

la nécrose du maxillaire ; la phlébite des sinus veineux crâniens et la méningite suppurée auraient même été observées.

Lorsqu'à la tuméfaction d'une ou de plusieurs parois du sinus maxillaire s'ajoute de la douleur et un écoulement de liquide purulent par les fosses nasales, on doit reconnaître un empyème du sinus. Dans le cas, au contraire, où l'accumulation du pus s'est faite dans la cavité sans déformation apparente et sans écoulement, le diagnostic reste douteux et l'existence d'une carie dentaire, d'une périostite alvéolo-dentaire ou d'un point névralgique du nerf sous-orbitaire pourrait facilement faire méconnaître l'affection. Il n'est même pas possible, en l'absence d'écoulement purulent, de différencier l'abcès de l'antre d'Highmore d'une tumeur solide qui l'aurait déformé, et c'est pour ce motif qu'on est en droit de se demander si, pour éclairer le diagnostic, on ne pourrait point, comme on l'a fait, pratiquer le cathétérisme du sinus par les fosses nasales.

La ponction exploratrice pratiquée dans le point le plus ramolli de la paroi du sinus sera encore le meilleur moyen pour fixer le diagnostic.

Traitement. — La guérison spontanée peut s'obtenir et s'obtient assez souvent lorsque l'abcès s'ouvre dans le point le plus déclive du sinus. Mais dans le cas contraire il reste des trajets fistuleux intarissables et la lésion est entretenue par la stagnation du pus. Aussi vaut-il mieux intervenir dès que le diagnostic est assuré.

Plusieurs procédés ont été employés : le cathétérisme du sinus, manœuvre qu'il est impossible de réaliser sans fracturer la paroi et sans déchirer la muqueuse, à cause de la situation élevée de l'orifice de l'infundibulum. Ce procédé est en outre inférieur à ceux qui ouvrent le sinus dans un point plus déclive.

On peut encore enlever une ou deux molaires, celles qui sont cariées de préférence s'il en existe, la seconde ou la troisième dans le cas contraire, en perforant le fond de l'alvéole si le pus ne s'écoule pas facilement. On peut aussi ouvrir le sinus par sa paroi antérieure, soit immédiatement au-dessous de l'apophyse malaire, soit plus avant dans la fossette canine. Il va de soi que le procédé variera suivant les cas et sera souvent imposé par les circonstances; il est des cas en effet où même l'ouverture palatine pourra être nécessaire; quel que soit le procédé employé, il faut drainer la cavité et y pratiquer des lavages antiseptiques.

C. Fistules. — Les fistules du sinus maxillaire sont consécutives à l'ouverture spontanée, traumatique ou chirurgicale du sinus maxillaire. Elles succèdent à un abcès, à un kyste, à un traumatisme ayant introduit ou non un corps étranger; elles accompagnent un séquestre ou une lésion osseuse quelconque du sinus.

Elles peuvent se produire du côté de la peau ou du côté de la cavité buccale, et leur siège peut varier suivant que l'ouverture du sinus, ou-

verture spontanée, traumatique ou chirurgicale, se sera faite en tel ou tel point.

Les orifices fistuleux, qui peuvent être multiples, ont l'aspect ordinaire, c'est-à-dire qu'ils sont représentés par un petit tubercule rougeâtre, violacé, quand ils sont situés sur la muqueuse. Au centre de ce tubercule se trouve un petit orifice déprimé par lequel sort une petite quantité de pus d'odeur nauséabonde et accompagné de quelques bulles d'air, surtout lorsque le malade éternue ou se mouche.

Un stylet introduit par l'orifice sert à faire constater souvent l'étroitesse du canal; son irrégularité permet d'autres fois d'arriver dans la cavité du sinus où l'extrémité de l'instrument peut jouer librement et constater la présence de corps étrangers, de séquestres, et plus simplement encore de kystes ou d'abcès incomplètement vidés.

