Nosogr. chirurg., 1812, t. II, p. 150.—Desault, *Œuvr. chirurg.* par X. Bichat, 3e édit., 1813, t. II, p. 501.—A. Petit-Radel, *Consid. sur les polypes des fosses nasales, etc.* Paris, 1815.—Delpech, *Précis des malad. rép. chirurg.*, 1816, t. III, p. 381, 385. — Monfalcon, *Dict.* en 60 vol. (*Polypes des fosses nasales*), 1820, t. XLIV, p. 194. — Boyer, *Traité des malad. chirurg.*, 1822, t. VI, p. 95. — Sabatier, *Médecine opératoire*, 1824, t. III, p. 280.— S. Cooper, *Dict. de chirurg.* (trad. de la 5e édit.), 1826, 2e part., p. 342. — Gerdy, *Des polypes et de leur traitement*, thèse de concours, 1838. — A Bérard, *Dict.* en 30 vol., 1840, t. XXI, p. 93. — Velpeau, *Nouv. mode de traitement des polypes fibreux du pharynx et des fosses nasales*, in *Bull. de thérap.*, 1847, t. XXXIII, p. 34. —Nélaton, *Élém. de path. chirurg.*, 1847, t. II, p. 672.—Gosselin, *Du trait. chir. des polypes des fosses nasales et du pharynx*, thèse concours, 1850.— Botrel, *D'une opér. nouv. dirigée contre les polyp. nas. pharyng.*, th. de Paris, 1850. —Robin, *Note sur quelques hyp. glandulaires, etc.*, in *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 46.—Denonvilliers et Gosselin, *Comp. de chirurg.*, 1852-61, t. III, p. 58 et suiv.—Vauthier, *De la résect. de la voûte palatine, etc.*, 1854, thèse de Paris, n° 130.—D'Ornellas, *Anat. path. et trait. des polypes fibreux, etc.*, thèse de Paris, 1854, n° 156.—Ferrier, *De l'opér. nouv. prat. par M. Nélaton, etc.*, thèse de Paris, 1855, n° 87.—Brevet, *Des polypes naso-pharyng.*, thèse de Paris, 1855, n° 177. — Beuf, *Des polypes fibreux de la base du crâne*, thèse de Paris, 1857. — E. Desprez, *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens*, thèse de Paris, 1857.—Fouilloux, *De l'incision du voile du palais, etc.*, thèse de Paris, 1858, n° 251.— Verneuil, *Documents sur l'incis. méd. du voile du palais, etc.*, in *Gaz. hebd.*, 1860, p. 38. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathol. ext.*, 1861, 5e éd. Fano, t. III, p. 452.— Robin-Massé, *Des polypes naso-pharyngiens au point de vue du traitement*, thèse de Paris, 1864.

Art. III. — Affections du sinus maxillaire.

I. Lésions traumatiques et corps étrangers du sinus maxillaire.

Si un instrument piquant ou tranchant a traversé les parties molles de la face et pénétré dans le sinus maxillaire, ces plaies guérissent aussi bien que des plaies simples ; mais si le sinus a été brisé par un instrument contondant, il y a quelques indications spéciales ; il faut relever les fragments osseux afin de diminuer la difformité autant que possible; si les esquilles sont détachées du périoste, il faut les extraire.

A la suite de contusions violentes du sinus maxillaire, peut-être pourrait-on y rencontrer un épanchement sanguin. A. Bérard rapporte d'après M. Bermond, de Bordeaux (1), que vingt ans après un coup violent sur la face, une incision fut faite sur une tumeur de la joue occupant la région correspondant au sinus maxillaire, on trouva 1000 grammes de *sang* parfaitement liquide. Ce sang provenait-il réellement de l'intérieur du sinus? on est en droit de se demander s'il n'a pas été le résultat d'une hémorrhagie produite par la lésion d'un vaisseau ouvert par l'incision (Leclerc).

(1) Bermond, *Bull. méd. de Bordeaux*, novembre 1840.

Quelquefois la plaie du sinus maxillaire est compliquée de la présence d'un corps étranger. Bordenave rapporte un fait dans lequel un clou chassé par une arme à feu avait pénétré la tête la première dans le sinus maxillaire et entretenait une fistule.

