la lame externe du frontal.

A la longue l'empyème chronique occasionne la perforation de la paroi osseuse, et il se produit ainsi un trajet fistuleux ; on voit survenir en outre des troubles oculaires divers : gêne des mouvements de l'œil,

exophtalmie en avant, en bas et en dehors (fig. 214), strabisme, diplopie, amaurose par compression du nerf optique.

Kystes. — Les kystes des sinus frontaux résultent parfois de l'obstruction de l'infundibulum; sous l'influence d'une inflammation chronique, ou d'un néoplasme des fosses nasales, il y a dans le sinus amoncellement de mucosités. Ces kystes peuvent encore être la conséquence de l'oblitération des conduits excréteurs de l'une des glandes qui se trouvent dans la muqueuse du sinus; il peut encore arriver qu'un épanchement sanguin se transforme en collection séreuse, et quelquefois enfin il s'agit d'un kyste hydatique.

Les symptômes de chacune de ces variétés sont un peu variables. Dans l'amoncellement de sérosités, la douleur est assez vive, et assez rapidement il se produit dans la région du sinus une tuméfaction caractéristique; les kystes, qui ont une origine glandulaire, sont plus lents dans leur marche, et atteignent un développement excessif.

On trouvera dans les travaux spéciaux publiés sur la question un assez grand nombre de faits pouvant être rangés dans le groupe des kystes du sinus frontal. Nous ajouterons à ces faits le cas suivant, qui nous est personnel, et que nous avons recueilli dans les conditions que voici :

Obs. — Hydropisie enkystée du sinus frontal, consécutive à un traumatisme. — Un homme de 46 ans, cocher, d'une vigoureuse constitution, sans antécédents héréditaires notables, fit à l'âge de 10 ans une chute grave dans laquelle il se fractura le bras gauche et se contusionna la tête. Il perdit connaissance, eut du délire pendant 4 jours et présenta au niveau des deux paupières gauches une ecchymose très marquée; à 18 ans, le malade fut également atteint d'accidents cérébraux, qu'il lui est impossible de bien préciser et qui disparurent en quelques jours.

La santé générale est d'ailleurs bonne; aucune diathèse, ni syphilis, ni alcoolisme. Depuis le traumatisme, subi à 10 ans, le malade a toujours constaté au niveau de l'angle interne de l'œil gauche une excavation osseuse, une sorte d'encoche dans la région du sinus frontal; il y avait en outre, à ce niveau, un peu de douleur au toucher. Les choses demeurèrent en cet état jusqu'au 23 décembre 1900. A cette époque et sans cause connue, il constata à la place même de l'excavation une tumeur du volume d'un haricot. Cette tumeur, dure au toucher, non dépressible, diminuait un peu de volume lorsque le malade était couché. Elle était légèrement douloureuse.

Du mois de décembre 1900 au mois de mars 1904, la tumeur augmente progressivement de volume et atteint le développement représenté sur la figure 215.

Nous faisons le diagnostic hydropisie enkystée dans le sinus frontal et consécutive à une ostéite chronique, résultant elle-même du traumatisme survenu 36 ans auparavant.

L'œil gauche, dévié, est atteint d'une atrophie papillaire ancienne, résultant probablement aussi du traumatisme; le malade, habitué à la seule vision de l'œil droit, n'appelle l'attention que sur la tumeur de l'angle interne de l'orbite et nullement sur l'amblyopie de l'œil gauche.

L'intervention chirurgicale consiste dans l'extirpation à la gouge de toute la paroi anté-



FIG. 215. — Hydropisie enkystée du sinus frontal.

rieure de la tumeur, après incision de la peau et décollement du périoste. Nous ouvrons ainsi une large cavité, de laquelle s'écoule environ 12 à 15 grammes d'un liquide pâle, assez transparent; la surface de la cavité explorée avec le doigt est inégale, irrégulière, anfractueuse, mais partout lisse et comme recouverte par une muqueuse. Nous en pratiquons le curettage avec une curette de Volkmann; ce curettage donne lieu à un incident particulier: pendant que nous grattons la paroi supérieure de la cavité, nous voyons tout à coup sortir un flot assez abondant de liquide, très transparent, très limpide, qui nous paraît être du liquide céphalo-rachidien. Nous cessons immédiatement toute manœuvre et, après un lavage antiseptique de la cavité, nous la bourrons de gaze iodoformée.

La très large ouverture de la cavité en avant nous permet d'éviter le drainage par le nez. Tout alla bien et vite; 15 jours après, le malade quitta la maison de santé complètement guéri; il n'est resté dans la région du sinus frontal qu'une dépression irrégulière, au niveau de laquelle la peau repose sur un squelette rugueux et bosselé.

Depuis deux ans et demi la guérison se maintient parfaite.

