

## CHAPITRE VI

### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DES SINUS

A l'occasion de ce paragraphe, nous devons renvoyer le lecteur au chapitre V du livre VII, p. 482, dans lequel nous parlons longuement du diagnostic des tumeurs de l'orbite; les généralités de ce chapitre se rapportent aux tumeurs des sinus; nous n'avons plus ici qu'à faire ressortir quelques particularités.

Pour mettre le plus d'ordre possible dans cette étude, nous envisageons successivement les trois points suivants :

1° Y a-t-il tumeur d'un sinus ?

2° Quel est le sinus primitivement atteint ?

3° Quel est la nature de la tumeur ?

**1° Diagnostic de la tumeur d'un sinus.** — Nous avons vu que la symptomatologie des tumeurs des sinus se déroule en plusieurs périodes : une période latente, une deuxième période caractérisée par de la douleur et des déformations, dans la troisième les sinus sont perforés, la tumeur sort de sa cavité primitive; c'est à ce moment qu'apparaissent les troubles oculaires.

A l'une quelconque de ces périodes on aura recours à deux manœuvres objectives qui rendront le plus grand service, ce sont l'éclairage artificiel et le cathétérisme. L'éclairage par transparence est d'une grande utilité pour les affections du maxillaire supérieur, mais il donne aussi des renseignements très précis pour les autres cavités; le cathétérisme par les orifices naturels des sinus permet de se rendre compte de leur ob-

struction plus ou moins complète. Parfois même on pourra ramener des débris de néoplasme dont l'examen microscopique sera très profitable; et, s'il s'agit d'un empyème, le lavage du sinus par les voies naturelles conduira à un diagnostic certain.

La confusion pourra être faite d'une tumeur du sinus avec : a) des affections inflammatoires, b) des affections parasitaires, c) des tumeurs du voisinage.

a) *Les affections inflammatoires.* — Les sinusites ont une étiologie quelquefois assez précise, dents cariées, polypes du nez; de plus, le malade exhale une odeur fétide; l'examen rhinologique montre une traînée de pus sur la cloison. Les inflammations du sinus frontal s'accompagnent de douleurs frontales et sus-orbitaires avec un peu d'œdème de la région sourcilière; l'empyème sphénoïdal s'accompagne de céphalée diffuse et profonde, de battements et de bruits subjectifs, l'examen rhinoscopique montre du pus crémeux et jaunâtre sur le cornet supérieur.

b) *Les affections parasitaires.* — Il faut signaler ici les kystes hydatiques, reconnaissables facilement à la ponction, qui donne un liquide particulier et bien connu; l'actinomycose, si bien étudiée par l'école de Lyon, atteint souvent le maxillaire inférieur; on sait que cette affection peut revêtir deux types, le type néoplasique et le type nécrosant; l'allure générale de l'affection, et surtout l'examen anatomo-pathologique, conduiront aisément au diagnostic les praticiens attentifs.

c) *Les tumeurs de voisinage.* — Les tumeurs des fosses nasales et de la fosse ptérygo-maxillaire peuvent en imposer pour des tumeurs des sinus, surtout du sinus maxillaire; l'examen attentif des fosses nasales, l'étude des commémoratifs et surtout ce fait que les tumeurs du sinus maxillaires distendent à la fois toutes les parois du sinus, mettront sur la voie d'un diagnostic dont l'utilité, d'ailleurs, est assez médiocre.

**2° Diagnostic du sinus atteint.** — Les tumeurs de chaque sinus ont évidemment une symptomatologie spéciale, qui tient à la place que le sinus occupe autour de l'orbite.

Quand l'affection siège dans le sinus frontal, les symptômes orbitaires sont précoces : il existe une tuméfaction à la tête du sourcil, l'œil



est dévié en bas et en dehors; quand il s'agit du sinus sous-maxillaire, il se produit souvent de la névralgie sous-orbitaire; la joue est saillante, l'œil est repoussé en avant, en dedans et en haut; le canal lacrymo-nasal est oblitéré et, à la dernière période, la face nasale correspondante est envahie et obstruée. Les tumeurs du sinus sphénoïdal ont pour signe principal d'entraîner des troubles optiques du côté de l'acuité centrale aussi bien que dans le champ visuel; ces derniers symptômes sont caractéristiques (Berger); ajoutons enfin que les tumeurs des cellules ethmoïdales sont reconnaissables à ce qu'elles remplissent les fosses nasales, où elles sont faciles à voir, en même temps qu'elles défoncent la paroi interne de l'orbite pour provoquer dans cette cavité les accidents dont nous avons parlé.