Sur une tête destinée à une préparation anatomique, Desprès a trouvé une balle dans un des sinus maxillaires, ce corps étranger existait sans doute depuis longtemps dans cette cavité, puisque la paroi antérieure du sinus n'offrait rien qui pût faire soupçonner la présence de ce projectile. Ces corps étrangers sont généralement accompagnés de fistules.

Quelquefois le sinus maxillaire renferme des esquilles, des portions d'os nécrosés, plus rarement des calculs, ou des corps peu volumineux qui ont pénétré par l'orifice du sinus; on y a rencontré des vers intestinaux.

Ces corps étrangers passent quelquefois inaperçus, souvent aussi ils déterminent l'inflammation et la suppuration de la membrane muqueuse du sinus, et parfois donnent lieu à une fistule qui ne peut être tarie que par leur extraction.

II. Inflammation du sinus maxillaire. — Abcès.

Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer sur les cadavres la muqueuse du sinus maxillaire plus ou moins injectée, épaissie et comme infiltrée d'une matière gélatiniforme. Cet état, qui ne se manifeste par aucun symptôme, pourrait bien être un premier degré de l'inflammation du sinus. Nous n'insisterons pas sur cette affection qui passe inaperçue, à moins qu'elle ne prenne une plus grande intensité.

Mais on observe encore une autre forme d'inflammation qui se présente avec des caractères plus aigus ; celle-ci succède aux inflammations développées dans le voisinage et est déterminée par la carie des os, d'une dent, du bord alvéolaire ; quelquefois elle reconnaît pour cause une violence extérieure, la présence d'un corps étranger ; enfin on l'a vue succéder à un coryza très-aigu ; parfois elle est consécutive aux abcès de la joue, de l'orbite (Saint-Yves), ou des gencives qui se sont frayé un passage à travers la paroi du sinus.

Symptômes. — Les malades ressentent une douleur sourde, profonde, souvent très-intense, qui a son siége à la joue : ils la comparent à une douleur de dents ; mais la souffrance dure plus longtemps, se propage dans les fosses nasales, dans l'orbite et les sinus frontaux. Lorsque la suppuration est établie, il s'écoule par la narine, principalement dans les grandes expirations, un pus extrêmement fétide. Cet écoulement, favorisé par l'inclinaison de la tête, peut être complet ou incomplet ; dans ce dernier cas, le pus se décompose dans le sinus et exhale une odeur infecte (*Ozène du sinus maxillaire*). Quelquefois le pus perfore une des parois du sinus et produit une fistule par laquelle

il s'écoule. Enfin, si la suppuration séjourne dans le sinus, elle peut en distendre les parois, comme dans les cas d'accumulation de mucosités.

Traitement. — Quand on a constaté la présence du pus, il faut lui ouvrir une issue : on doit extraire les dents ébranlées et perforer l'alvéole. S'il n'y a pas de dents malades, Boyer conseille d'enlever la deuxième ou la troisième molaire, de percer l'alvéole ; cette ouverture permet au pus de s'écouler et donne la possibilité de faire des injections détersives. Dans les cas où il y aurait impossibilité d'ouvrir la bouche, et dans ceux où l'alvéole serait trop dure, on devrait recourir au procédé de Lamorier, modifié par Desault : il consiste à perforer la fosse canine à sa partie inférieure.

Le chirurgien s'attachera en outre à détruire les causes de l'abcès ; s'il existe une fistule dont l'orifice est sur la joue, on la transformera, comme le conseille Bérard, en fistule buccale ; dans ces cas, la fistule cutanée, ne donnant plus passage au pus, se cicatrise rapidement.

III. Fistules du sinus maxillaire.

Les fistules du sinus maxillaire sont de deux sortes : les unes s'ouvrent dans la cavité buccale, les autres sur la joue. Les fistules buccales offrent une variété bien distincte, qui consiste en une perforation de l'alvéole consécutive à l'avulsion d'une dent.

Les fistules sont le plus souvent causées par la persistance de l'ouverture par laquelle s'est vidé un abcès ; elles peuvent succéder encore à une plaie du sinus, à la présence d'un séquestre, d'un corps étranger, à une opération pratiquée pour pénétrer dans le sinus afin d'évacuer le liquide qui y est contenu ou extirper une tumeur.