Polypes. — Dans les sinus frontaux on trouve des polypes muqueux

et des polypes fibreux. Au début, ces tumeurs ne donnent lieu à aucun signe particulier; elles ne sont reconnaissables que lorsqu'elles ont entraîné la dilatation des sinus frontaux; on perçoit alors la crépitation parcheminée, et une sensation plus ou moins consistante selon la variété du polype, qui, d'ailleurs, a une grande tendance à envahir les fosses nasales, où l'examen rhinologique le fera facilement reconnaître.

Ostéomes. — Les ostéomes sont les tumeurs les plus fréquentes et les plus intéressantes du sinus frontal; leur histoire a été faite assez longuement dans un chapitre spécial de cet ouvrage (p. 324), pour qu'il ne nous paraisse pas utile d'y revenir ici; nous y renvoyons le lecteur et nous nous proposons d'insister sur les tumeurs malignes des sinus frontaux, dont nous n'avons pas encore parlé.

Les tumeurs que nous venons d'énumérer: collections liquides, cholestéatomes, kystes, polypes, ostéomes, ont pour caractère principal d'être bénignes; elles ont certainement leur gravité et peuvent entraîner des complications qui les rendent très redoutables, mais elles appartiennent au groupe des tumeurs de bonne nature qui ne se généralisent pas.

Il nous reste à signaler ici les tumeurs malignes, sarcomes et endothéliomes, avec d'autant plus de soin que ce sont elles surtout qui retentissent de bonne heure sur l'œil et l'orbite.

Tumeurs malignes. — Énumérons, en les résumant, les faits les plus intéressants: se sont ceux de Luigi Stroppa, Kundrat, Meyer, Wassermann, Hérold, Luc, Trombetta, Jaboulay, Albertin, Rollet.

OBS. DE LUIGI STROPPA (*Annali di oftalmologia*, 1880). — *Ostéo-sarcome du sinus frontal.* — Femme, 40 ans, présentant une tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, tumeur qui, assez rapidement, s'était développée au point d'ulcérer la peau, et d'envahir la mâchoire supérieure. Paralyse complète de l'œil et des paupières, exophtalmie, amaurose, atrophie de la papille. Mort assez rapide, après des douleurs d'une extrême violence. A l'autopsie, on signale l'atrophie du nerf optique, de la papille et de la rétine, la dégénérescence de la glande lacrymale, la disparition des 4^e et 6^e nerfs crâniens.

OBS. DE KUNDRAT (*Wien. med. Jahrb.*, Heft IV, p. 543, 1883). — *Tumeur maligne ostéoïde de l'orbite et du sinus frontal droit.* — Homme, 23 ans, portant une tumeur

depuis l'âge de 14 ans, pour laquelle il subit 3 opérations. Disparition de tout le plancher de l'orbite, envahissement de la narine droite et de la totalité du sinus frontal, prolongement crânien. Le malade présentait de l'exophtalmie, du chémosis, de l'immobilité de l'œil et des paupières, et de l'épiphora. Au microscope, polype muqueux avec système lamellaire de nature ostéoïde. Mort.

OBS. DE MEYER (in MARTIN, th. Paris, 1887-88). — *Fibro-sarcome primitif du sinus frontal gauche.* — Homme 38 ans, ayant subi depuis 2 mois une diminution d'acuité considérable de l'œil gauche. Cet œil est repoussé en avant de 14 millimètres. On sent à la palpation une tumeur orbitaire lisse, mobile, de consistance fibreuse, s'étendant du milieu du rebord orbitaire supérieur jusqu'à la racine du nez.

OBS. DE MEYER (in MARTIN, th. Paris, 1887-88). — *Tumeur cancéreuse de l'orbite et du sinus frontal droit.* — Homme, 38 ans, atteint d'une tumeur fibreuse dégénérée, occupant le grand angle de l'œil droit, la cavité orbitaire et le sinus frontal. Mort après 4 interventions successives.

OBS. DE WASSERMANN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1887). — *Sarcome globocellulaire de l'orbite, de la fosse nasale, du sinus frontal et de l'antre d'Highmore du côté droit.* — On ne note dans cette observation qu'un peu d'exophtalmie.

OBS. DE OTTO HÉROLD (Inaug. Dissert., Würzburg, 1889). — *Endothélio-sarcome du sinus frontal.* — Homme, 58 ans, présentant une tuméfaction frontale de 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large, avec deux fistules laissant s'écouler du pus. Signes de compression cérébrale; exophtalmie de l'œil droit en bas et en dehors. Opération. Évidement du sinus. La tumeur avait perforé la cloison séparant les deux sinus frontaux, ainsi que la paroi crânienne. Mort le soir de l'opération.

OBS. DE BERGER (Académie de médecine, séance du 2 mars 1897. Observation adressée par Luc). — *Sarcome du sinus frontal.* — Femme portant une tumeur kystique au niveau de la région sourcilière droite. On ne signale aucune complication orbitaire, bien que la tumeur eût un prolongement de ce côté. Opération. Guérison.

