

CHAPITRE III

TUMEURS DU SINUS MAXILLAIRE

Depuis Giraldès, on connaît bien les kystes de la muqueuse du sinus maxillaire, et ses travaux sur ce sujet ont été complétés par ceux de beaucoup d'auteurs, notamment Luscka, Virchow, Zuckerkandl, Haymann, Alexander. D'après Giraldès et Marchant, ce serait une lésion très fréquente, on en trouverait dans plus de la moitié des sinus.

Giraldès¹ en a décrit deux variétés : 1° les kystes miliaires ; 2° les gros kystes. Les kystes miliaires, qui sont quelquefois semés sur toute l'étendue de la muqueuse, sont remplis d'un liquide transparent, filant, d'aspect variable, jaunâtre, épais, visqueux ; on y trouve souvent des cristaux de cholestérine, des cellules épithéliales, des globules sanguins et même des globules purulents.

La différence de volume de ces kystes s'expliquerait bien par leur pathogénie différente ; les petits kystes se développeraient aux dépens du canal excréteur des glandes de la muqueuse, les gros aux dépens de la glande elle-même ; il est probable en effet qu'il s'agit d'un processus dans lequel les glandes tiennent la première place ; mais à la base de la pathogénie il faut placer un désordre inflammatoire chronique, capable de rétrécir les conduits excréteurs et de les obturer. Il en résulte des kystes par rétention de différents volumes.

Les gros kystes sont les seuls qui intéressent les ophtalmologistes, parce que seuls, en distendant les sinus, ils peuvent retentir sur l'orbite et entraîner des désordres au niveau du contenu de cette cavité.

¹ GIRALDÈS, *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*. Th. ag. Paris, 1851. Société de chirurgie, 1853.

Après les kystes muqueux il convient de signaler les kystes dentaires. Depuis les travaux de Magitot¹ et surtout ceux de Malassez sur les débris épithéliaux paradentaires, on connaît bien la pathogénie des kystes radiculo-dentaires ou périostiques ; lorsque ces kystes siègent au niveau de la canine ou des molaires, ils défoncent la paroi du sinus et font saillie dans sa cavité, en se dirigeant vers l'orbite. La cavité du sinus est bientôt comblée, la paroi faciale du maxillaire, distendue, donne au toucher un bruit de parchemin, et la paroi orbitaire, soulevée, entraîne du côté de l'œil des désordres variables selon le volume du kyste.

Le contenu de ces kystes est tantôt clair, tantôt puriforme, leur pronostic est en général assez bénin, encore que leur origine aux dépens de l'épithélium paradentaire doive faire redouter leur transformation en épithélioma.

Après les kystes, il faut, dans le sinus maxillaire, signaler les fibromes qui peuvent se présenter sous la forme de fibromes caverneux (Volkman) ou de fibromes calcifiés (Demarquay-Zuckerkandl). Luc a publié un cas d'angiome ossifiant ; citons encore les chondromes, ostéo-chondromes ou fibro-chondromes, qui s'observent surtout chez les sujets jeunes et peuvent présenter un développement très considérable. Gensoul a étudié une tumeur de ce genre de 20 centimètres de diamètre, et Kirmisson² a écrit sur ce sujet un travail très documenté.

On a également observé des ostéomes formés de tissu compact ou spongieux qui, par leur volume, sont tout particulièrement capables de retentir sur les parois et le contenu orbitaires ; mais les tumeurs de beaucoup les plus redoutables sont les tumeurs malignes, sarcomes ou épithéliomes du maxillaire.

Le sarcome du maxillaire s'affirme tout d'abord par une douleur intense, croissante, continue et résistant à toutes les médications. Cette douleur spontanée, à type névralgique simulant souvent la névralgie dentaire, s'exagère à la pression ou à la percussion de la paroi du sinus.

En même temps que les troubles subjectifs s'accusent, les parois

¹ MAGITOT, *Société de biologie*, 1887.

² KIRMISSON, *Société de chirurgie*, 1883. Rapport du professeur Berger.

osseuses se laissent déformer, distendre, surtout au niveau de la paroi antérieure du sinus et du rebord alvéolaire ; la joue se tuméfie, les dents tombent, l'excrétion des larmes est gênée, la narine oblitérée, le globe de l'œil repoussé en haut et en avant, et bientôt apparaissent tous les signes paralytiques, névralgiques, compressifs, que nous allons tout à l'heure passer en revue.

L'épithélioma a des signes analogues, auxquels il faut ajouter une plus grande rapidité dans la marche (épithéliome térébrant) et l'adénopathie. La figure 2 de la planche XII en montre un remarquable exemple.