Symptômes. — Cette affection est caractérisée par les symptômes suivants : il s'écoule par la narine, et dans la bouche par l'orifice fistuleux, une certaine quantité de pus plus ou moins fétide ; lorsque le malade se mouche ou qu'il fait un grand effort d'expiration, l'air passe par une ouverture anormale ; si l'on introduit un stylet par l'orifice fistuleux, on sent qu'il pénètre dans une cavité spacieuse.

Abandonnées à elles-mêmes, quelques-unes de ces fistules finissent par disparaître et guérir ; d'autres persistent indéfiniment. En général, les fistules dont l'ouverture est située dans un point déclive guérissent beaucoup plus facilement que celles qui sont situées à la partie supérieure du sinus, ou que celles dont l'orifice est trop large.

Traitement. — Les fistules du sinus maxillaire doivent être le plus souvent abandonnées à la nature. Le rôle du chirurgien se trouve borné à une simple surveillance ; cependant, si l'orifice fistuleux siégeait à la partie supérieure du sinus, on pourrait établir une contre-ouverture à la partie inférieure afin de hâter la guérison ; les corps

étrangers, les esquilles, les parties nécrosées seraient extraits. Si enfin la perte de substance était trop considérable pour que la guérison pût être obtenue, on boucherait l'orifice fistuleux avec un petit morceau d'éponge ou une petite boule de cire afin d'obvier à l'inconvénient, léger au reste, qui résulterait de l'introduction de l'air froid ou des aliments dans la cavité du sinus.

S'il existait une fistule cutanée, celle-ci serait convertie en une fistule buccale et l'on obtiendrait, du moins, la guérison de la plaie des téguments si on ne pouvait obtenir celle de la fistule (A. Bérard).

IV. Hydropisie du sinus maxillaire. — Kystes muqueux du sinus maxillaire.

On désigne sous le nom générique d'hydropisie du sinus maxillaire, toute collection de liquide accumulé dans le sinus ; cette dénomination est impropre, car elle s'applique au moins à deux affections distinctes, telles que les collections de liquide proprement dites et les kystes. Ces affections ne sont pas encore complétement connues ; aussi, à l'exemple des auteurs, les réunirons-nous dans le même paragraphe.

La pathogénie des kystes du sinus maxillaire a été parfaitement étudiée dans ces derniers temps par M. Giraldès. Cependant malgré l'exactitude de ses descriptions, il ne nous est pas possible de séparer l'histoire de cette affection de celle de l'hydropisie ; en effet, d'après M. Giraldès, les symptômes seraient les mêmes, et la maladie décrite par les auteurs sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire ne serait autre chose que l'affection kystique sur laquelle il appelle l'attention. Nous aurons donc à exposer ici l'histoire de deux affections peut-être identiques, savoir : 1° *l'hydropisie du sinus maxillaire ;* 2° *les kystes muqueux.*

1° *Hydropisie du sinus maxillaire.* — L'accumulation de mucus est attribuée à un obstacle apporté à l'écoulement de ce liquide par les narines ; il serait encore causé par l'inflammation de la membrane muqueuse ; la carie d'une ou de plusieurs dents qui, traversant le bord alvéolaire, pénètrent dans le sinus ; par l'implantation vicieuse d'une dent (A. Dubois, Blasius) ; enfin cette maladie se développe sans causes connues. A. Bérard pensait que la consistance trop grande des mucosités, ne leur permettant pas de sortir, amenait l'accumulation du liquide.

2° *Kystes.* — Les kystes muqueux du sinus maxillaire sont produits par la dilatation des glandes folliculaires de la membrane muqueuse. M. Giraldès en admet deux espèces, signalées déjà par Béraud : les uns, *kystes miliaires*, formés par la dilatation de la partie périphérique du canal excréteur ; les autres, *plus volumineux*, constitués par la dilatation de tout le corps folliculaire. Les tumeurs de la première espèce ne sont probablement que le premier degré de celles de la se-

conde; elles ont le volume d'un grain de millet ou à peu près; elles sont remplies d'une matière filante transparente.

Celles de la seconde espèce ont un volume qui varie de celui d'un gros pois à celui d'un œuf de pigeon, souvent multiples, elles renferment un liquide quelquefois transparent, quelquefois jaunâtre, visqueux, épais; leur centre contient ordinairement une matière concrète; on y trouve des cristaux de cholestérine. Les kystes sont tantôt groupés dans un point du sinus, quelquefois on les trouve disséminés sur toute la paroi de cette cavité; leur surface est parfois sillonnée par des vaisseaux capillaires, autour d'eux la muqueuse du sinus est souvent fongueuse.

