### IV. — Polypes.

Les polypes développés dans les sinus frontaux, ne sont rien moins que rares. Levret nous en a laissé une observation avérée que nous transcrivons : « En 1725, il mourut à l'hôpital de la Charité, à Paris, un » garçon âgé d'environ dix-sept à dix-huit ans, dont la face était » démesurément élargie, et rendue hideuse par sept tumeurs poly- » peuses distinctes dans les sinus maxillaires et *sourciliers*, dans la » gorge et dans les fosses nasales. Ce jeune homme avait encore une » bosse très-considérable à la racine du nez, et ses yeux étaient pres- » que entièrement hors de l'orbite.

» A l'ouverture de la bosse qui était à la partie inférieure du coro- » nal, sur la racine du nez, on trouva deux polypes d'un volume con- » sidérable, demi-sphériques, aplatis l'un contre l'autre vers la cloison » des sinus qui n'existe plus, à peu près comme le sont deux marrons » d'Inde dans leur enveloppe pulpeuse et hérissée. Chacune de ces » tumeurs était implantée vers l'orifice des sinus par un pédicule très- « étroit. Leur substance avait la couleur et la consistance d'un mor- » ceau de lard rance et uniforme dans toutes les parties, etc. » (*Obs.* » *sur les polypes*, p. 238.)

Dézeimeris en a trouvé un cas dans les archives de l'Académie royale de chirurgie. (Voy. *l'Expérience*, t. I.)

Denonvilliers, dans sa thèse pour le concours d'agrégation en chirurgie (1839), cite l'observation tirée du journal de Rust, d'un énorme polype, né dans le sinus frontal; le chirurgien put, avec une sonde, suivre les trajets de la tumeur dans les points où elle envoyait des prolongements.

La présence de ces tumeurs ne peut être constatée que par la saillie de la paroi antérieure du sinus, par une douleur locale vive, continue; mais ces signes, on le conçoit, sont fort incertains. Ces polypes descendent quelquefois dans les fosses nasales; mais dans ces cas mêmes, il reste toujours à décider si le polype appartient à ces dernières ou s'il se prolonge jusque dans le sinus : or, le diagnostic du point de départ reste à peu près impossible.

Le pronostic en général est grave : ces polypes sont quelquefois incurables ; tel est le cas de Levret. Mais quand leur volume et leur nombre permettent de les traiter, il faut le faire d'après les méthodes que nous avons exposées à l'occasion des polypes des fosses nasales. Nous ajouterons que, si la racine de la tumeur est fibreuse et si le pédicule reste implanté dans la paroi du sinus, il faudrait ruginer ce dernier, pour éviter la reproduction du mal.

On a même dû dans certains cas avoir recours à la perforation des



sinus pour extraire des polypes qui s'y étaient développés. On emploie alors une petite couronne de trépan ou le perforatif.

### V. — Tumeurs osseuses.

Nous avons déjà parlé des tumeurs osseuses qui se développent dans les sinus frontaux lorsque nous avons étudié les exostoses en général (voy. t. II. p. 490, fig. 214). Nous avons dit qu'elles étaient presque toujours éburnées, que cependant on trouvait parfois du tissu spongieux dans leur intérieur. Nous ne reviendrons donc pas sur leur structure ni sur leur mode d'implantation qui ont été suffisamment étudiés.

Nous dirons toutefois qu'à mesure qu'elles se développent, ces tumeurs refoulent les parois du sinus, les érodent et parviennent assez facilement à les détruire ; elles envahissent alors secondairement les régions voisines, telles que les fosses nasales, plus souvent l'orbite et parfois la cavité crânienne.

Leurs symptômes, au début, consistent dans quelques troubles mal définis, tels qu'une sensation de gêne, de pesanteur dans la région, quelquefois des épistaxis ; ce n'est qu'après avoir acquis un certain volume qu'elles deviennent apparentes à l'extérieur : elles se reconnaissent alors assez facilement aux caractères physiques que nous avons énumérés et particulièrement à leur immobilité, leur dureté, leurs bosselures, etc. (voy. t. II, p. 500); toutefois, ces caractères sont ici moins appréciables que dans les fosses nasales par suite de l'épaisseur des téguments qui les recouvrent.

Les phénomènes qu'on observe à mesure qu'elles se développent, varient avec les déformations qu'elle entraînent. Le plus souvent elles apparaissent vers le grand angle de l'œil, à la partie interne et supérieure de l'orbite, on constate alors de l'exophthalmie du même côté, de l'épiphora, de l'œdème des paupières et des troubles plus ou moins graves de la vue, pouvant aller jusqu'à la cécité complète. On a même vu dans certains cas l'exostose refouler complétement le globe oculaire hors de l'orbite (Mackenzie). Si, au contraire, la tumeur vient faire saillie du côté de la joue ou même vers les fosses nasales et la bouche, elle donne lieu alors à des troubles du côté de la respiration, de la mastication et de la phonation. Enfin, si elle s'étend du côté de la cavité crânienne, on observe des symptômes de compression cérébrale.