Il serait facile de rapporter, ici, nombre d'observations de tumeurs malignes du sinus maxillaire ayant retenti sur l'orbite ; nous pourrions nous-même en faire connaître plusieurs observations personnelles, mais nous ne croyons pas que l'histoire de ces faits communs soit de nature à intéresser le lecteur.



FIG. 1. — Tumeur épithéliale volumineuse de l'ethmoïde et de l'orbite (hôpital Saint-André, professeur BADAL).

Femme de 70 ans, se présente avec une exophtalmie considérable de l'œil gauche, propulsé en dehors ; déformation et saillie accentuée de tout le côté gauche de la face, nez fortement dévié ; la rhinoscopie fait constater à gauche une masse blanchâtre, qui n'est autre qu'un prolongement de la tumeur obstruant complètement la fosse nasale correspondante. Extirpation par MOURE, selon le procédé décrit p. 522.

L'examen histologique, fait par SABRAZÉS, démontre qu'il s'agit d'un énorme épithélioma micro-polykystique.



FIG. 2. — Épithélioma ayant envahi et distendu le sinus maxillaire (obs. de BEGOUIN et AUDARET). La distension du sinus est surtout accusée du côté de l'orbite et des fosses nasales. Compression des divers organes du contenu orbitaire. Exophtalmie. Ophtalmoplégie complète interne et externe. Anesthésie conjonctivo-cornéenne. Perte de la vision. Extirpation complète de la tumeur et résection totale du maxillaire supérieur.

FIG. 2.

osseuses se laissent déformer, distendre, surtout au niveau de la paroi antérieure du sinus et du rebord alvéolaire ; la joue se tuméfie, les dents tombent, l'excrétion des larmes est gênée, la narine oblitérée, le globe de l'œil repoussé en haut et en avant, et bientôt apparaissent tous les signes paralytiques, névralgiques, compressifs, que nous allons tout à l'heure passer en revue.

L'épithélioma a des signes analogues, auxquels il faut ajouter une plus grande rapidité dans la marche (épithéliome térébrant) et l'adénopathie. La figure 2 de la planche XII en montre un remarquable exemple.

Il serait facile de rapporter, ici, nombre d'observations de tumeurs malignes du sinus maxillaire ayant réagi sur l'orbite ; nous pourrions vous même en faire connaître plusieurs observations personnelles, mais nous ne croyons pas que l'histoire de ces faits communs à la pratique ait intérêt à être rapportée.

Le cas de la figure 1. — Femme de 70 ans, se présente avec une exophtalmie consécutive de l'œil gauche, proptus en dehors ; déformation et saillie accentuées de tout le côté gauche de la face, nez fortement dévié ; la rhinoscopie fait constater à gauche une masse blanchâtre, qui n'est autre qu'un prolongement de la tumeur opérant complètement la fosse nasale correspondante. Extirpation par Mouton, selon le procédé décrit p. 232. L'examen histologique, fait par Savasse, démontre qu'il s'agit d'un énorme épithélioma micro-bolusiforme.

FIG. 2. — Épithélioma ayant envahi et distendu le sinus maxillaire (obs. de Baccot et Auzanet). La distension du sinus est surtout accusée du côté de l'orbite et des fosses nasales. Compression des divers organes du contenu orbital. Exophtalmie. Ophthalmopégie complète interne et externe. Anesthésie conjonctivo-cornéenne. Perte de la vision. Extirpation complète de la tumeur et résection totale du maxillaire supérieur.



FIG. 1.