Symptomatologie. — Au début, aucun symptôme n'annonce l'existence de ces deux affections. Bientôt le liquide distend les parois du sinus, la paroi antérieure la plus faible cède la première : une tumeur dure, sans changement de couleur à la peau, apparaît sur la joue au niveau de la fosse canine, elle proémine en haut au-dessous de l'orbite, en bas derrière la lèvre supérieure. Peu à peu la tumeur devient plus molle, à la pression elle fait entendre un petit bruit analogue à celui qu'on perçoit en froissant un morceau de parchemin : il est produit par la lame antérieure du sinus amincie, qui cède à la pression et reprend sa place en vertu de son élasticité. La voûte palatine est quelquefois intacte, d'autres fois déviée, amincie; alors on peut sentir le flot de liquide qui va de la joue à l'intérieur de la bouche.

Cependant ces affections marchent avec lenteur et ne causent généralement aucune douleur. Malgré cette évolution spéciale, leur diagnostic est souvent difficile et doit être éclairé par une ponction exploratrice.

Traitement. — Il faut vider le sinus et l'empêcher de se remplir. On a proposé d'arracher une dent et d'ouvrir le fond de l'alvéole. Boyer conseille de faire sur la portion gingivale, au-dessus du bord alvéolaire, une incision courbe à concavité tournée en haut. On enlève avec le bistouri ou des ciseaux la lèvre supérieure de l'incision, et l'on obtient une large ouverture par laquelle s'écoule un liquide visqueux, épais, transparent, quelquefois un peu jaunâtre. On place de la charpie dans l'ouverture, on renouvelle le pansement chaque jour; bientôt la tumeur s'affaisse et il reste derrière la lèvre une fistule qui ne permet pas une nouvelle accumulation de liquide; quelquefois la fistule se bouche et la maladie ne se reproduit pas. Dans quelques circonstances, la muqueuse du sinus s'enflamme, suppure; on a recours alors au traitement des abcès.

Si la maladie est due à des tumeurs kystiques, M. Giraldès propose d'ouvrir largement le sinus et d'enlever complétement toutes les tumeurs qu'il renferme.

V. Polypes du sinus maxillaire.

Les polypes du sinus maxillaire ont la plus grande analogie avec les polypes des fosses nasales. Souvent le sinus maxillaire se trouve rempli par ces derniers qui pénètrent par l'orifice du sinus, augmentent de volume dans cette cavité, et ne peuvent en être extraits sans briser la paroi externe des fosses nasales.

Rarement les polypes se développent dans le sinus maxillaire lui-même. Ils sont de même nature que les polypes des fosses nasales.

Symptômes.—Au début, il est presque impossible de les reconnaître: une douleur sourde et profonde, des épistaxis et un écoulement purulent et fétide par la fosse nasale correspondante sont les seuls signes qui puissent les faire soupçonner; mais l'augmentation de volume trahit bientôt leur présence en dilatant le sinus maxillaire dans tous les sens ou bien en agissant sur une seule des parois. Si le polype soulève la voûte orbitaire, l'œil est saillant; s'il comprime le canal nasal, il y a épiphora (Desault, Dupuytren); s'il remplit la fosse nasale, il y a gêne de la respiration; s'ils proéminent en avant, ou en bas, on rencontre une tumeur à la fosse canine, une saillie sur la face inférieure de la voûte palatine. Enfin le polype peut quelquefois s'échapper, soit par l'ouverture normale du sinus, soit par l'alvéole d'une dent arrachée. Dans un cas, un polype avait perforé la voûte palatine et rempli la bouche en écartant les deux maxillaires supérieurs (obs. de Canolle) (1).

Le *diagnostic* est fort difficile au début, cette affection peut être confondue avec une collection de pus ou de liquide, ou un kyste du sinus maxillaire. Quand le polype est développé, on peut très-facilement le confondre avec un cancer du maxillaire supérieur.

Le *pronostic* est fort grave à cause des déformations que l'accroissement de la tumeur détermine. Les polypes muqueux sont à la fois les plus fréquents et les moins graves de tous. Les polypes fibreux sont au contraire fort rares, la plupart des observateurs ont décrit sous ce nom de véritables cancers.

