

Les polypes du sinus maxillaire / Clodomir Dubois.

Contributors

Dubois, Clodomir.

Publication/Creation

Lille : Vve Masson, 1905.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/c27y5pnk>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

3
1
Rodomir DUBOIS

interne p^r des hôpitaux

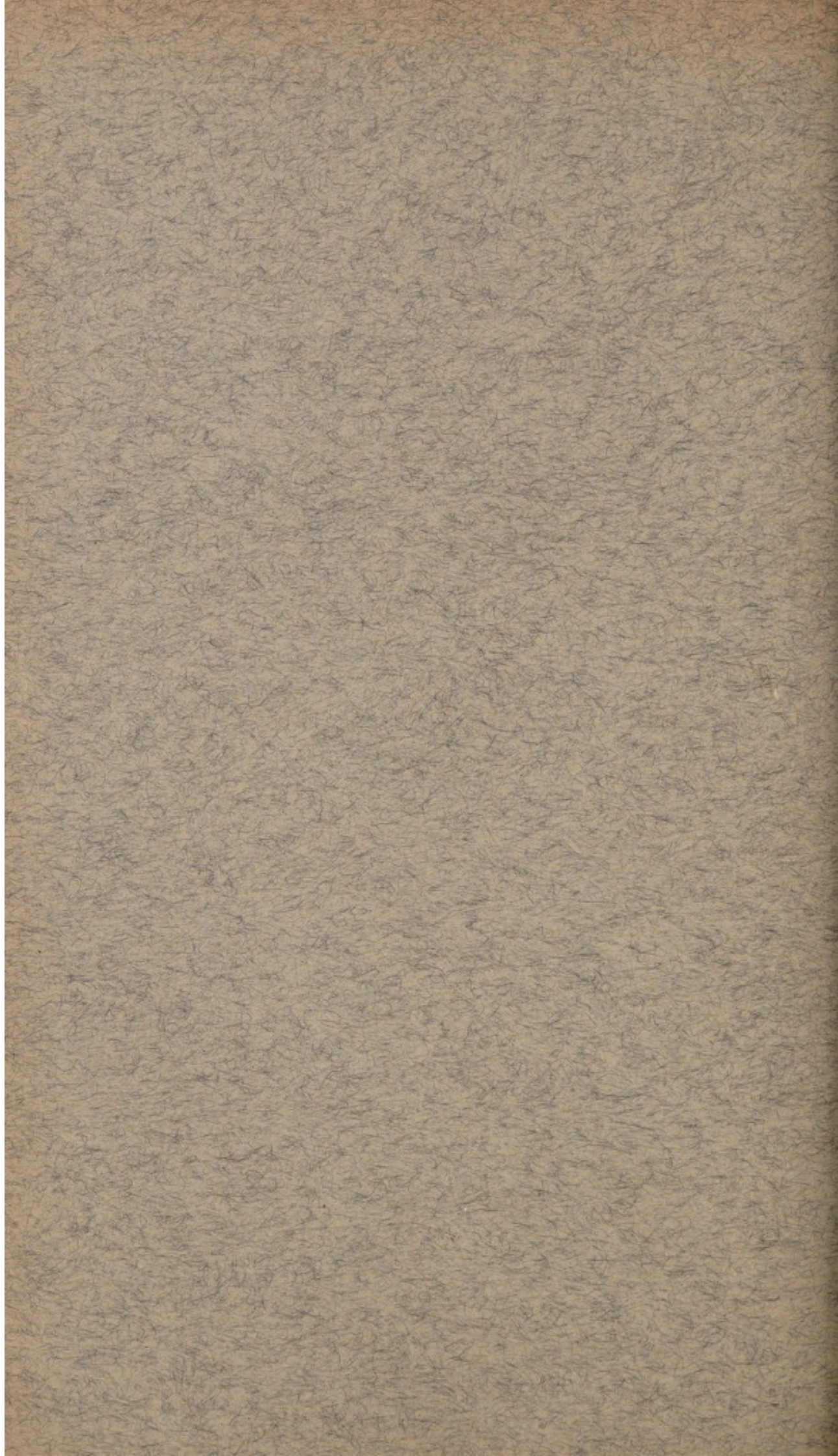
LES POLYPES
DU
SINUS MAXILLAIRE



LILLE

V^e MASSON, EDITEUR, 40, RUE FAIDHERBE

—
1905



Edmond DUBOIS

Interne p^r des hôpitaux

L^r Cl Dubois

*207 rue du Collège
Roubaix.*

LES POLYPES

DU


SINUS MAXILLAIRE



LILLE

V^o MASSON, ÉDITEUR, 40, RUE FAIDHERBE

—
1905



Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30607097>

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR FOLET

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Sauveur
Doyen honoraire de la Faculté
Chevalier de la Légion d'honneur

(1904)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIÈRE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chargé du cours de clinique médicale infantile

(1904)

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBAR

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité
Chevalier de la Légion d'honneur

(1904)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMOINE

Professeur de clinique médicale à l'hôpital Saint-Sauveur
Officier de l'Instruction publique

(1903)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARMEIL

Professeur de clinique de dermato-syphiligraphie

(1902)

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHOCAS

Ancien Professeur agrégé à la Faculté
Professeur de clinique chirurgicale à Athènes

(1902)

A TOUS MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé comme interne dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Folet, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de fibromyxome du sinus maxillaire. Vu la rareté du cas et le peu de travaux parus sur ce sujet, étant donné l'impossibilité de séparer d'une façon absolue les fibromes des myxomes, nous avons résolu d'étudier le développement de ces tumeurs dans le sinus maxillaire et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention de faire sur ce sujet une étude complète et définitive, mais nous essaierons, par l'examen des observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, de mettre au point une question peu étudiée jusqu'à ce jour.

Nous avons pris comme titre de notre thèse celui de « Polypes du sinus maxillaire » ; nous ne désignons par là que les tumeurs fibromateuses ou myxomateuses, qu'elles soient pédiculées ou non, à l'exclusion de toutes les autres tumeurs.

L'historique de la question fournit la matière d'un premier chapitre. Puis viendront quelques mots sur

l'étiologie et la pathogénie de ces polypes. Dans un autre chapitre, nous étudierons l'anatomie du sinus maxillaire, puis l'anatomie pathologique, et, après elle, la symptomatologie et le diagnostic. Ensuite nous dirons quelques mots du pronostic, et, dans un dernier chapitre, nous étudierons le traitement.