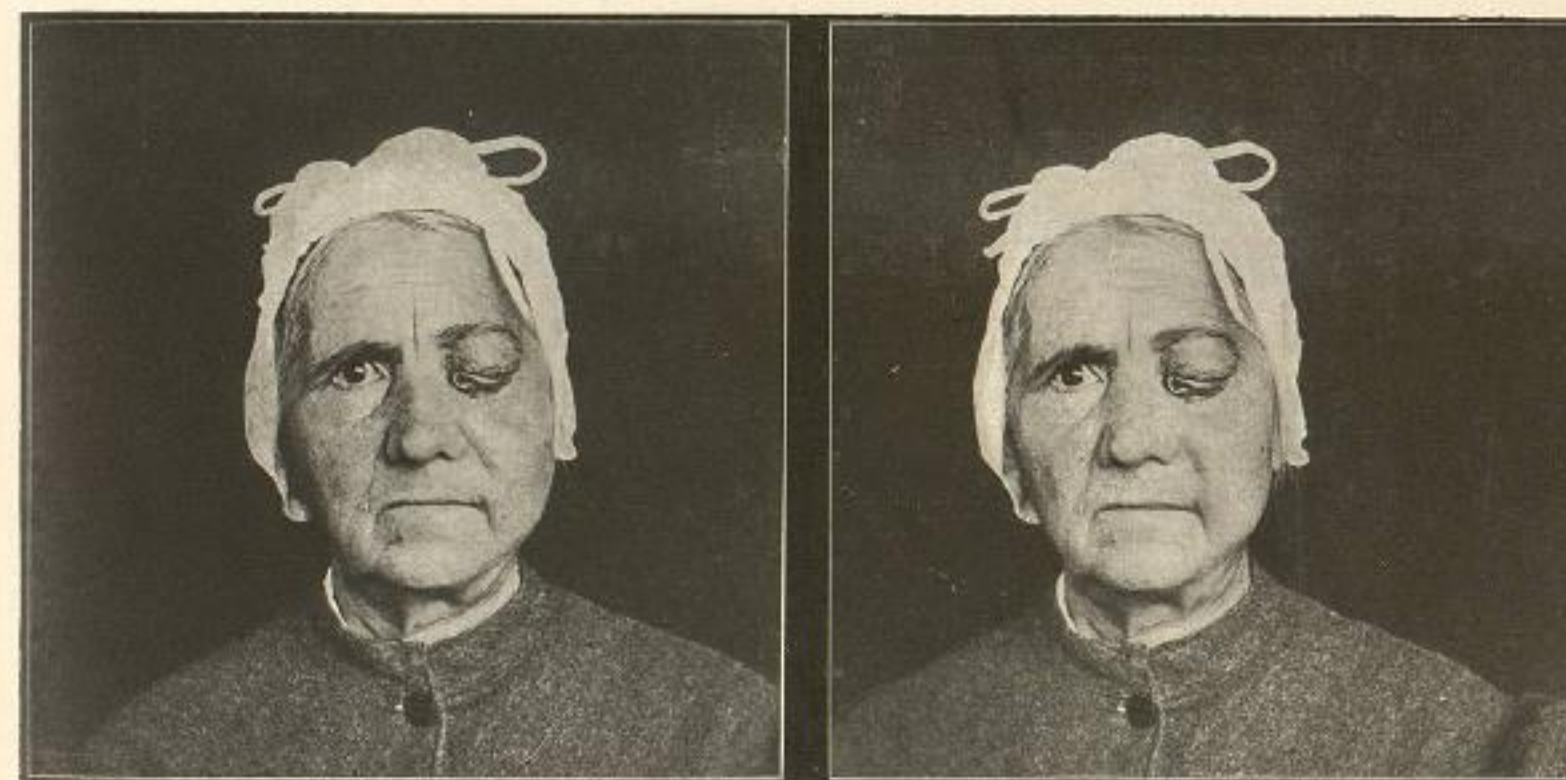


FIG. 2.

CHAPITRE IV

TUMEURS DU SINUS SPHÉNOÏDAL

Dans le sinus sphénoïdal peuvent naître des tumeurs très diverses, polypes, enchondromes (Lawson), ostéomes, sarcomes (Behring; Vicherkiewicz) et carcinomes (Albert). Aux tumeurs nées primitivement dans le sinus, il faut ajouter celles qui, nées aux environs, s'y sont propagées; nous ferons connaître d'abord, en les résumant, les principales observations qui ont été publiées, et nous tracerons ensuite le tableau symptomatologique qui mérite d'être retenu à leur sujet.

Obs. DE ALBERT (*Lehrbuch der Chirurgie*, 1877, p. 332). — Les affections du sinus sphénoïdal ne se manifestent pas habituellement par des signes reconnaissables. Nous avons vu, une fois, le sinus sphénoïdal complètement rempli par une masse carcinomateuse en décomposition, sans que l'on ait observé le moindre symptôme pendant la vie.

Obs. DE NIEDEN (*Archiv für Augenheilkunde*, XVI, p. 396). — Homme, 26 ans, présentant une amaurose complète de l'œil droit, et une amblyopie considérable de l'œil gauche. Le malade vint consulter le docteur Niden le 14 octobre 1884, et il ne ressentait de troubles apparents que depuis 1 an environ. Au mois de septembre 1883, il avait subi l'extirpation d'un polype muqueux.

Un an après, malgré une nouvelle tentative opératoire et le rejet spontané de plusieurs particules de la tumeur, les deux fosses nasales étaient obstruées, et le sens olfactif complètement aboli. En même temps, au commencement d'octobre, la vision de l'œil droit s'obscurcissait considérablement, il se manifestait du strabisme et de la diplopie.