Traitement. — La première chose à faire pour le *traitement* de ces polypes est d'ouvrir assez le sinus maxillaire pour agir librement : il faut agrandir l'orifice qui lui donne passage et l'attaquer par *l'arrachement, la ligature, l'excision.* Ce dernier procédé est préférable et plus facile.

Toutes ces méthodes ont l'inconvénient de laisser une partie de la base du polype, et de ne pouvoir être que très-difficilement appliquées, à cause de l'étroit espace dans lequel il faut manœuvrer; à la

(1) *Recueil périodique de la Soc. de méd.*, t. II, p. 179.

vérité, on peut cautériser la base du polype, mais il est bien préférable d'enlever la paroi du sinus sur laquelle s'insère le polype, surtout s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse.

On trouve dans les *Archives générales de médecine*, 1852, 4e série, t. XXVIII, p. 72, une observation fort curieuse de White Cooper; il y est question d'une femme de vingt-cinq ans chez laquelle il y eut un *aplatissement graduel de la joue*. Cette altération se montra spontanément et suivit sa marche sans causer la moindre douleur ; le doigt reconnaissait une dépression correspondant au sinus maxillaire sans aucun signe de perte de substance osseuse. On ne possède qu'une seule observation de cette singulière affection, désignée sous le nom d'*affaissement spontané du sinus maxillaire*.

Bibliographie. — Fauchard, *Le chirurgien dentiste*, 1728. — Runge, *Diss. de morb. præcip. sinuum ossis frontis et maxillæ superioris, etc.*, in-4°, Rintellii, 1750, et *Collect. des thèses chirurg. de Haller*, vol. I, n° 11. — Bordenave, *Précis d'obs. sur les malad. du sinus maxillaire*, in *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, 1768, t. IV, p. 329. — *Suite d'obs. sur les malad. du sinus maxillaire*, in *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, 1774, t. V, p. 225. — Garengot, *Obs. sur les malad. du sinus maxillaire*, in *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, 1774, t. V, p. 259. — Jourdain, *Traité des mal. de la bouche*, 1778, t. I, p. 107. — Deschamps fils, *Dissert. sur les malad. des fosses nasales et de leurs sinus*, thèse de Paris, 1804 (an XII). — J. Dutil, *Dissert. sur quelques malad. du sinus maxillaire*. Paris, 1804 (an XII). — Richerand, *Nosogr. chirurg.*, 1812, t. II, p. 161. — Delpech, *Précis des malad. réputées chirurg.*, 1816, t. III, p. 387. — Patissier, *Dict.* en 60 vol. (*Mal. du sinus maxillaire*), 1821, t. LI, p. 376. — J. Cloquet, *Traité d'osphrésiologie*, 2e édition, 1821, p. 713 et suiv. — Boyer, *Traité des malad. chirurg.*, 1822, t. VI, p. 137. — S. Cooper, *Dict. de chirurg.* (trad. de la 5e édit.), 1826, 2e part., p. 407. — Gensoul, *Lettres chirurg. sur quelques malad. graves du sinus maxillaire*, 1833. — Lombard, *De quelques malad. du sinus maxillaire*, thèse de Montpellier, 1836, n° 90. — A. Bérard, *Dict.* en 30 vol. (*sinus maxill.*), 1844, t. XXVIII, p. 346. — Sardaillon, *Des malad. du sinus maxill.*, thèse d'agrég., 1844. — Nélaton, *Elém. de pathol. chirurg.*, 1847, t. II, p. 686. — Leclerc (J.-A.), *Malad. du sinus maxillaire*, thèse de Paris, 1849. — Denonvilliers et Gosselin, *Comp. de chirurg.*, 1851-62, t. III, p. 103. — Giraldès, *Des malad. du sinus maxill.*, thèse de concours, 1851. — *Des kystes muqueux du sinus maxill.*, in *Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1853, t. III, p. 479. — Béraud, *Des kystes muqueux du sinus maxill.* (*Soc. de biologie*, 3 mai 1851), et *Gaz. méd.*, 1851, p. 45. — Giraldès, *Rech. sur les kystes muqueux du sinus maxill.* Paris, 1860, 2e édit. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathol. ext.*, 1861, 5e édit. par Fano, t. III, p. 477 et suiv.