**3° Diagnostic de la nature de la tumeur.** — Ce que nous avons à dire ici a été dit en grande partie au sujet du diagnostic des tumeurs de l'orbite; il nous suffira d'insister sur quelques particularités. Dans chaque sinus nous diviserons les tumeurs en bénignes et malignes.

**A. SINUS MAXILLAIRE.** — Les polypes, rares dans cette cavité, sont des myxomes analogues à ceux du nez; ils pénètrent dans les fosses nasales avant de soulever le plancher de l'orbite; ils s'accompagnent quelquefois d'un empyème, d'un coryza chronique, mais d'habitude leurs symptômes oculaires se limitent à l'épiphora.

Le fibrome, très rare d'ailleurs, est une affection grave au point de vue des fonctions de l'œil, car il envahit rapidement l'orbite; ce fibrome revêt quelquefois la forme chondromateuse (Demarquay) ou ossifiante (Letenneur).

Les enchondromes, qui ont fait l'objet d'une excellente étude de Kirmisson, peuvent naître dans les sinus maxillaires, et bien des fois ils envahissent l'orbite. Kirmisson, sur 31 cas, en signale 6 nés primitivement dans l'antre d'Highmore; ce sont ceux de Denucé, d'Heyfelder, de Trélat-Dolbeau, de Collis, de Heath et d'Ohlmann; dans tous ces cas il y avait une exophtalmie très marquée, et dans celui de Collis l'œil avait perdu ses fonctions.

Les ostéomes, bien qu'ils soient rares eux-mêmes, sont encore les

tumeurs bénignes les plus fréquentes qui peuvent naître dans le sinus maxillaire; nous avons dit plus haut (p. 316) tout ce qu'il importe de savoir à leur sujet.

Les tumeurs malignes sont les sarcomes et les épithéliomes.

Les sarcomes, qui sont des tumeurs très malignes, existent surtout chez les sujets jeunes et, de préférence, dans le sexe féminin; ils rentrent de bonne heure dans l'orbite et y produisent d'énormes désordres; pour donner un exemple de l'extension que peut prendre un sarcome du maxillaire supérieur, nous rappellerons l'observation déjà citée de Mingazzini et Lombi, dans laquelle la tumeur détruisit les cornets, envahit les choanes et l'orbite, remplit le sinus caverneux en englobant les nerfs voisins. Les nerfs craniens étaient tous paralysés, sauf la VIII<sup>e</sup> et la XI<sup>e</sup> paires. La marche du sarcome du maxillaire supérieur est toujours rapide et d'autant plus que le sujet est plus jeune.

Les épithéliomes, qu'on trouve de préférence chez les vieillards, naissent dans la muqueuse de l'antre d'Highmore; cet épithélioma se présente sous deux formes cliniques qui, au point de vue anatomique, ont une origine différente: dans une première forme, relativement bénigne, le processus néoplasique est secondaire à un trouble de l'évolution dentaire, épithélioma adamantin, para-dentaire (Malassez).

Cette tumeur peut donner lieu à la formation de kyste; Sabrazès a décrit, chez un homme de 60 ans, un épithélioma polykystique, accompagné d'exorbitisme et de névralgie orbitaire; la deuxième forme d'épithélioma du maxillaire est la forme térébrante (de Verneuil); elle naît dans la muqueuse du sinus; prenant les allures d'un cancer très malin, elle envahit rapidement le corps du maxillaire et se propage à l'orbite, où elle produit de gros désordres en peu de temps. Il peut arriver, d'ailleurs, que le sinus maxillaire soit le siège d'une tumeur maligne, l'ayant secondairement envahi. La figure 218 représente un malade du professeur Lannelongue (de Bordeaux), dont le sinus fut atteint par la récurrence d'une tumeur des parties molles, siégeant un peu plus bas que la paupière inférieure.