Au moment de l'examen, le malade, très cachectisé, se plaignait de céphalées intenses, mais ses facultés mentales n'étaient pas altérées. Les fosses nasales, le naso-pharynx étaient remplis par une tumeur molle, rouge clair, très vascularisée. Pas de ganglions; l'œil droit était dévié en dehors et immobile; l'œil gauche, au contraire, assez mobile.

La conjonctive était fortement injectée, la cornée légèrement troublée, et les milieux

transparents, très clairs, laissaient voir une névrite optique, surtout développée à droite.

Les masses tirées des fosses nasales avaient toutes les apparences d'un myxo-sarcome.

Rapidement, le malade devint inconscient; puis il tomba dans l'état comateux et mourut à la fin de novembre.

A l'autopsie, on trouva un néoplasme de la grosseur d'un œuf de poule dans le lobe frontal droit, de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le lobe frontal gauche. Ces masses étaient en communication avec une même tumeur qui se propageait à travers l'ethmoïde dans les fosses nasales. La partie moyenne de la selle turcique était recouverte par ce néoplasme qui adhérait à la dure-mère et s'étendait vers la moelle allongée pour se terminer un peu en avant du trou occipital.

La destruction de l'ethmoïde était presque complète, et tout le squelette, aussi bien que le contenu de l'orbite, avaient des altérations considérables, surtout à droite.

OBS. DE WICK ET ALT (*Journal of ophthalmology*, novembre 1886, et in BERGER, Th. Paris, 1890, p. 40). — *Un cas de tumeur maligne du cerveau. Atrophie des deux nerfs optiques, sans névrite optique.* — Cette tumeur était un sarcome à cellules rondes, qui, après avoir détruit les couches optiques et le chiasma, perforait les parois de l'orbite et remplissait cette dernière cavité. L'amaurose apparut bientôt; l'exophtalmie et les désordres cérébraux constituaient les symptômes les plus apparents, sans névrite optique, parce que la tumeur sarcomateuse avait son origine dans les bandelettes optiques et entraînait la dégénérescence de tout le tissu nerveux.

OBS. DE DURANTE (*Arch. de laryngologie*, juin 1890). — *Tumeur mixte (épithéliosarcome) des fosses nasales. Envahissement des lobes frontaux, abcès latent du cerveau. Mort subite.* — L'envahissement du sinus sphénoïdal était secondaire, et on peut admettre que le point de départ de l'épithélioma se trouvait au niveau de la muqueuse des cornets ou des cellules ethmoïdales. Il s'agissait d'un épithélioma infecté avec des foyers de suppuration. Les troubles de la vision étaient nuls.

OBS. DE MORAX (*Annales d'oculistique*, année 1896, t. CXV, p. 409, et *Société française d'ophtalmologie*, 6 mai 1896). — *Troubles oculaires observés dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal.* — Affaiblissement progressif de la vision, puis cécité brusque sans lésion du fond de l'œil. Céphalées continues. Ultérieurement névrite optique légère, puis atrophie de la papille. Au début, pas de troubles naso-pharyngés, puis écoulement purulent par le nez, et apparition de tumeurs pédiculées sur la pituitaire. Paralyse des nerfs moteurs oculaires. Ptosis, exophtalmie par tumeur intra-orbitaire. Mort un an après le début de l'affection par broncho-pneumonie.

L'autopsie démontra un épithélioma primitif du sinus sphénoïdal avec dilatation du sinus; envahissement, par le néoplasme, du corps du sphénoïde, des nerfs optiques et du chiasma. Prolongements néoplasiques dans l'orbite, les sinus maxillaires et les gouttières ethmoïdales. Envahissement de la face orbitaire et des circonvolutions frontales. Broncho-pneumonie.

OBS. DE JOCOS (Discussion sur l'épithélioma du sinus sphénoïdal. *Soc. franç.*

d'opht., séance du 6 mai 1896). — Homme, 56 ans, opéré de M. Péan: résection du maxillaire supérieur gauche; pour un sarcome. Vision conservée, mais paralysie intrinsèque complète de la 3^e paire. Le 30 juin 1894 le malade présentait des troubles neuro-paralytiques graves du côté opéré, dont la vision était nulle. De l'autre côté, la vue baissait rapidement. Malgré l'enncléation de l'œil gauche, l'amaurose était complète au bout de 40 jours, malgré une papille normale. Le naso-pharynx s'obstrua et la respiration devint difficile, sans qu'aucun phénomène ophtalmoscopique se produisit. Le malade, reparti chez lui, ne fut plus suivi et mourut quelque temps après.