Art. IV. — Affections des sinus frontaux.

Les sinus frontaux sont exposés au même genre d'affection que les sinus maxillaires, aussi n'aurions-nous que peu de choses à dire si le

voisinage du cerveau ne provoquait quelques symptômes spéciaux sur lesquels il est bon d'appeler l'attention.

I. Lésions traumatiques des sinus frontaux.

Les blessures des sinus frontaux par les instruments piquants, tranchants ou par les armes de guerre, par les armes contondantes, et surtout par les projectiles lancés par les armes à feu, présentent des particularités qui nous obligent à insister sur leur lésion.

Les sinus offrent parfois une capacité assez grande pour loger des corps étrangers volumineux, comme des balles et autres projectiles. On en a vu y résider pendant fort longtemps, et finir par tomber dans les fosses nasales.

L'enfoncement de la table externe des sinus par un corps contondant est un accident assez commun chez les individus qui ont ces cavités fort développées.

Cet enfoncement des sinus frontaux peut en imposer un moment pour une fracture du crâne avec saillie des os à l'intérieur. Il est même des cas dans lesquels on a pris pour des battements du cerveau les mouvements imprimés par l'air à la membrane pituitaire (Boyer)? Quelques auteurs célèbres ont commis cette méprise, et ont cru à une suppuration du cerveau alors que la membrane pituitaire était seule affectée. Mais un peu d'attention suffit bientôt pour éviter cette erreur.

Un phénomène qui accompagne très-souvent la lésion des sinus frontaux, c'est la déchirure de la membrane pituitaire, l'épanchement de sang dans le sinus (Larrey), dans l'orbite, etc., le passage de l'air des fosses nasales dans le tissu cellulaire ambiant, et un emphysème plus ou moins étendu du front, des paupières, etc.

« Relever les pièces d'os enfoncées dans le sinus frontal, extraire celles qui sont détachées par les projectiles, les projectiles eux-mêmes qui peuvent y être logés, comprimer légèrement pour mettre obstacle au passage de l'air, employer les résolutifs et les antiphlogistiques : tel est le traitement à employer dans la lésion des sinus frontaux, lésion qui n'est point grave par elle-même, et qui pourrait ne le devenir que par le voisinage du cerveau ou laisser à sa suite une fistule aérienne, par la déperdition de substance éprouvée à la paroi antérieure de cette cavité, maladie, du reste, plutôt incommode que dangereuse. » (Dupuytren.)

II. Corps étrangers des sinus frontaux.

Nous avons déjà dit quelques mots des projectiles restés dans le sinus; il nous reste à mentionner les diverses espèces d'insectes ou de vers qui ont été trouvés dans la cavité du sinus. La présence de ces animaux détermine une sensation habituelle de fourmillement, des douleurs plus ou moins vives, qui parfois, sont assez intenses pour provoquer du délire. Le nez est le siége d'un écoulement muqueux,

sanguinolent, quelquefois très-fétide; tous ces accidents cessent par la sortie de l'insecte.

On a conseillé les sternutatoires, les injections émollientes, huileuses, salées, pour provoquer l'expulsion des vers, les injections d'eau dans laquelle on fait dissoudre une faible proportion de sublimé, l'ouverture même du sinus par une couronne de trépan.

Les observations de calculs des sinus frontaux sont fort rares, il nous suffit de les mentionner.

III. Inflammation. — Abcès des sinus frontaux.

L'inflammation de la membrane muqueuse des sinus frontaux est le plus souvent accompagnée d'inflammation des fosses nasales; elle ne présente aucun caractère particulier lorsqu'elle se termine par résolution ou lorsque le pus s'écoule par l'ouverture normale du sinus; il n'en est plus de même quand l'ouverture de communication est fermée, et que le pus s'accumule dans le sinus.

Ces abcès des sinus frontaux sont quelquefois limités à un seul côté; plus souvent ils occupent la ligne médiane, alors les deux sinus communiquent par une perforation de la cloison.