Enfin pour terminer nous donnerons, à la suite de nos observations inédites, les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Mais auparavant, sur le point de quitter l'hôpital et la Faculté, nous tenons à témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui pendant le cours de nos études nous ont prodigué leurs conseils. Nos remerciements iront plus particulièrement à ceux que nous avons eu l'occasion d'approcher de plus près.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Folet qui nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse après nous en avoir donné l'idée ; nous n'oublierons jamais les quelques mois d'internat passés auprès de lui ; pendant ce temps nous avons pu apprécier sa bienveillance et son enseignement aussi agréable que pratique. Il nous a été permis de faire sous sa direction quelques interventions et de mettre en pratique nos notions chirurgicales théoriques ; qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

Pendant le séjour que nous avons fait comme interne au pavillon de la diphthérie, M. le professeur Carrière nous a initié à l'étude si ingrate de la clinique infantile. Il nous a enseigné l'art d'examiner

un enfant ; qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement précieux qu'il nous a donné.

M. le professeur Dubar nous a donné les premières notions de clinique chirurgicale pendant que nous étions stagiaire ; nous avons été heureux de revenir auprès de lui comme interne à la Maison de Santé ; nous n'oublierons jamais les enseignements si pratiques de ce clinicien méthodique et précis, de ce chirurgien prudent et consciencieux. Nous le remercions ici pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

M. le professeur Lemoine a guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine ; pendant l'année que nous avons passée ensuite comme externe dans son service, nous avons retiré de ses causeries au lit du malade des connaissances pratiques de clinique et de thérapeutique médicales. Nous le remercions bien sincèrement pour les conseils qu'il nous a prodigués pour notre instruction de futur praticien.

Pendant le semestre que nous avons passé dans le service des maladies cutanées et syphilitiques, M. le professeur Charmeil nous a appris à reconnaître ces affections ; nous l'en remercions sincèrement.

Que M. le professeur Phocas soit assuré de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné pendant le temps que nous avons passé comme externe dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Saint-Sauveur.

M. le professeur Gaudier a bien voulu nous donner une observation inédite que nous publions dans ce travail. Nous le remercions pour cette marque d'intérêt qu'il a ajoutée à celles qu'il nous avait déjà données.

Nous remercions M. le professeur-doyen Combe-
male pour la bienveillance qu'il nous a toujours
montrée et comme chef de service à la Maison de
Santé et comme Doyen de la Faculté.

Nos remerciements iront aussi à MM. les docteurs
Gallois, Tavernier, Bertin, Vandeputte, J. Colle,
chefs de clinique, qui nous ont prodigué leurs
conseils en de nombreuses occasions.

Que MM. les docteurs Jouvenel, Breton, Druc-
bert, chefs des conférences d'Internat, reçoivent nos
remerciements cordiaux pour l'amitié et l'aide qu'ils
nous ont prodigués pendant si longtemps.

HISTORIQUE

Pendant longtemps, les tumeurs du sinus maxillaire sont restées méconnues et confondues avec celles des fosses nasales. Il faut en effet remonter jusqu'au milieu du XVII^e siècle pour trouver les premières observations de maladies du sinus maxillaire. C'est seulement depuis que NATHANIEL HIGHMORE, en 1651, a fait connaître la disposition du sinus maxillaire qu'on a étudié les maladies de cette cavité. Lui-même avait fourni quelques renseignements sur sa pathologie. Après lui, Jean SCULTET et RUYSCH publièrent quelques observations, mais sans s'y arrêter longuement. Plus tard, en 1748, BORDENAVE présenta à l'Académie royale de chirurgie un mémoire remarquable sur les maladies du sinus maxillaire dans lequel il distingue nettement les tumeurs propres du sinus de celles qui, nées en dehors, envoient des prolongements dans sa cavité. Mais c'est surtout, d'une part, à l'impulsion donnée à l'anatomie pathologique et, d'autre

part, aux progrès de la médecine opératoire que nous devons une connaissance plus approfondie des maladies de l'antre d'HIGHMORE.

DESAULT (1), le premier, ouvre l'antre d'HIGHMORE et donne le conseil de perforer sa paroi antérieure pour extraire plus facilement la tumeur qu'il contient. Puis DUPUYTREN, LISARS et GENSOUL commencent à peu près au même moment à enlever en totalité ou en partie le maxillaire supérieur.

SHAUGHNESSY (2), cité par STANLEY, en 1845, appelle l'attention sur les tumeurs fibreuses du sinus, qu'il dit être fréquentes aux Indes où elles acquièrent selon lui un volume considérable.

Puis, en 1849, LECLER, dans sa thèse sur les maladies du sinus maxillaire, appelle aussi l'attention sur les tumeurs fibreuses de l'antre d'Highmore.

Deux ans plus tard, en 1851, GIRALDÈS, dans sa thèse de concours pour le professorat, jette un grand jour sur la question des maladies du sinus; mais ses observations incomplètes sans aucun détail anatomo-pathologique ne lui permettent pas d'établir une division bien nette des tumeurs solides, et il appelle polypes tous les néoplasmes sinusiens.

LUSCHKA (3), en 1855, dans ses recherches sur la muqueuse du sinus, est le premier à distinguer les polypes muqueux des autres tumeurs devant nécessiter une intervention chirurgicale quelconque. Il

(1) *Œuvres chirurgicales de Desault*, par BICHAT, Paris, 1708, t. II.

(2) SHAUGHNESSY, cité par STANLEY, in *LANCET*, 1845, p. 45.

(3) WIRCHOW'S. *Archiv.*, 1855, vol. VIII, p. 419.

dit que, parfois, on rencontre dans ces sinus de véritables petits polypes, qu'il attribue à l'hyper-trophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

En 1868, FOURDRIGNIER, dans sa thèse inaugurale, présente un travail important sur les tumeurs des sinus. Après les avoir divisées en deux classes :

1° Celles qui ont pris naissance dans les tissus voisins ;

2° Celles qui naissent directement des membranes du sinus ou de ses parois.

Il élimine les premières pour limiter son étude aux secondes qu'il divise en :

Pseudoplasmes homoeomorphes	{	Tumeurs fibreuses (fibromes) ;
		Tumeurs osseuses (ostéomes) ;
		Tumeurs cartilagineuses (enchondromes) ;
		Tumeurs graisseuses (lipomes).
Pseudoplasmes hétéromorphes	{	Tumeurs épithéliales (épithéliomes) ;
		Tumeurs fibro-plastiques (plasmomes) ;
		Tumeurs cancéreuses (carcinomes).

Comme on le voit, il ne parle pas des myxomes. Mais, d'après la description qu'il donne des polypes fibreux, il semble qu'il a rangé dans cette catégorie de tumeurs à la fois les fibromes et les myxomes.

Dans sa thèse inaugurale sur « les polypes muqueux du sinus maxillaire, » SOULÈS, en 1878, précise ce qu'on doit entendre par polypes muqueux, à savoir non une tumeur gélatiniforme et colloïde, mais bien un myxome, c'est-à-dire, une tumeur formée de tissu muqueux, de ce tissu qui constitue, chez

l'embryon, l'une des premières phases du tissu fibreux.