Traitement. — Si la fistule est symptomatique d'une lésion osseuse, il faudra traiter cette lésion, enlever le fragment s'il y en a un; si elle est entretenue par la présence d'un corps étranger, il faudra en débarrasser le sinus. Mais si la persistance de la fistule est due simplement à l'étroitesse et à la sinuosité du trajet, ou bien encore à sa situation trop élevée par rapport au plancher du sinus, il faudra dilater la fistule soit au moyen d'instruments mousses, soit au moyen d'instruments tranchants. On pourra même quelquefois être obligé de recourir à l'une des opérations indiquées plus haut à propos de l'abcès du sinus, dans le but d'ouvrir une voie nouvelle aux liquides épanchés et de faciliter leur écoulement. Le drainage et le lavage de la cavité maxillaire sont toujours de règle. Dans le cas de fistules cutanées rebelles on sera autorisé, pour faire disparaître une affection disgracieuse par elle-même, à créer une nouvelle fistule dans le repli gingivo-labial. Cette fistule une fois établie, si la quantité de liquide qui s'écoule dans la bouche devient gênante et compromet la santé du malade, on pourra faire établir un petit obturateur qui permettra au patient de ne plus avaler continuellement du pus, et de vider de temps en temps le sinus de son contenu.

3° LÉSIONS FORMATIVES.

L'antre d'Highmore offre une cavité béante prête à recevoir et abriter les tumeurs développées dans le voisinage. On conçoit facilement que ces dernières, gênées dans leur développement, trouvent là une voie qui se prête facilement à leur expansion. C'est bien en effet ce qui arrive dans la plupart des cas et surtout pour les tumeurs développées dans les fosses nasales. Nous ne nous occupons ici que de celles qui se développent directement dans la cavité du sinus et aux dépens de sa paroi. Les tumeurs qui ont été observées sont des *sarcomes*, des *fibromes*, des *lipomes*, des *enchondromes*, des *ostéomes*, des *kystes*, des *adénomes*, des *épithéliomes* et des *carcinomes*.

Sans refaire ici une histoire particulière à propos de chacune de ces tumeurs, nous nous contenterons de dire, à propos des ostéomes, que les mêmes discussions se sont élevées ici à propos des fosses nasales; que les enchondromes sont rarement purs et plus souvent des ostéo-enchondromes; que les fibromes sont quelquefois très vasculaires; que le lipome est très rare; que le sarcome est la plus fréquente des tumeurs et qu'il peut revêtir ses deux formes, à cellules fusiformes et à cellules rondes, et enfin que la forme ordinaire revêtue par le carcinome est la forme encéphaloïde.

Les tumeurs solides du sinus maxillaire s'accompagnent d'une symptomatologie générale, qui peut être envisagée dans une étude d'ensemble en indiquant cependant des signes distinctifs pour quelques-unes d'entre elles.

Un phénomène constant, c'est l'accroissement progressif des tumeurs solides du sinus, et la déformation caractéristique qu'elles impriment à la face, au nez, à la bouche, à la voûte palatine et à la cavité orbitaire. La rapidité de cet accroissement varie suivant la nature de la tumeur; c'est ainsi qu'il est très lent dans les ostéomes et les lipomes, plus rapide dans les fibromes et les chondromes, et plus rapide encore dans les sarcomes, les épithéliomes et les carcinomes.

Lorsque la période latente de ces tumeurs est franchie, c'est-à-dire lorsque les déformations ont commencé à se montrer, l'attention du chirurgien est attirée par une foule de désordres qui s'accroissent avec les progrès de la maladie. Tantôt c'est la chute successive de plusieurs dents, dont la racine est refoulée par la tumeur; tantôt c'est le nasonnement de la voix, des épistaxis fréquentes, et de l'affaiblissement de l'ouïe dus à l'oblitération d'une fosse nasale et à l'affaissement de la voûte palatine, tantôt aussi c'est du larmoiement et de l'exophtalmie, de la diplopie, etc., dont la pathogénie est facile à comprendre.

Les douleurs sont quelquefois d'une acuité excessive et revêtent souvent le type de la névralgie dentaire; ces douleurs, ordinairement précoces, accompagnent toujours les tumeurs de nature maligne. On remarque aussi dans quelques cas l'anesthésie et la paralysie du mouvement dans certaines régions de la joue correspondant aux zones d'innervation des nerfs comprimés par la tumeur.

Après ce que nous venons de dire et les descriptions que nous avons faites des tumeurs développées dans le voisinage, il est aisé de comprendre que pour reconnaître les tumeurs du sinus maxillaire, il faut d'abord différencier une tumeur solide d'avec une tumeur liquide, et ensuite reconnaître la variété du néoplasme.