Au début, le malade éprouve une douleur frontale, quelquefois très-vive, qui s'exaspère lorsqu'il se mouche ou qu'il éternue; plus tard le sinus se dilate, il existe du gonflement à la région sourcilière. Le doigt, appliqué dans ce point, sent une tumeur qui offre la résistance d'un os, mais peu à peu la lamelle osseuse s'amincit, on peut la déprimer et on entend un bruit de parchemin sec semblable à celui que nous avons indiqué en décrivant le cancer des os; plus tard on constate une perforation et le pus s'accumule sous la peau du front ou de la paupière. Dans un certain nombre de cas on a vu l'ouverture spontanée se faire dans la fosse nasale; dans d'autres, la paroi supérieure est refoulée et même perforée par le pus, on observe des accidents des plus sérieux dus à la compression du cerveau, et à l'épanchement purulent dans la cavité crânienne.

Le *traitement* de ces abcès est subordonné à la marche de la maladie; le pus s'est-il ouvert un passage dans les fosses nasales, il faut attendre; fait-il saillie au front et à la paupière, s'il existe une perforation des os, il faut ouvrir l'abcès, s'il n'existe pas de perforation et si les symptômes ne présentent pas une grande intensité, on attendra; dans le cas contraire, et surtout s'il y avait des symptômes du côté de l'encéphale, on perforerait la paroi antérieure du sinus ou sa paroi inférieure (Riberi) (1), en faisant une incision vers le point le plus élevé du grand angle de l'œil, en ménageant, bien entendu, le sac lacrymal et le tendon de l'orbiculaire.

(1) *Journ. de chirurg.* de Malgaigne, janvier 1845.

IV. Polypes des sinus frontaux.

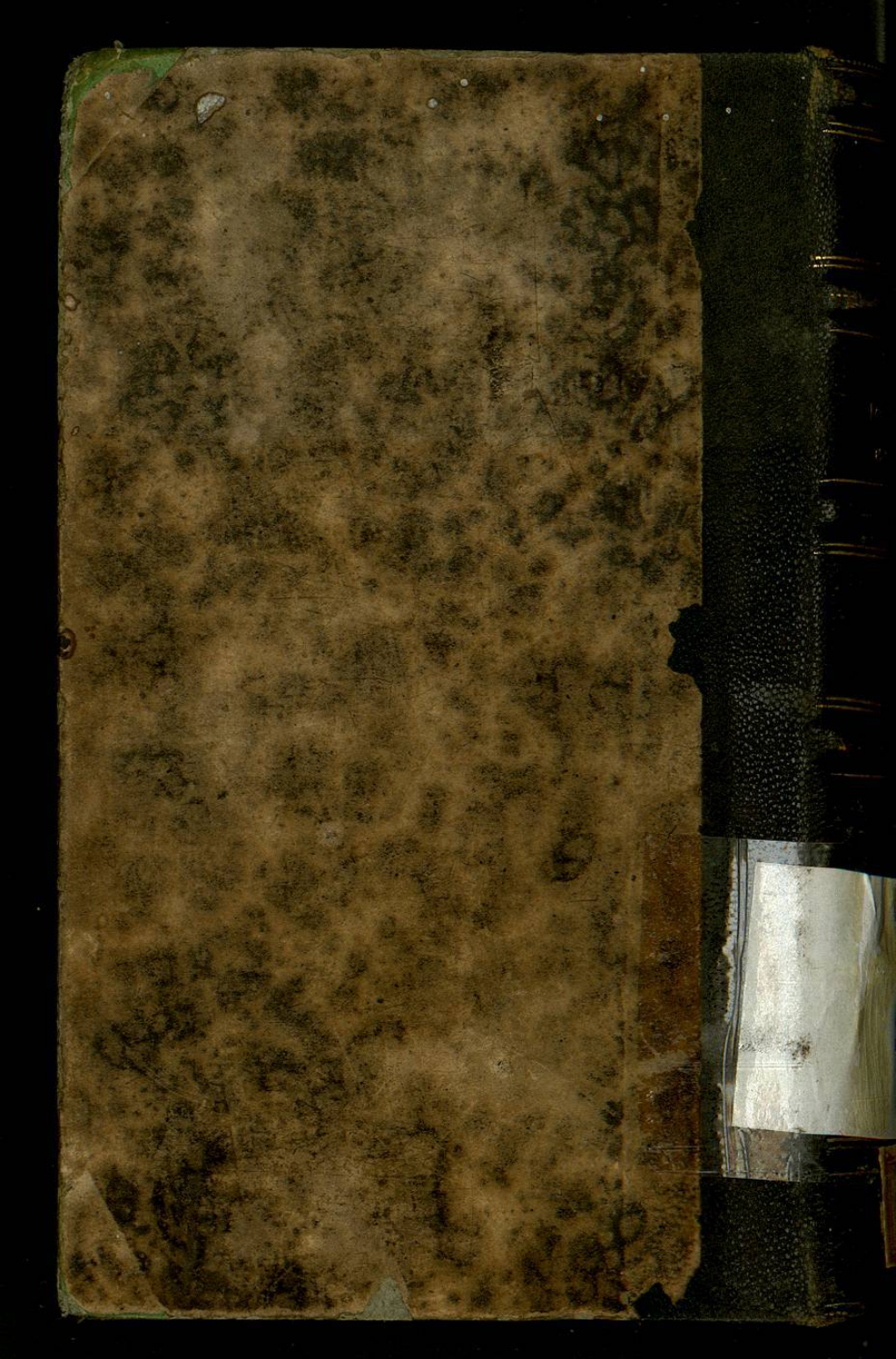
Nous n'avons que peu de chose à dire de particulier sur les polypes des sinus frontaux; le voisinage de la cavité crânienne, par conséquent leur action sur le cerveau, leur donne un caractère de gravité tout spécial sur lequel nous appelons l'attention. Leur origine, leur mode de développement et leur traitement sont les mêmes que ceux des polypes des fosses nasales et du sinus maxillaire.