Si l'on s'en rapportait seulement au petit nombre des travaux parus sur les polypes du sinus maxillaire, on pourrait croire que ces tumeurs sont extrêmement rares, mais HEYMANN, en 1892, publia dans les archives de WIRCHOW le résultat des recherches qu'il a faites systématiquement sur 250 cadavres, et au cours desquelles il trouva 14 cas de myxomes. Il semblerait donc, d'après cela, que ces tumeurs sont assez fréquentes, et ce fait paraît être en contradiction avec les renseignements que donne la littérature médicale. Mais nous verrons que cette contradiction n'est qu'apparente, et que, si les polypes du sinus maxillaire sont fréquents pour l'anatomiste qui les recherche de parti-pris, ils sont au contraire, extrêmement rares dans la pratique médicale, et le clinicien n'a que rarement l'occasion d'en observer.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des polypes du sinus maxillaire est d'autant plus difficile à établir qu'ils constituent une affection rarement observée, au point que VIDAL (de Cassis) a pu dire, dans son *Traité de Pathologie externe* : « Aucun auteur n'omet l'article concernant les polypes du sinus maxillaire, surtout parce que les prédécesseurs les ont admis ; et cependant les chirurgiens qui ont le plus longuement parlé de ces affections morbides seraient bien en peine de produire une seule observation bien détaillée, bien authentique et établissant la preuve irréfragable de l'existence d'un polype du sinus maxillaire. »

Cet auteur est vraiment trop exclusif, mais nous n'en devons pas moins nous rappeler que c'est une affection rare, du moins pour le clinicien.

Des anatomistes, il est vrai, comme LUSCHKA, ZUCKERKANDL, HEYMANN, ont fait des recherches dont les résultats sembleraient prouver que les polypes de l'antre d'Highmore constituent une affection fréquente, mais cependant, cliniquement, on a

rarement eu l'occasion de les observer, et les cas trouvés dans la littérature médicale sont encore trop peu nombreux pour pouvoir établir d'une façon définitive l'étiologie de cette affection.

Ces tumeurs se rencontrent chez les individus des deux sexes ; on a quelquefois cru remarquer que ces polypes survenaient plus souvent à l'âge adulte, mais O' SHAUGHNESSY dit en avoir observé de nombreux cas aux Indes, et d'après lui ces tumeurs y seraient beaucoup plus fréquentes qu'en Europe ; tous les cas qu'il aurait constatés auraient été observés sur des sujets jeunes et auraient présenté une évolution plus rapide que chez nous. Il est donc permis de supposer qu'il avait affaire à des tumeurs d'une nature différente de celles que nous étudions.

On a quelquefois incriminé l'évolution antérieure d'une maladie infectieuse, un trouble profond de la nutrition, le froid, l'humidité.

Dans plusieurs des observations que nous avons recueillies, nous avons pu constater que l'apparition des symptômes avait été plusieurs fois précédée d'un traumatisme au niveau de la pommette. Sans vouloir établir une relation absolue de cause à effet entre le traumatisme et le développement de la tumeur, nous ne pouvons nous empêcher de relever cette coïncidence.

Les observations de polypes du sinus maxillaire sont encore trop peu nombreuses pour permettre de fixer d'une façon définitive l'étiologie des polypes de l'antre, mais, vu l'identité de structure des deux

muqueuses antrale et nasale, il semble qu'on pourrait conclure de l'une à l'autre. Si nous consultons les traités classiques, nous voyons que si les polypes des fosses nasales sont beaucoup plus fréquents que ceux du sinus, on sait néanmoins peu de chose sur leur étiologie.

ANATOMIE

Avant d'entreprendre la description des polypes du sinus maxillaire, nous allons étudier cette cavité, les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins ; ces notions nous seront, en effet, nécessaires pour comprendre l'apparition de certains symptômes, ainsi que pour l'étude du diagnostic et du traitement chirurgical.

Les os maxillaires supérieurs constituent la partie principale du squelette de la face ; leur forme, leur volume contribuent à donner à la physionomie les traits divers qui caractérisent les différents peuples et impriment à la physionomie des individus ces variétés nombreuses qu'on rencontre dans la même famille, à différentes époques de la vie, chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. Ces modifications, qu'on observe aux différentes époques, proviennent surtout des transformations par lesquelles passe l'os maxillaire supérieur avant d'arriver à son entier développement. (GIRALDÈS.)

A la naissance, le maxillaire supérieur est à peine

développé ; il est constitué par un tissu spongieux dont les mailles sont refoulées plus tard, pour loger une dépendance de la muqueuse nasale. La presque totalité de l'os maxillaire est alors occupée par une grande cavité, le sinus maxillaire.

Le sinus maxillaire, encore appelé antre d'Highmore, n'a pas été, comme on pourrait le croire, découvert par cet anatomiste, mais c'est lui qui, le premier, en a donné une description exacte et a publié des observations de maladies dont il est quelquefois le siège. A l'âge adulte, le sinus maxillaire a la forme d'une pyramide quadrangulaire, occupant presque la totalité de l'os maxillaire supérieur et creusée dans cette partie du maxillaire qui est indépendante des os incisifs. Comme toute pyramide quadrangulaire le sinus présente donc à étudier une base et quatre faces ou parois.

La *base* de cette pyramide correspond aux fosses nasales.

Dans son ensemble elle présente une légère convexité, tournée vers la cavité sinusienne, notamment dans sa partie inférieure qui correspond au méat inférieur. A sa partie supérieure, elle présente un orifice qui fait communiquer l'antre d'HIGHMORE avec la cavité des fosses nasales. Cet orifice est situé immédiatement au-dessous du plancher de l'orbite, au niveau de l'angle formé par la réunion de ce plancher avec la paroi nasale, à 11 millimètres environ de l'angle antérieur du sinus et à 19 millimètres de son angle postérieur. Il est assez grand,

sur un maxillaire isolé, pour permettre le passage de la première phalange du pouce; sa forme est ovalaire ou triangulaire à angles arrondis, mais lorsque le maxillaire a gardé ses rapports avec les os voisins, la forme de l'orifice est modifiée, car l'ethmoïde, le palatin, le cornet inférieur et l'unguis empiètent sur son contour et diminuent d'autant ses dimensions qui ne mesurent plus que 3 à 19 millimètres en longueur et 3 à 6 millimètres en largeur. Du côté des fosses nasales, cette ouverture est placée à la partie supérieure du méat moyen, recouverte par le cornet correspondant, et se termine dans une dépression commune aux sinus ethmoïdaux et frontaux. Cette paroi, vers son centre, dans une étendue de 1 centimètre carré environ, se réduit à une simple lame membraneuse formée par l'adossement immédiat des muqueuses nasale et antrale, A ce niveau, l'amincissement de la paroi va quelquefois jusqu'à la perforation. Quand cette perforation existe, c'est-à-dire dans 10 % des cas environ, l'orifice a des dimensions variables qui excèdent souvent celles de l'orifice normal. Il répond, d'une part à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du sinus, et d'autre part, à la partie moyenne et inférieure du méat moyen.