Nous avons déjà vu par quels moyens on pouvait arriver à distinguer une tumeur solide d'une tumeur liquide; ce n'est pas toujours facile; il est plus difficile encore, la nature solide ou liquide d'une tumeur étant établie, d'en déterminer la variété dans quelques cas.

Une tumeur de consistance pierreuse sera un ostéome.

Une tumeur dure mais rénitente, élastique, formée de plusieurs lobes, sera un enchondrome. Le fibrome, qui pour la consistance se rapproche de ce dernier, présente cependant une dureté moindre, mais comme lui il peut dans quelques cas se développer rapidement.

Une tumeur qui a une marche rapide et envahissante chez un jeune homme, et qui se complique de cachexie, est presque à coup sûr un sarcome.

Une tumeur qui a la même marche chez un vieillard et qui s'accompagne d'envahissement ganglionnaire, de cachexie et d'ulcération des parties avoisinantes, sera ou un épithélioma ou un carcinome. Pour assurer le diagnostic complet, il sera souvent nécessaire d'enlever un lambeau de la tumeur avec le trocart de Küss, et d'en pratiquer l'examen histologique.

Traitement. — Les tumeurs solides des sinus maxillaires réclament une thérapeutique différente suivant les cas.

L'extirpation est la règle pour toutes les tumeurs devenues incompatibles avec les fonctions locales ou générales.

Les tumeurs bénignes ne gênent que par leur volume et par la compression qu'elles peuvent exercer sur les organes avoisinants. C'est alors seulement que le chirurgien intervient. Il le fera avec la plus grande modération, sacrifiant le moins possible du squelette de la face, puisqu'on n'a pas à craindre de récurrence. Les résections partielles du maxillaire supérieur sont réservées pour ces cas.

Les tumeurs malignes, au contraire, qui menacent l'existence du malade dans une échéance plus ou moins brève, devront être enlevées le plus largement possible en dépassant les limites du mal.

La résection totale du maxillaire supérieur s'impose presque toujours en ce cas, et il ne faudra pas craindre alors d'entamer largement le squelette de la face sans avoir égard aux déformations consécutives.

Kystes et hydropisie du sinus maxillaire. — Il semble qu'on doive aujourd'hui faire une distinction entre les kystes vrais et l'hydropisie du sinus maxillaire.

J'avoue ne pas comprendre l'hydropisie par épanchement de lymphes dans le sinus; mais ce que tout le monde comprendra, c'est l'accumulation du mucus sécrété par les glandules de la face interne de la cavité, lorsque les voies de communication avec les fosses nasales sont obstruées, ou lorsque encore les canalicules excréteurs des glandes sont bouchés. Dans ces conditions on comprend que tantôt le kyste peut être monoloculaire et occuper tout ou la plus grande partie de l'antre d'Highmore, ou encore que chaque glandule isolée puisse devenir un petit kyste, et que par l'ensemble de cet amas de petits kystes il se produise une masse multiloculaire.

Pour que l'obstruction de l'infundibulum qui mène dans le méat

moyen ou l'oblitération des canalicules glandulaires existe, il faut de toute évidence que la muqueuse se soit épaissie, qu'elle soit devenue fongueuse. Le contenu des kystes est un liquide filant, visqueux, analogue à du mucus, d'une transparence plus ou moins parfaite. Sa couleur légèrement jaunâtre devient plus foncée lorsque le liquide contient des hématies ou des débris granuleux d'épithélium. On a remarqué dans ce même liquide une abondance très grande de cristaux de cholestérine. La paroi du kyste est formée par une coque plus ou moins fibreuse dans l'épaisseur de laquelle existent des vaisseaux d'autant plus nombreux, que la muqueuse est moins altérée. La cavité du kyste est tapissée par un épithélium plus ou moins continu.

La cause productrice des kystes du sinus est assez peu connue. On sait seulement qu'ils se développent de préférence chez les jeunes gens. Tout au plus pourrait-on admettre, avec Verneuil, l'influence du travail congestif occasionné par la poussée de la dent de sagesse.

Tant que la cavité du sinus n'est pas remplie et distendue par la production kystique, l'affection qui nous occupe ne se révèle par aucun symptôme; les kystes évoluent sans douleur. Dans une période plus avancée les parois du sinus sont refoulées, nous avons déjà vu qu'elles pouvaient l'être simultanément ou bien isolément. Nous avons vu aussi, à propos des abcès du sinus, que c'était surtout la paroi antérieure qui cédait le plus souvent au niveau de la fosse canine. De là la perception facile d'un point ramolli, dépressible, offrant de la crépitation parcheminée et même de la fluctuation.