OBS. DE ED. TROMBETTA (*Annali di oftalmologia*, Pavia, 1901, XXX, 461). — *Ostéo-sarcome du sinus frontal.* — Femme, 63 ans, ayant perdu la vue de l'œil droit à 18 ans. Tuméfaction à l'angle supéro-interne de l'orbite droit, survenue quelque temps après une broncho-pneumonie grippale. Accroissement progressif de la tumeur; exophtalmie en bas et en dehors; gêne des mouvements du globe. Opération. Tumeur fongueuse, mêlée de pus.

OBS. DE JABOULAY (Clin. du prof. Jaboulay. Obs. communiquée par M. CAVAILLON, interne du service. BERGÉ, Th. Lyon, 1902, p. 65). — *Tumeur maligne du sinus frontal.* — Femme, 65 ans. Début 4 mois avant par une petite tumeur siégeant à l'angle interne de l'œil gauche. Occlusion presque complète des paupières; pas de diplopie, ni de paralyse oculaire. Opération. Envahissement complet du sinus et de la paroi interne de l'orbite.

OBS. D'ALBERTIN (in BERGÉ, Th. de Lyon, 1902-1903, p. 65). — *Ostéo-sarcome de la paroi antérieure du sinus frontal et accidents oculaires.* — Petit garçon de 9 ans, ayant présenté 3 ans avant une petite tumeur de la bosse frontale droite, à accroissement progressif. Au moment de l'examen, cette tumeur avait atteint le volume de deux poings. Globe oculaire aplati et refoulé en bas. Toutes les fonctions de l'œil sont perdues. Opération, mort le jour même. Diagnostic : tumeur à myéloplaxes, ostéo-sarcome du sinus frontal.

OBS. DE ROLLET (in BERGÉ, Th. de Lyon, 1902-1903, p. 66). — *Tumeur maligne du sinus frontal, envahissement orbitaire.* — Femme, 48 ans, présentant à l'angle interne de l'orbite droit une tumeur molle, accompagnée d'hyperostose du frontal et de l'apophyse orbitaire de l'os malaire. Peau rouge et adhérente; mouvements de l'œil limités. La narine droite est obstruée par une masse grisâtre, faisant corps avec la paroi externe. La choane droite est occupée par une masse analogue. M. Poncet et M. Rollet portent le diagnostic de sarcome du sinus frontal. La malade refuse une intervention.

Nous citerons encore ici à titre d'indications bibliographiques :

BRIAN, Epithélioma du sinus frontal inopérable. *Lyon médical*, 1896, p. 472.

HELLMANN, Papillome dur des muqueuses nasales et du sinus frontal. Transformation en carcinome. *Arch. f. Laryngol. und Rhinol.*, Bd VI, Heft 2, 1897.

SCHRENN, Contribution à l'étude des tumeurs malignes des cavités accessoires du nez. Diss. inaug. Breslau, 1901.

LARCIN, Des tumeurs épithéliales bénignes des sinus de la face. Th. Nancy, 1902.

CHAPITRE II

TUMEURS DE L'ETHMOÏDE

Les tumeurs de l'éthmoïde sont admirablement placées pour retentir de bonne heure sur l'orbite et son contenu; l'exophtalmie est très souvent le premier symptôme présenté par le malade, et en présence d'une déviation de l'œil en dehors, il faudra toujours songer à une tumeur de la partie supérieure des fosses nasales.

Les tumeurs ethmoïdales les plus fréquentes sont les ostéomes, dont nous avons fait ailleurs l'histoire (V. p. 325); il faut signaler les mucocèles (Hœtz)¹, véritables tumeurs par rétention, analogues à celles du sinus frontal, les sarcomes, les endothéliomes et les épithéliomes.

Ces diverses tumeurs, comme celles du sinus frontal, ont une symptomatologie générale qu'on peut diviser en plusieurs périodes.

Dans la première période on observe quelques troubles légers, particulièrement des troubles réflexes, dus à l'excitation de la V^e paire; dans un cas de Badal (p. 812), un glaucome, qui eut peut-être pour cause cette irritation réflexe, se développa à la période insidieuse de l'évolution du néoplasme, et c'est ici le cas de rappeler que Ziem a vu compliquer certaines affections nasales.

A la deuxième période les cellules ethmoïdales sont remplies et distendues; c'est alors qu'apparaît, non pas, à proprement parler, l'exophtalmie, mais une légère déviation de l'œil du côté de la tempe et quelquefois une saillie au niveau de l'os unguis. Nous avons observé un petit malade, atteint d'une tumeur kystique de l'éthmoïde, qui présenta,

¹ HÖTZ, Mucocèle des cellules ethmoïdales simulant une tumeur orbitaire. *The Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, avril 1899.