La paroi supérieure ou orbitaire est une lame assez mince, qui tout à la fois recouvre le sinus et forme la plus grande partie du plancher de l'orbite, elle est un peu inclinée en bas et en avant et légère-

ment convexe du côté du sinus. Dans son épaisseur se trouve le canal sous-orbitaire, qui fait relief dans la cavité, surtout vers la partie antérieure.

La paroi postérieure ou *tubérositaire* est constituée par une lame osseuse peu épaisse, mais qui est cependant plus résistante que la paroi supérieure. A la réunion de son bord interne avec le palatin, se trouve le canal palatin supérieur.

Cette paroi est parcourue par plusieurs petits canaux osseux qui s'avancent obliquement dans son épaisseur, pour se distribuer aux racines des dents molaires. Ces petits canaux livrent passage à des artérioles, dont quelques-unes vont quelquefois jusqu'aux racines des dents canine et incisives.

La paroi inférieure ou *jugale* est formée par une lame poreuse, surtout dans la jeunesse, percée d'une quantité considérable de petits trous bien visibles à l'œil nu; cette lame repose sur l'apophyse palatine et l'arcade alvéolaire; elle est traversée, d'arrière en avant, par une gouttière creusée dans l'os lui-même, gouttière qui, d'un côté, fait suite à un des canaux osseux cheminant dans la paroi postérieure (conduit dentaire postérieur et supérieur) et, de l'autre, vient se terminer à l'angle antérieur du sinus par un trou situé au-dessus des premières molaires. De cette gouttière, et à son point de départ, s'en détache une autre, plus petite, qui se dirige en dedans et se termine également par un trou qui est situé au niveau des dernières molaires et conduit à leurs racines. L'artère qui remplit le canal osseux est une

branche de l'artère maxillaire interne ; pendant son trajet à travers le sinus, elle donne de nombreuses artérioles très fines à la muqueuse et au périoste.

La *paroi antérieure* ou *canine*, qui correspond à la fosse canine, est la plus accessible à l'exploration comme aux instruments ; aussi, est-ce sur elle qu'on a le plus souvent tenté les opérations chirurgicales dans les affections du sinus maxillaire ; il est donc nécessaire d'avoir une idée nette sur sa situation.

Cette paroi est concave et légèrement inclinée en bas. Il importe de remarquer que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, la fosse canine ne répond pas à la dent canine ; au-dessus de cette dent, on voit, en effet, une voussure produite par sa longue racine. La fosse canine ne répond pas davantage au muscle canin qui ne s'insère pas dans la fosse elle-même, mais à la partie inférieure de celle-ci. En réalité, la fosse canine et, par conséquent, la paroi antérieure de l'antre répond aux deux premières molaires. Cette cloison présente, à sa partie moyenne, une minceur assez grande, dans un espace de 1 centimètre carré environ. Cette minceur nous rend compte de la tendance qu'ont, en général, les tumeurs du sinus à se développer en avant, comme dans notre observation.

Du côté du sinus, cette face est divisée en deux par le relief osseux que fait le canal sous-orbitaire dirigé d'arrière en avant, un peu de dehors en dedans et de haut en bas. De ce canal, alors qu'il fait encore partie de la face supérieure, part le canal dentaire

antérieur qui conduit, à travers l'os, des artères et des nerfs aux dents incisives et canine.

A l'extérieur, immédiatement au-dessus de la fosse canine, on trouve le trou sous-orbitaire au sortir duquel s'épanouit le nerf de ce nom.

Le *sommet* du sinus, placé tout à fait en dehors, est la portion la plus épaisse des parois qui circonscrivent l'antre d'Highmore; il offre, à l'extérieur, des saillies et des anfractuosités très marquées, sur lesquelles vient s'articuler l'os malaire.

Les cloisons qui limitent l'antre d'Highmore ne sont pas des parois unies. Constamment, on voit les parois voisines s'unir par des travées osseuses falci-formes. Ces travées, d'un développement variable, ayant été, dans deux cas, jusqu'à un cloisonnement complet, occupent de préférence certaines régions; en particulier, on en voit presque toujours quelques-unes, jetées de la paroi orbitaire à la base de la pyramide et plus souvent encore, on en trouve qui cloisonnent transversalement la gouttière inférieure qui résulte de l'union des faces nasale et jugale du sinus. Souvent aussi, dans cette même gouttière, on voit la muqueuse soulevée par de petits mamelons qui représentent, tantôt le toit des alvéoles des molaires sous-jacentes proéminent dans le sinus et tantôt l'apex même de leurs racines simplement recouvert de son périoste. Ce fait s'observe surtout au niveau de la deuxième prémolaire et, plus souvent encore, au niveau de la première grosse molaire. Cette donnée anatomique nous explique pourquoi,

dans certains cas, une tumeur intrasinusienne se manifeste d'abord par des troubles dentaires.

Passons maintenant en revue les organes importants avec lesquels le sinus maxillaire entre en rapport. Nous trouvons :

1° En bas : la voûte palatine et les alvéoles dentaires avec les vaisseaux et les nerfs qui s'y distribuent.

2° En haut : le nerf sous-orbitaire et le globe de l'œil en avant, le nerf optique en arrière.

3° En avant : les rameaux nombreux du nerf sous-orbitaire et les muscles géniens.

4° En arrière : la fosse pterygo-maxillaire, dans laquelle vient se ramifier l'artère maxillaire interne.

5° En dehors : l'os malaire.

6° En dedans : les fosses nasales et le canal nasal.

En résumé, le sinus maxillaire est en rapport avec les organes de la vision, de l'olfaction et de la mastication.

Muqueuse. — Les parois de l'antra d'Highmore sont tapissées par une muqueuse qui n'est qu'un diverticule de la pituitaire. Comme nous venons de le voir, en effet, le sinus maxillaire correspond directement avec la cavité des fosses nasales par un et quelquefois même, par deux orifices. C'est par cet orifice que la pituitaire, modifiée seulement dans son épaisseur, envoie dans le sinus maxillaire un prolongement destiné à tapisser toute la surface de cette cavité.

La muqueuse du sinus maxillaire a une teinte

d'un gris rosé uniforme, laissant transparaître la teinte jaune de l'os. Sur toute sa surface, on peut, en se servant de la loupe, observer un semis serré d'orifices glandulaires qui lui donnent un aspect criblé. Toutefois, cet aspect criblé est beaucoup moins net que dans certaines régions de la pituitaire proprement dite.