OBS. DE FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, n° 7, 1899, *Revue de laryngologie de Moure*, année 1899, t. II, p. 329). — *Fibro-sarcome du sinus sphénoïdal.* — Femme de 60 ans, présentant une tumeur dure, à surface lisse, non saignante, insérée sur la voûte du pharynx. Cette tumeur fut d'abord enlevée avec la pince coupante de Löwenberg. La tumeur se reproduisit plus grosse, refoulant en avant le voile du palais. La malade avait de l'exophtalmie droite, avec ptosis de la paupière correspondante; elle était très amaigrie, presque cachectisée.

L'opération fut pratiquée et démontra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome du sinus sphénoïdal.

OBS. DE BLAKE. (*Académie de Médec.*, 9 avril 1900). — *Sarcome du sinus sphénoïdal enlevé depuis trois ans et huit mois, sans récurrence.*



FIG. 217. — Sarcome de la base du sphénoïde (ROBERT KENNEDY).
(Atlas Maitland-Ramsay.)

Comme ceux des tumeurs des autres sinus, les symptômes des tumeurs du sinus sphénoïdal peuvent être divisés en trois périodes :

1^{re} période. — La tumeur est contenue dans le sinus, non encore distendu ; aucun symptôme apparent, ni objectif, ni subjectif.

2^e période. — Le sinus est dilaté, et la paroi supérieure, repoussée comprime l'un des nerfs optiques et quelquefois même les deux nerfs à la fois ; on comprend que le retentissement de la tumeur sur les nerfs soit très variable, puisque la paroi des sinus est elle-même, selon les individus, d'une épaisseur très inégale ; quand la paroi est mince, la compression occasionnée par la tumeur peut s'étendre jusqu'à la carotide interne.

3^e période. — Dans cette période la tumeur perfore les parois du sinus sphénoïdal et pénètre dans la cavité naso-pharyngienne, les fosses nasales, les cellules ethmoïdales, l'orbite (fig. 217) et la cavité cranienne. Cette cavité peut être envahie sans qu'il en résulte le moindre symptôme subjectif, surtout quand la marche de la tumeur est très lente.

Les symptômes résultant de cet envahissement, quand il y en a, sont la céphalalgie, les accès épileptiformes, la méningite, etc.

Les phénomènes résultant de l'envahissement de l'orbite méritent une étude toute spéciale, non seulement en ce qui concerne les tumeurs du sinus sphénoïdal, mais aussi au sujet des néoplasmes des autres sinus. *Ce sont, en effet, les désordres orbitaires qui nous intéressent particulièrement, et ce sont eux que nous allons étudier dans un chapitre d'ensemble, maintenant que nous avons exposé dans leurs grandes lignes les caractères des tumeurs bénignes ou malignes, susceptibles de naître dans les sinus et d'envahir secondairement la cavité orbitaire.*

Nous nous inspirerons, pour cette étude, des excellents travaux écrits sur ce sujet sous la direction de Rollet, de Lyon, par ses élèves Brisson¹ et Bergé².

¹ BRISSON, L'œil et les tumeurs des sinus de la face. Étude anatomo-clinique et diagnostique. *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.

² BERGÉ, L'œil et les tumeurs solides du sinus frontal. Th. de Lyon, 1902.

CHAPITRE V

SYMPTOMES OCULO-ORBITAIRES DES TUMEURS DES SINUS

Ce qui importe, ce n'est pas tant l'étude des tumeurs des sinus que les désordres qu'elles peuvent entraîner dans l'orbite. Aussi devons-nous insister sur ce sujet d'une façon toute particulière.

Ces désordres sont très variables dans leur évolution et dans leur gravité ; ils peuvent porter primitivement sur le globe oculaire, sur les nerfs, les vaisseaux ou les muscles, ils peuvent encore entraver le jeu des annexes de l'œil et, pour suivre dans leur description une méthode rigoureuse, il conviendra, tout d'abord, que nous divisions ce très important chapitre en quatre parties :

- 1^o Troubles dus à des lésions nerveuses ;
- 2^o Troubles dus à des lésions vasculaires ;
- 3^o Troubles dus à l'action de la tumeur sur le globe oculaire ;
- 4^o Troubles dus à une lésion des annexes.

Nous étudierons successivement ces paragraphes dans l'ordre où nous venons de les mentionner.

§ 1. — Troubles dus à des lésions nerveuses.

Nous passerons en revue les lésions de l'appareil sensoriel, celles des nerfs sensitifs, et enfin celles des nerfs moteurs.

A. Appareil sensoriel, voie optique. — Nous nous servirons du terme voie optique, plutôt que de celui de nerf optique, parce que l'ap-