**B. SINUS FRONTAL.** — La dilatation kystique du sinus frontal peut en imposer pour une tumeur; c'est là ce qui se produit dans notre obser-



vation (p. 805, fig. 215) et dans un cas analogue de Steiner<sup>1</sup>. Il n'est d'ailleurs pas impossible que le mucocèle se combine avec une altération du squelette; Luc<sup>2</sup> a rapporté un fait de mucocèle du sinus frontal avec hyperostose éburnante et disparition du canal naso-frontal; le kyste fut extirpé, l'hyperostose réséquée et la guérison complète.

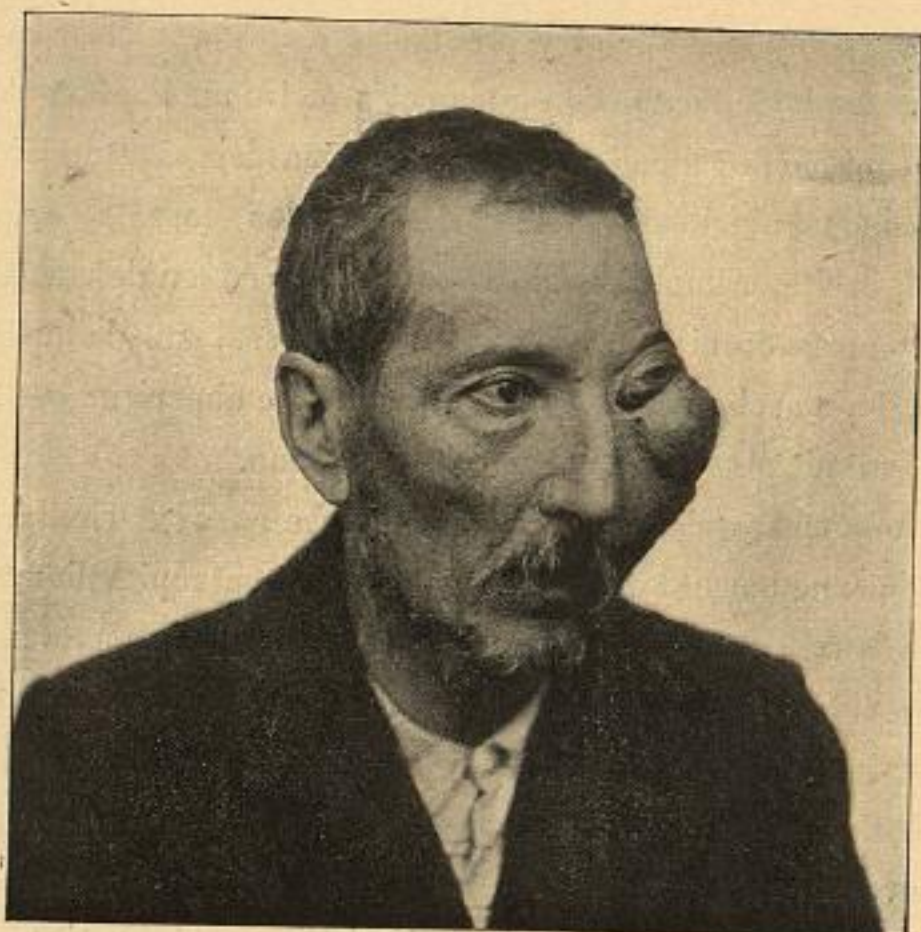


FIG. 218. — Tumeur maligne des parties molles, ayant secondairement envahi le sinus maxillaire.

Les tumeurs bénignes de ce sinus sont surtout les polypes muqueux et les ostéomes; nous n'avons rien à ajouter ici à ce que nous avons dit de ces deux dernières tumeurs; les polypes muqueux, qui sont très rares, distendent la cavité du sinus et proéminent au niveau du sourcil et de la racine du nez; bien souvent ces productions viennent des fosses nasales, d'où elles ont pénétré dans le sinus frontal par l'infundibulum.

<sup>1</sup> STEINER, Deux cas de dilatation kystique des sinus péri-orbitaires. *Annales d'ocul.*, 1897, p. 223, t. CXVIII.

<sup>2</sup> LUC, *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1899, t. I, p. 395.

Ces polypes peuvent, en se développant, détruire le frontal et y produire une ouverture de grandeur suffisante pour recevoir le bout du doigt (Walker)<sup>1</sup>.