La muqueuse est assez molle sur le cadavre, mais cette mollesse est surtout la conséquence de la macération cadavérique, car, sur le vivant, la muqueuse saine supporte facilement sans saigner le contact des instruments mousses.

Histologiquement, la muqueuse est bien distincte du périoste, mais ces deux membranes, muqueuse et périoste, sont intimement unies au point que si, après ouverture de l'antre d'Highmore, on tire légèrement, avec des pinces, sur la membrane qui le revêt, on parvient à la décoller de l'os ; mais si on regarde attentivement après macération, on constate qu'elle est formée de deux membranes distinctes : le périoste et la muqueuse proprement dite qui s'enlève alors d'elle-même par lambeaux. C'est cette adhérence de la muqueuse proprement dite avec le périoste qui a fait donner à la muqueuse du sinus maxillaire le nom de muqueuse périostée ou fibro-muqueuse.

La *muqueuse proprement dite* est une membrane très mince, transparente et très peu résistante, qui revêt les caractères d'un épithélium stratifié cylindrique à cils vibratiles. Elle présente un chorion

formé par des faisceaux de fibrilles conjonctives, par des fibres élastiques et par des cellules (cellules fixes et cellules migratrices) ; les intervalles entre les faisceaux de fibrilles sont remplis par une substance amorphe et transparente, substance conjonctive n'ayant pas subi la fibrillation.

Dans l'épaisseur de ce chorion, on trouve de nombreux vaisseaux sanguins, et c'est là qu'on trouve aussi les terminaisons nerveuses.

La face superficielle de ce chorion présente une limite bien définie sur laquelle reposent les cellules épithéliales disposées en couches relativement peu nombreuses : les couches profondes étant formées d'éléments arrondis ou polyédriques par pression réciproque, les couches superficielles sont formées par des cellules à cils vibratiles.

La face superficielle du chorion, avons-nous dit, présente une limite bien définie, mais à mesure qu'on va de sa superficie vers sa profondeur, le feutrage est moins dense et ses éléments se continuent insensiblement avec les éléments de même nature qui constituent le tissu cellulaire sous-jacent.

Ce tissu cellulaire sous-jacent forme une couche assez épaisse réunissant la muqueuse et le périoste.

C'est aux dépens de ce tissu cellulaire que se développent les tumeurs qui font l'objet de ce travail.

Périoste. — Le périoste est plus épais que la muqueuse. Il adhère, en général, assez peu au tissu sous-jacent ; toutefois, en certains points, au niveau des vaisseaux et des nerfs, l'os envoie de

petits prolongements qui pénètrent dans le périoste, il en résulte en ces points une adhérence plus marquée.

Nous avons signalé, en étudiant les os, l'existence, sur les parois des sinus, de gouttières renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces gouttières sont recouvertes par le périoste qui les transforme ainsi en canaux complets. Cette disposition nous explique comment le moindre gonflement de la muqueuse peut amener des compressions nerveuses, se traduisant par de l'odontalgie, malgré la parfaite intégrité des dents.

La muqueuse du sinus renferme des glandes, qui sont surtout très nombreuses sur la paroi nasale, où elles peuvent donner naissance aux kystes muqueux décrits par GIRALDÈS.

Vaisseaux. — *Artères.* — La circulation artérielle des sinus est encore mal connue. Elle est en grande partie sous la dépendance des vaisseaux de la paroi externe des fosses nasales. De plus, nous savons que le sinus maxillaire reçoit des rameaux alvéolaires pour sa paroi jugale et des rameaux sous-orbitaires pour son toit.

Veines. — Le sang veineux provenant des sinus suit plusieurs voies. Parmi les relations des veines du sinus maxillaire avec la circulation veineuse intra-crânienne, les plus importantes sont celles qu'elles affectent avec l'ophtalmique et les plexus de la fosse ptérygo-maxillaire qui expliquent la propagation possible aux vaisseaux encéphaliques, d'une phlébite primitivement antrale.

Nerfs. — Les nerfs qui innervent les parois du sinus maxillaire sont des rameaux fournis par la seconde branche du nerf trijumeau.

Physiologie. — Quelles sont les fonctions de l'antre d'Highmore ? Bien qu'il soit tapissé par un diverticule de la muqueuse nasale, Tillaux ne pense pas que le sinus maxillaire joue un rôle dans l'olfaction, et voici ce qu'il dit, dans sa thèse inaugurale, sur le rôle du sinus maxillaire :

« Il existe à la naissance et dans les premières années de la vie un équilibre parfait entre le crâne et la face. Cet équilibre va nécessairement être rompu, puisque la face se développera relativement beaucoup plus que le crâne. Une seule condition pourra empêcher cette rupture, c'est qu'il y ait augmentation de volume, sans augmentation de poids. La nature arrive à ce résultat en creusant les os qui constituent la face. Dans les premières années, la proportion entre le volume du crâne et celui de la face varie peu, le sinus maxillaire subit un faible agrandissement. Plus tard, à la puberté surtout, la proportion varie, d'une manière notable, au profit de la face, qui prend une grande extension dans le sens vertical ; alors apparaît le sinus frontal.

» Pendant la période de l'âge adulte, les rapports entre les deux parties de la tête changent peu ; aussi voyons-nous les sinus ne subir que des modifications insensibles.

» Dans la vieillesse, les os du crâne, tout en s'épaississant ordinairement, perdent de leur poids ;

ils se creusent de vacuoles, le diploé augmente ; il se fait une sorte de raréfaction ; le crâne diminuant de poids, la face doit perdre aussi du sien pour maintenir l'équilibre, et les sinus acquièrent chez le vieillard leur plus haut degré de développement. Nous pensons donc que les sinus de la face sont intimement liés à son développement. Ils sont destinés à mettre son poids en équilibre avec celui du crâne. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a souvent décrit sous le nom de polypes du sinus maxillaire des tumeurs de nature diverse, mais ce terme de polypes doit être réservé pour désigner des tumeurs bénignes de nature conjonctive, qu'il s'agisse de fibromes ou de myxomes, pédiculés ou sessiles à l'exclusion de toute autre variété de néoplasme. Ainsi définis, les polypes sont rares dans le sinus maxillaire beaucoup plus que dans les fosses nasales ; on en connaît cependant quelques-uns où la nature de la tumeur a été établie d'une façon incontestable.

A côté de ces cas incontestables, il en est d'autres où la preuve anatomique n'a pas été faite, mais l'aspect clinique, l'absence de récurrence après l'ablation permettent de conclure à la bénignité de la tumeur. Ce sont ces considérations qui nous ont déterminé à reproduire, à la fin de ce travail, des observations dans lesquelles l'examen anatomopathologique n'a pas été fait.

Après avoir réservé le nom de polypes aux

fibromes et aux myxomes, voyons quels sont les caractères de ces tumeurs.

Fibromes. — On donne le nom de fibrome à une tumeur formée par du tissu conjonctif adulte de nouvelle formation.