V. Kystes hydatiques des sinus frontaux.

Les kystes et les hydatides des sinus frontaux sont extrêmement rares, d'un diagnostic difficile, et déterminent des accidents analogues aux mêmes affections du sinus maxillaire; leur traitement consiste dans leur extraction par la paroi antérieure du sinus préalablement perforée.

Bibliographie. — Tulpius, *Obs. medicæ*, 1652, lib. I, cap. xxxii, p. 401.— Littre et Malouet, *Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1708, p. 42. — Nicolaï, *Decas observ. illust. anat.* Strasbourg, 1725, p. 13-15.— Malouet, *Hist. de l'Acad. roy. des sciences de Paris*, 1735, p. 25. — Lieutaud, *Hist. de l'Acad. roy. des sciences de Paris*, 1735, p. 18. — Langguth, *Prog. de sinus frontalis vulnere, etc.*, in-4°., Wittemb., 1748.— Levret, *Obs. sur la cure des polypes, etc.* Paris, 1749. — Runge, *Dissertat. de morbis præcip. sin. ossis frontis, etc.*, in-4°, Rintellii, 1750, et *Collect. des thèses chirurg. de Haller*, vol. I, n° 11.— Welge, *Diss. de morb. sinuum frontalium.* Gotting., 1786. — Deschamps, *Tr. des malad. des fosses nasales, etc.* Paris, 1804. — Richerand, *Nosogr. chirurg.*, 1812, t. II, p. 167. — Patissier, *Dict.* en 60 vol., 1821, t. LI, p. 389 (Sinus).—J. Cloquet, *Traité d'osphrésiologie*, 2e édit., 1821, p. 707 et suiv. — Boyer, *Tr. des malad. chirurg.*, 1822, t. VI, p. 172.—G. Brun, *Diss. de hydrope cystico sinuum frontalium.* Berolini, 1829. — Maréchal fils, *Compte rendu des trav. de la Soc. des sc. méd. de la Moselle*, par Scoutetten, et analyse in *Arch. gén. de méd.*, 1830, 1re série, t. XXIV, p. 570.—Dezeimeris, *Malad. des sinus front.*, in *l'Expérience*, 1839, t. IV, p. 401. — Dupuytren, *Leç. de clin. chirurg.*, 2e édit., 1839, t. VI, p. 190.—A. Bérard, *Dict.* en 30 vol. (*Sinus frontaux*), 1844, t. XXVIII, p. 372.— Nélaton, *Elém. de pathol. chirurg.*, 1847, t. II, p. 681. — Denonvilliers et Gosselin, *Comp. de chirurg.*, 1852-61, t. III, p. 96.—Demarquay, *Traité des tum. de l'orbite*, 1860, p. 81.—Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 5e édit. par Fano, 1861, t. III, p. 470.

FIN DU TOME PREMIER.

E. 29. 77.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.