Les souffrances qu'elles provoquent par suite de la compression sur les nerfs frontaux deviennent souvent très-violentes, tantôt continues, tantôt intermittentes. La violence de ces douleurs est en rapport, soit avec le volume de la tumeur, soit avec la résistance des

parois qu'elle comprime ; quant à leur intermittence elle serait due, comme nous l'avons dit plus haut, aux *poussées* de la tumeur.

Au point de vue du diagnostic, ces douleurs peuvent, pendant un certain temps, donner lieu à une certaine confusion. Tant que l'exostose reste limitée à la cavité du sinus et ne distend pas ses parois, on peut les prendre pour des *névralgies sus-orbitaires*. Leur persistance, malgré les traitements les plus énergiques, sera à peu près le seul moyen de les distinguer.

Lorsque la tumeur est devenue apparente, on pourrait peut être la confondre, soit avec un corps étranger, soit avec une tumeur anévrysmale, soit avec un polype. Son immobilité, l'absence de toute pulsation et sa dureté caractéristique permettront toujours de la distinguer de ces affections.

La confusion serait tout au plus permise dans des cas analogues à ceux qu'a rapportés Bouyer (de Saintes); dans l'un, en même temps que l'exostose, s'étaient développés des polypes muqueux et dans l'autre une tumeur fongueuse qui avait donné lieu à de fréquentes hémorrhagies. Il en serait de même dans les cas où ces tumeurs se compliqueraient d'abcès ; pendant quelque temps l'abcès seul pourrait être reconnu.

La marche de ces productions est lente; toutefois, arrivées à une certaine période, elles s'accroissent rapidement, ce qui rend le pronostic grave : en effet dans cette région plus que dans toute autre on doit craindre le développement de l'exostose vers la cavité crânienne. D'autre part, comme cela eût lieu chez un malade cité par Mackenzie, la compression exercée par la tumeur contre le globe oculaire entraîna l'inflammation, l'ulcération de la cornée, et l'œil se vida complétement.

Il est donc indiqué de recourir de bonne heure à leur extraction. Dans ce but, si la tumeur n'est pas très-volumineuse, on peut se contenter de pratiquer à la peau une incision légèrement convexe, immédiatement au-dessous du sourcil. Si le chirurgien veut se créer une plus large ouverture, il pourra pratiquer deux incisions se rejoignant à angle droit, l'une verticale, un peu en dehors de la ligne médiane du front, l'autre horizontale parallèle au bord supérieur de l'orbite. Ceci fait, on procède à l'ablation de la tumeur et on l'extrait, soit en la saisissant avec de fortes pinces, soit en l'amenant au dehors par un mouvement de levier.



### VI. — Fistules.

Les fistules des sinus frontaux peuvent être consécutives à un traumatisme, à un abcès de la région, succéder à des pertes de substance pratiquées volontairement par le chirurgien soit pour l'ablation d'une tumeur, soit dans le but d'obtenir un lambeau autoplastique, ou se rattacher à une affection générale telle que la syphilis ou la scrofule.

Nous avons parlé des premières à propos des plaies des sinus frontaux, nous n'y reviendrons pas.

Celles qui succèdent à une opération chirurgicale pratiquée sur la région s'observent assez fréquemment, mais elles sont, en général, sans gravité et ne doivent pas être une contre-indication pour le chirurgien. Par exemple, le cancroïde qui se développe au niveau des sinus frontaux peut, dans le cours de son évolution, envahir le périoste et la table osseuse qui recouvrent ces sinus. Si, à ce moment, l'affection est assez circonscrite pour que tout le mal puisse être enlevé à la condition que la table externe soit réséquée, il ne faut pas hésiter à pratiquer cette résection, lors même que la perte de substance qui en résulte devrait laisser à sa suite une large fistule aérienne.

Cette conduite a été suivie avec avantage par M. Péan, même dans les cas où le mal s'était propagé à la racine du nez et avait nécessité l'ablation de l'un des os propres de cet organe.

Certaines fistules peuvent avoir pour cause l'oblitération de l'orifice qui met en communication les fosses nasales avec le sinus frontal; ces fistules sont très-persistantes, le seul moyen d'y remédier est de donner issue aux produits morbides accumulés dans le sinus.

Pour les fistules qui dépendent d'une affection syphilitique ou scrofuleuse, il suffira parfois de joindre au traitement général quelques injections nasales.

Lorsque la fistule ne se rattachera à aucune de ces causes et résistera aux différents moyens employés, il faudra alors aviver ses bords et les réunir ou même les fermer au moyen d'un lambeau autoplastique.

Enfin, si tous les moyens échouent, il faudra recourir à l'autoplastie.