Les fibromes du sinus maxillaire sont tantôt lisses et arrondis, tantôt lobulés et présentant une surface vallonnée par l'existence de lobes multiples. Ce sont des tumeurs parfaitement circonscrites, recouvertes sur toute leur surface par la muqueuse du sinus sous laquelle ils ont commencé à se développer. Les fibromes de l'antre se développent, en effet, aux dépens de la couche profonde de la fibro-muqueuse du sinus, couche que nous avons vue être constituée par du tissu conjonctif. La muqueuse qui recouvre ces tumeurs est généralement épaisse et très vasculaire, aussi présente-t-elle une coloration d'un rouge foncé. Leur volume, ordinairement petit, comparé à celui d'une noisette, d'un œuf de poule peut, d'après O. SHAUGHNESSY, atteindre des proportions considérables. Leur consistance est ordinairement ferme, mais, dans d'autres cas, elle est molle au toucher et de faible consistance (fibrome mou).

Lorsqu'on coupe un fibrome, on le trouve formé d'un tissu blanc grisâtre, sec, criant sous le scalpel. Sur la coupe, on distingue à l'œil nu des lignes ombrées indiquant la direction des faisceaux qui constituent la tumeur. Ces faisceaux affectent des

directions variables; tantôt ils sont concentriques, tantôt irrégulièrement enchevêtrés; d'autres fois, ils sont onduleux et parallèles les uns aux autres.

Au microscope, on voit que la tumeur est formée par des fibres conjonctives rectilignes ou ondulées s'entrecroisant en tous sens, et au milieu desquelles on retrouve difficilement les cellules plates. Dans les formes molles du fibrome, la surface de coupe apparaît légèrement transparente et d'un gris clair. Ces formes sont ordinairement plus riches en cellules; la substance intermédiaire est dès lors moins abondante, les fibrilles sont plus délicates et se réunissent en faisceaux plus grêles.

La vascularité des fibromes est variable; les uns renferment à peine quelques vaisseaux, les autres sont creusés d'un véritable réseau caverneux d'où émergent des veines énormes. Il est bon de connaître la disposition de ces veines qui, adhérentes au tissu ambiant, restent béantes sur la coupe et donnent lieu parfois à des hémorragies répétées et abondantes et quelquefois même, comme dans notre observation, à des hémorragies interstitielles.

Les fibromes peuvent subir la dégénérescence muqueuse, c'est-à-dire que les cellules peuvent s'infiltrer de mucine. On donne alors à la tumeur ainsi transformée le nom de fibrome muqueux, appellation qu'il ne faut pas confondre avec fibromyxome, ce dernier terme ne devant désigner que des tumeurs qui contiennent en même temps du tissu fibreux et du tissu muqueux.

L'infiltration calcaire peut aussi s'observer, ainsi que nous le voyons dans les deux observations de Demarquay (obs. X et XI). Elle commence par le centre des lobules. Elle est caractérisée par l'infiltration de grains calcaires dans les cellules. Les points calcifiés deviennent durs comme de l'os, mais il ne s'agit pas d'os véritable, c'est une simple calcification.

Les fibromes sont susceptibles d'inflammation et de gangrène. Dans le cas de Wendel et Philipps (obs. VI) on note la dégénérescence d'un polype en épithélioma, mais l'observation ne donnant pas de détails sur l'histologie de la tumeur, il est permis de douter de sa malignité vu l'absence de récidence.

Myxomes. — On donne le nom de myxome à une tumeur formée par du tissu muqueux de nouvelle formation.

Les myxomes du sinus maxillaire comme les fibromes sont des tumeurs circonscrites, arrondies, lobulées, d'une volume variable pouvant atteindre et même dépasser celui du poing. Leur aspect est celui d'une masse gélatineuse tremblotante, de couleur jaune pâle ou blanche, translucide. La surface est recouverte par la couche d'épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles qui appartient normalement à la muqueuse de l'antre d'HIGHMORE. Comme les fibromes, ces tumeurs prennent naissance aux dépens de la couche de tissu conjonctif de la muqueuse.

Sur une coupe, la tumeur présente encore l'aspect d'une gelée. De la surface de section, on voit suinter un liquide semblable à une solution de gomme arabique et se comportant chimiquement comme du mucus.

Le microscope montre que la tumeur a une structure rappelant celle du cordon ombilical, de la gélatine de Wharton. Elle est constituée par une matière amorphe présentant toutes les réactions de la matière muqueuse. Cette masse tremblotante est parcourue par des travées d'une trame lâche constituées par des fibrilles de tissu conjonctif jeune qui soutiennent un réseau capillaire. Les éléments contenus dans la substance intercellulaire sont de formes diverses, les uns sont à l'état de noyaux simples, d'autres ont une mince enveloppe de protoplasme, certains sont fusiformes, tandis que d'autres sont étoilés et présentent de fins prolongements qui s'anastomosent entre eux. Les vaisseaux sont en général peu abondants, mais dans quelques cas, ils sont nombreux et développés ; ils se dilatent même en lacs sanguins ; et dans ce cas, il n'est pas rare de trouver de petites hémorragies diffuses, interstitielles comme celles qui existaient dans notre observation.

Les myxomes, tout comme les fibromes, sont sujets à subir des altérations. Outre que dans certaines formes, normales d'ailleurs, on trouve des fibres élastiques abondantes, au milieu des travées fibreuses, le myxome peut subir la dégénérescence

lipomateuse; cette dégénérescence lipomateuse étant caractérisée par l'infiltration de gouttelettes graisseuses dans les cellules du néoplasme qui perd son aspect tremblotant. Les myxomes peuvent aussi s'enflammer; ils peuvent même subir la dégénérescence muqueuse; le contenu des cellules devient muqueux; ces éléments se désagrègent, et il peut en résulter des cavités remplies de substance muqueuse qui donnent à la tumeur l'aspect d'un kyste. Cette notion est fort importante à connaître, car son oubli exposerait l'observateur à rejeter au rang des kystes glandulaires de semblables tumeurs qui ne sont que des variétés de myxome.

Le tissu muqueux pur ne se trouve jamais à l'exclusion de tout autre sur toute une coupe d'une tumeur, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de myxome tout à fait pur. Souvent la masse principale d'un myxome se compose de tissu conjonctif œdémateux, et quelques-unes de ses parties sont dures, fibreuses. Dès lors, on désigne mieux le myxome par ce terme de fibro-myxome (ZIEGLER).

Comme on le voit, fibromes et myxomes sont des tumeurs extrêmement voisines, et elles ne diffèrent entre elles que par une plus ou moins grande abondance de matière amorphe répandue entre les faisceaux conjonctifs.