Nous avons vu précédemment que le sarcome du sinus frontal est une tumeur très maligne, envahissant de bonne heure l'orbite et englobant l'œil.

C. SINUS SPHÉNOÏDAL. — Les tumeurs du sinus sphénoïdal sont remarquables par la rapidité avec laquelle elles intéressent l'appareil de la vision en comprimant le nerf optique; le diagnostic sera fait par l'exploration rhinologique et l'examen histologique d'un fragment enlevé.

D. CELLULES ETHMOÏDALES. — C'est par l'examen des fosses nasales qu'on fera le diagnostic; toujours lorsque l'orbite sera envahi, les fosses nasales correspondantes seront plus ou moins remplies; d'ailleurs ces tumeurs peuvent être très envahissantes. Pinard a observé un sarcome avec trois prolongements: nasal, frontal, orbitaire, et Sourdille<sup>2</sup> un épithélioma cylindrique qui avait envahi les cavités du crâne et de la face.

Il n'est pas toujours facile, d'ailleurs, même pendant l'opération et à l'examen direct des lésions, de dire dans quel sinus le néoplasme s'est primitivement développé; Ivan Burnett<sup>3</sup> a publié une observation de sarcome ayant envahi à la fois les sinus frontal et ethmoïdal, l'extirpation du néoplasme mit à nu une vaste cavité comprenant le sinus frontal droit, très distendu, et s'étendant à travers la cloison au sinus frontal gauche; en bas la tumeur gagnait l'ethmoïde à travers une ouverture de plus d'un centimètre de diamètre. Le lieu d'origine du mal était incertain.

Nous bornerons là cette étude des tumeurs des sinus; en ce qui concerne la thérapeutique, nous renverrons le lecteur à ce que nous avons

<sup>1</sup> WALKER, Un cas de distension du sinus frontal avec polypes muqueux. *Annales d'oculistique*, 1890, t. CIII, p. 61.

<sup>2</sup> SOURDILLE, Epithélioma développé au niveau des cellules ethmoïdales. *Société anat.*, Paris, mars 1896.

<sup>3</sup> IVAN BURNETT, Sarcome des sinus frontal et ethmoïdal. *Revue de laryngologie de Moure*, 1899, p. 476.



dit du traitement des tumeurs de l'orbite (p. 501 et suiv.). Tout ce qui intéresse l'ophtalmologiste a été exposé à cet endroit ; en dire ici plus long serait faire dans le domaine des rhinologistes une incursion que ne comporte pas la nature de cet ouvrage.

FIN

## TABLE DES MATIÈRES

### LIVRE VI

#### TUMEURS DU NERF OPTIQUE

	Pages.
1. — <i>Historique</i> . . . . .	1
2. — <i>Etiologie</i> . . . . .	3
3. — <i>Anatomie pathologique</i> . . . . .	4
Rapports des tumeurs du nerf optique . . . . .	9
1 <sup>o</sup> Rapports de la papille et de la tumeur . . . . .	9
2 <sup>o</sup> Rapports de la tumeur et de la gaine externe du nerf. . . . .	10
3 <sup>o</sup> Rapports de la tumeur avec la cavité cérébrale. . . . .	15
4 <sup>o</sup> Rapports avec le contenu de l'orbite. . . . .	15
Structure histologique . . . . .	16
Sarcomes et mixo-sarcomes . . . . .	18
Endothéliomes . . . . .	24
Gliomes . . . . .	25
Origine des tumeurs du nerf optique. . . . .	27
§ 4. — <i>Symptomatologie</i> . . . . .	29
1 <sup>o</sup> Exophtalmie. . . . .	29
2 <sup>o</sup> Troubles de la motilité oculaire . . . . .	33
3 <sup>o</sup> Signes fournis par la palpation . . . . .	34
4 <sup>o</sup> Douleurs . . . . .	35
5 <sup>o</sup> Troubles de la vision . . . . .	36
6 <sup>o</sup> Signes ophtalmoscopiques. . . . .	40
7 <sup>o</sup> Troubles orbitaires consécutifs à la compression . . . . .	45
8 <sup>o</sup> Phénomènes cérébraux. . . . .	48
9 <sup>o</sup> Troubles de l'état général . . . . .	49
5. — <i>Marche, Durée, Terminaison</i> . . . . .	51
6. — <i>Diagnostic</i> . . . . .	53