Si la perte de substance est grande, comme celles qui résultent de l'opération chirurgicale dont nous venons de parler, ou comme celles qui sont consécutives aux fractures du crâne par armes à feu, M. Péan prend dans la région voisine un lambeau taillé et appliqué suivant la méthode indienne. Une fois la fistule recouverte par ce lambeau, qu'il a soin de fixer par de nombreux points de sutures à anses métalliques, il s'applique à combler la plaie que le lambeau emprunté a laissée

derrière lui ; dans ce but, il fait dans l'épaisseur des téguments voisins des incisions et des dissections convenablement disposées pour pouvoir mobiliser ces téguments par la méthode française, et les affronter de façon que nulle des surfaces saignantes ne reste à découvert. Ce principe qu'il a souvent appliqué à d'autres régions et en particulier à la base du nez, aux sourcils, aux seins, etc., permet d'obtenir des réunions et des cicatrisations immédiates, sans crainte d'érysipèle, ni de phlegmon, surtout lorsque les pansements sont bien faits et qu'à l'aide de bandelettes enduites de collodion, on empêche les téguments de se rétracter.

## ARTICLE VI

### AFFECTIONS DES SINUS MAXILLAIRES.

Nous étudierons successivement dans ce chapitre : 1° la contusion, les fractures et les plaies; 2° les épanchements de sang; 3° l'inflammation; 4° les abcès; 5° les collections de mucus ou hydropisies; 6° les kystes muqueux; 7° les fistules; 8° la carie et la nécrose; 9° les corps étrangers; 10° les tumeurs solides.

#### I. — Contusion, fractures et plaies.

Il est très-rare que la *contusion* et les *fractures* soient limitées aux sinus maxillaires et même aux parties de la face correspondant à la cavité de ces sinus; elles s'étendent généralement aux parties environnantes. Cependant, Béclard cite un cas dans lequel un bout de parapluie ayant pénétré directement par l'orbite dans le sinus n'avait fracturé que ses parois. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des affections du maxillaire supérieur.

Lorsqu'un instrument piquant ou tranchant entre dans le sinus, sans enfoncer ni faire éclater ses parois, il n'amène ordinairement à sa suite aucun accident, et la guérison ne se fait pas longtemps attendre. Si l'instrument est tranchant ou contondant et qu'en pénétrant dans le sinus il en fracture les parois, des esquilles peuvent se former qui tombent dans sa cavité et y séjournent à la manière de corps étrangers. Il convient d'extraire les esquilles qui ne sont plus adhérentes au périoste, et, pour mieux y parvenir, de pratiquer au besoin une contre-ouverture, suivant le conseil de Boyer.



#### II. — Epanchements de sang.

A. Bérard, dans l'article du *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, donne la relation du fait suivant, qui prouve que des collections sanguines peuvent se faire dans la cavité du sinus, à la suite d'une violence extérieure : A. Bermond (*Bulletin médical de Bordeaux*, novembre 1840) parle d'un malade « qui avait reçu, vingt ans auparavant, un violent coup sur la joue : il présentait la plupart des » symptômes qui appartiennent à l'hydropisie du sinus maxillaire ; on » voyait surtout une tuméfaction considérable de la joue et de la voûte » palatine. Une incision faite dans ce dernier point donna lieu à 1000 » grammes de sang presque liquide. »

Depuis, plusieurs auteurs, Jourdain, Dupuytren, Velpeau et Giraldès, entre autres, ont dit avoir observé dans le sinus maxillaire des épanchements de sang qui devaient être rapportés à la même cause.

D'autres épanchements se forment à la suite d'épistaxis que l'on cherche à arrêter par le tamponnement des fosses nasales. Dans ces conditions, le sang encore liquide, ne trouvant pas d'autre issue, pénètre dans le sinus maxillaire par son ouverture naturelle.

Ces collections sanguines passent souvent inaperçues pendant la vie. Toutefois, lorsqu'elles ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable à la vue et au toucher, Bermond indique, pour les reconnaître, un signe négatif tiré de l'auscultation de la mâchoire et qui consiste dans l'absence du bruit déterminé, à l'état normal, par le passage de l'air dans le sinus. C'est là un signe dont la valeur nous paraît discutable et qui d'ailleurs ne prouverait pas que l'épanchement fût sanguin plutôt que de toute autre nature.

Il en est de cet épanchement comme de l'hydropisie, il ne peut être reconnu que lorsqu'il a acquis un volume assez grand pour dépasser les limites de la capacité du sinus, et alors il donne lieu aux mêmes symptômes (voy. *Hydropisie*). C'est ainsi que dans un cas rapporté par Dupuytren, une collection sanguine était devenue assez considérable pour former une tumeur à la face et déterminer une exophthalmie. Parfois aussi la présence du sang dans le sinus peut amener consécutivement l'inflammation de la muqueuse et donne lieu alors à tous les signes de l'abcès.

C'est avec les tumeurs myéloplaxiques que l'on confondrait le plus facilement les tumeurs sanguines enkystées dans le sinus. Il est même à présumer qu'il s'agissait réellement de ces tumeurs dans la plupart des observations qui ont été publiées sous cette désignation. C'est surtout avec les myéloplaxomes qui contiennent du sang enkysté et qui naissent au niveau des parois des sinus, que cette erreur serait facile