Quoiqu'il en soit, si nous mettons à part les détails de structure qui sont peu distincts, les fibromes et les myxomes présentent un nombre de

caractères communs suffisant pour permettre de les rapprocher et de les réunir en une étude commune sous le nom général de polypes.

Les polypes que l'on peut rencontrer dans l'antre d'Highmore doivent être divisés en deux grandes classes : les polypes primitivement développés dans l'antre et les polypes qui ne sont qu'un prolongement d'une tumeur primitivement développée dans une cavité voisine. Notre étude se bornera à la première catégorie, c'est-à-dire aux polypes primitivement développés dans l'antre.

Nous avons déjà dit que cette variété de tumeur est rarement observée en clinique, mais que les anatomistes ont pu en relever un certain nombre d'observations. LUSCHKA a été le premier à signaler leur existence. Sur 60 autopsies, il a trouvé 6 cas de polypes de l'antre d'Highmore. ZUCKERKANDL en a découvert 6 sur 300 observations. HEYMANN, sur 250 sujets morts d'affections ne dépendant pas des sinus, en a constaté 14 cas presque tous implantés par une large base dans les parties voisines des fosses nasales et faisant souvent, à cause de cette origine, irruption vers les fosses nasales. Dans le cas que nous avons observé, la tumeur s'implantait nettement à la partie externe, antérieure et inférieure du sinus vers l'arcade dentaire.

D'après les recherches d'HEYMANN, la base d'implantation est large le plus souvent, mais quelquefois elle est étroite et le polype n'est attaché à la paroi sinusienne que par un pédicule long et étroit qui

permet à la tumeur d'aller se loger dans des régions telles que l'origine sinusienne de la tumeur est facilement méconnue, comme dans un cas de WARREN où un malade de 51 ans avait une tumeur roulant sous la paupière inférieure et qui fut prise pour une tumeur fibreuse de la paupière. Dans le cas rapporté en 1885 par BAGINSKY à la Société de médecine de Berlin, le polype inséré au niveau de l'ouverture de l'antre et trouvé à l'autopsie, en aurait certainement imposé pendant la vie, d'après l'auteur, pour un polype prenant origine sur le cornet moyen. FOURDRIGNIER parle d'un cas analogue qui serait rapporté dans les *Transactions philosophiques*.

Si les polypes de l'antre d'Highmore se dirigent souvent vers l'orifice de communication avec les fosses nasales, il n'en est pas toujours ainsi, et dans nombre de cas, ils laissent cet orifice béant pour refouler et détruire les parois osseuses qui leur forment obstacle.

Nous verrons, en étudiant les symptômes qu'ils provoquent, des troubles en rapport avec la direction qu'ils ont suivie.

SYMPTOMES

Les symptômes varient suivant le degré de développement de la tumeur. Tant que le polype de l'antre n'a pas acquis un certain développement, sa présence passe inaperçue dans la grande majorité des cas ; il est alors difficile de soupçonner son existence, car il ne se manifeste par aucun symptôme. Plus tard, le polype présente des symptômes qui permettent de diagnostiquer son existence. Parmi ces symptômes, les uns sont communs à toutes les tumeurs du sinus maxillaire, d'autres, moins nombreux, sont plus particuliers et peuvent dans certains cas, permettre d'arriver à reconnaître un polype.

Comme DUPLAY l'a fait pour les tumeurs du sinus maxillaire en général, nous diviserons la marche des polypes en trois périodes caractérisées chacune par des symptômes particuliers.

Dans une première période, que l'on peut appeler période latente, il y a déjà production d'une tumeur

dans le sinus, mais il n'en résulte aucune gêne pouvant faire soupçonner l'existence de la tumeur et la maladie reste méconnue. Dans quelques cas cependant, quoique peu développée, la tumeur se manifeste par quelques douleurs, vagues d'abord, et qui deviennent peu à peu plus aiguës et plus persistantes.

Le plus souvent la maladie dure déjà depuis un temps assez long, sans avoir jamais donné lieu à aucun symptôme lorsque tout à coup, à la suite d'une cause banale, comme un simple refroidissement ou même sans cause appréciable, surviennent brusquement des symptômes de coryza aigu : hyperthermie légère, céphalalgie, enchifrènement, éternuements et sécrétion nasale abondante. Le malade est alors traité pour un coryza qui passe à l'état chronique.

La durée de cette période est, on le conçoit, extrêmement difficile à préciser, mais après un temps qui est toujours assez long, le polype qui, peu à peu a rempli la cavité du sinus maxillaire, détermine par sa présence des phénomènes qui sont de nature à éveiller les soupçons du malade et du médecin, et qui constituent les symptômes de la seconde période.

Le malade se plaint alors d'éprouver une sensation continuelle de gêne et de pesanteur dans la joue plutôt que de la douleur véritable ; quelquefois, cependant, il accuse de véritables douleurs, il fait arracher successivement plusieurs dents pour tâcher de calmer les douleurs violentes qu'il croit être d'origine dentaire ; d'autres fois, ses dents s'ébran-

lent et tombent d'elles-mêmes sans souffrance ; le malade n'a qu'à les cueillir. Dans le fond des alvéoles, peuvent apparaître alors des bourgeonnements du polype. La joue de ce côté est tuméfiée, la paupière inférieure est le siège d'un gonflement œdémateux souvent accompagné d'un larmoiement de plus en plus accentué ; l'œil devient saillant et il peut éprouver quelque gêne dans ses mouvements ; la voix peut présenter des modifications et devenir nasonnée. Tous ces symptômes permettent de reconnaître une affection du sinus et, dans quelques cas, le diagnostic de tumeur de l'antre peut être posé dès cette période.

C'est surtout à la troisième période que le malade commence à s'inquiéter de son état et à demander l'avis d'un médecin. A ce moment, non seulement la tumeur remplit la totalité de la cavité, mais elle l'a encore agrandie, elle en a écarté ou même détruit les parois et la tumeur fait saillie en dehors du sinus. Sa présence se révèle par des accidents variables suivant les directions dans lesquelles elle s'est développée.

Quand il détruit la paroi interne du sinus ou quand il envoie un prolongement à travers l'orifice normal de communication avec la fosse nasale, le polype vient faire saillie dans la fosse nasale ; il détermine des épistaxis fréquentes, des troubles de la respiration, de l'olfaction et de la phonation.

Le plus souvent, c'est la paroi antérieure qui résiste le moins longtemps. Elle est d'abord refoulée, puis

elle s'amincit par l'usure ; elle donne lieu à la crépitation parcheminée et enfin elle se perfore. La tumeur vient alors faire saillie à la joue et dans la bouche au niveau de la fosse canine.

Si la tumeur se développe du côté de la paroi supérieure, elle détermine des désordres variés dans les organes de la vision ; souvent on constate de l'exophtalmie.

En bas, le polype peut refouler la voûte palatine dont il efface la concavité et qu'il finit par perforer.