On n'observe pas de changement de coloration ni de température de la peau au niveau de la tumeur, et l'on ne voit jamais se produire ni tumeur lacrymale ni larmolement, contrairement à ce qui s'observe dans les tumeurs solides.

Quand la tumeur, de quelque nature qu'elle soit, n'a pas encore aminci la paroi du sinus, il est à peu près impossible de la reconnaître et surtout d'en diagnostiquer la nature. Les tumeurs solides n'amènent jamais la crépitation parcheminée de la coque osseuse, sauf dans le cas où par exemple un néoplasme (sarcome, épithéliome, carcinome) est recouvert à sa surface par un ou plusieurs kystes hématiques.

Aussi dès que l'on aura pu s'assurer de la crépitation parcheminée et à plus forte raison dès qu'on aura pu constater de la fluctuation, il faudra pratiquer une ponction exploratrice qui, par la nature du liquide évacué, permettra de fixer le diagnostic. Les kystes périostiques du maxillaire supérieur, sur lesquels nous reviendrons plus loin, ont pu être confondus avec l'hydropisie du sinus.

Traitement. — Bien que les kystes du sinus ne constituent pas une affection grave par eux-mêmes, il ne faudrait pas attendre pour intervenir qu'ils aient complètement déformé le maxillaire et la face. On ouvre largement le sinus dans le point le plus saillant et le plus dé-

clive, en même temps on déchire la paroi du kyste, et la pointe d'un stylet sera promenée dans toute l'étendue de l'antre, de façon à déchirer les kystes secondaires s'il en existait. Puis, le drainage établi, on se contentera de faire des lavages antiseptiques. Dans le cas d'hémorrhagie rebelle on serait obligé d'avoir recours au tamponnement du sinus.

5° LÉSIONS CHIRURGICALES DES LÈVRES.

A. — Lésions traumatiques.

Les instruments *piquants* ne déterminent que des lésions insignifiantes des lèvres. Quand la piqûre est due à un insecte, elle peut être plus grave par le gonflement local et par les accidents généraux qui peuvent en être la conséquence; j'ai vu une piqûre de la lèvre par un scorpion déterminer un gonflement œdémateux de la lèvre et de la joue, qui prit une gravité assez grande et qui s'accompagna de délire et de coma. On a cité des piqûres des lèvres dues à des serpents corails avec mort rapide.

Les instruments *tranchants* peuvent n'entamer qu'une certaine épaisseur des tissus, auquel cas il suffit d'arrêter l'écoulement du sang et de rapprocher; quand au contraire toute l'épaisseur de la lèvre est sectionnée, les lambeaux s'écartent l'un de l'autre en raison de la contraction isolée des fibres de l'orbiculaire coupé. Les artères coronaires labiales sont relativement considérables et émettent un nombre considérable de petites branches, aussi l'hémorrhagie est-elle toujours abondante.

Les *plaies contuses* peuvent être dues à des chutes, le tissu de la lèvre est alors pris entre le corps dur et le plan résistant des arcades dentaires; des morsures d'animaux ont pu atteindre les lèvres, comme aussi des projectiles, des éclats de pierre, etc. Toujours en ces cas la plaie est le siège d'une attrition plus ou moins grande qui va quelquefois jusqu'à une mortification; les bords de la plaie sont déchirés et irréguliers. Une ecchymose considérable se produit, envahit toute l'épaisseur de la lèvre et se répand jusqu'au-dessous de la muqueuse. Quand les plaies contuses sont dues à un coup de feu tiré dans la bouche pour une tentative de suicide, la lèvre est comme éclatée et déchirée en un nombre variable de lambeaux irréguliers, déchiquetés, noirâtres, infiltrés de sang.

Les contusions simples des lèvres s'accompagnent d'un gonflement, d'une ecchymose en rapport avec la gravité de la contusion.

Traitement. — Quelle que soit la nature de la plaie des lèvres, l'indication est de réunir et d'éviter s'il est possible la suppuration pour se mettre à l'abri des cicatrices vicieuses. Il faut pour cela arrêter l'hémorrhagie par tous les moyens, la compression digitale des coronaires au niveau de la commissure donne souvent les meilleurs résultats; dans le