En arrière, il peut aller assez loin pour comprimer la trompe et altérer l'audition.

Si on laisse la tumeur évoluer, elle prend un développement considérable et amène des désordres plus profonds encore. La peau se tend de plus en plus et finit par s'ulcérer ; la tumeur peut subir des dégénérescences diverses, s'enflammer, et il s'établit alors des fistules intarissables. La surface de la tumeur elle-même s'ulcère, saigne facilement ; elle donne lieu à un écoulement sanieux, fétide qui, lorsqu'il se fait par la bouche, donne à l'haleine une odeur infecte, insupportable. Le malade perd l'appétit, il maigrit et s'il ne meurt pas d'inanition ou de septicémie, la tumeur peut devenir, par son volume, un obstacle mécanique à la déglutition, et le malade est exposé à mourir de faim, de soif ou même d'asphyxie ; la mort peut encore survenir par un autre mécanisme : la tumeur peut, en effet, dans certains cas, prendre un développement tel qu'elle arrive à perforer les os de la base du crâne et à se trouver en

contact avec la masse cérébrale ; elle peut, dans ce cas, amener les accidents les plus graves.

Après avoir vu la marche générale de l'affection, reprenons maintenant, en particulier, quelques-uns des symptômes et étudions-les séparément. Nous verrons d'abord les phénomènes subjectifs comme les douleurs, les troubles de la vision et les troubles sécrétoires, puis ensuite les phénomènes objectifs tels que la tuméfaction et la déformation de la face, l'œdème des paupières, l'exophtalmie, la déformation de la voûte palatine, les épistaxis et l'imperméabilité aux rayons lumineux.

Le polype, par lui-même, n'est pas douloureux ; quand la douleur existe dès le début du développement d'une tumeur du sinus maxillaire, on a voulu en faire un signe de cancer, mais elle est quelquefois constatée dans les cas de polypes, et elle est due dans ce cas à la compression exercée sur un ou plusieurs des nerfs que nous avons vu passer sur les parois de l'antre d'Highmore.

D'abord vagues et intermittentes, elles reviennent bientôt plus aiguës et plus persistantes. Souvent elles revêtent les caractères des névralgies dentaires ; plusieurs fois, elles ont été prises comme telles par le malade et par le médecin lui-même, et en lisant les observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que plusieurs fois on a pratiqué l'avulsion des dents sans que, on le conçoit, cette avulsion ait amené la cessation des douleurs.

D'autres fois, c'est sur les branches sous-orbitaires que la compression s'exerce ; il en résulte des névralgies intenses pouvant s'accompagner d'une abolition de la sensibilité dans la zone sous-orbitaire.

Les troubles oculaires sont variés : ils sont dus, eux aussi, à la compression exercée de bas en haut par le polype. Outre l'exophtalmie, le malade se plaint d'éprouver de la gêne dans les mouvements du globe oculaire ; il est dans l'impossibilité de fermer complètement la paupière du côté malade ; il voit les objets doubles, son acuité visuelle s'affaiblit et cet affaiblissement peut même aller jusqu'à l'abolition complète de la vue pour l'œil du côté malade.

La conjonctive est aussi le siège d'une vive congestion ; le larmolement devient continuel et apporte une nouvelle cause de gêne dans la vision ; il se forme une tumeur lacrymale et bientôt une fistule. Pour Kolarowitch ce larmolement et cette tumeur lacrymale ne résultent pas de la compression directe du sac lacrymal et du canal nasal, mais ils sont plutôt dus à un défaut de fonctionnement du muscle orbiculaire et en particulier du muscle de Horner.

Les polypes du sinus, avons-nous vu, peuvent envahir la fosse nasale du côté correspondant, soit qu'ils refoulent et perforent la paroi, soit qu'ils envoient un prolongement à travers l'orifice de communication qui existe normalement entre le sinus et la fosse nasale. Cette propagation à la fosse nasale

s'accompagne de troubles variés de la respiration, de la phonation, de l'olfaction. Le plus souvent, les symptômes dominants sont ceux d'une inflammation banale, d'un coryza chronique qui ont déterminé le malade à se faire soigner ; chez certains malades, le décubitus latéral favorise la respiration du côté opposé. La voix peut être rauque, enrouée ou nasonnée. Lorsque les fosses nasales sont bien bouchées, le malade doit respirer par la bouche ; il peut en résulter des spasmes laryngés offrant ce caractère particulier de se produire uniquement quand le malade veut parler et non dans les mouvements normaux de la respiration. Des troubles de l'olfaction pouvant aller jusqu'à l'anosmie complète ont plusieurs fois été constatés ; ils peuvent résulter d'une oblitération du méat moyen ou simplement d'un catarrhe concomitant.

Au cours de l'évolution d'un polype du sinus maxillaire, la face peut être le siège de déformations relevant de plusieurs causes. La tumeur, comme nous le savons, a une tendance à distendre les parois de l'antre ou même à les détruire. La paroi antérieure étant, après la paroi nasale, celle qui offre le moins de résistance, nous comprenons comment il se fait qu'on observe souvent une tuméfaction de la joue, cette tuméfaction étant constituée au début par la paroi antérieure de l'antre recouverte de ses parties molles ; plus tard, par suite de l'usure de la paroi osseuse, il ne reste plus que les parties molles.

Dans un cas rapporté par GIRALDÈS et qui aurait été observé par WARREN, un malade de 51 ans avait une tumeur roulant sous la paupière inférieure et qui fut reconnue ensuite pour être un fibrome du sinus, mais le plus souvent cette tuméfaction se confond insensiblement avec les régions environnantes, et paraît n'être qu'une simple augmentation de volume de la joue qui conserve sa coloration et sa consistance normales tant qu'il ne se forme pas d'abcès ni de fistules.

L'augmentation de volume de la joue est encore accrue par l'œdème de la paupière inférieure, résultant de la compression de la veine ophtalmique inférieure au niveau de la fente sphénoïdale. Nous avons déjà vu que le polype, en se développant vers la paroi supérieure du sinus, arrive à comprimer le nerf optique, et que le malade se plaint de troubles de la vue, mais il existe encore un autre symptôme facilement constatable quand il existe : l'exophtalmie. Le globe de l'œil peut, en effet, être chassé en avant et en dehors par le développement de la tumeur qui rétrécit de plus en plus la cavité de l'orbite.

La paroi antérieure du sinus s'amincit par l'usure et avant d'être totalement perforée, nous avons dit qu'elle donne lieu à la crépitation parcheminée. En quoi consiste cette crépitation parcheminée ? C'est une sensation rappelant celle que donne une boîte métallique qu'on presse et qui revient sur elle-même, ou encore une feuille de parchemin que l'on froisse, ce qui lui a valu son nom. Il faut, pour avoir cette

crépitation parcheminée, que la paroi soit très amincie. Dans le cas que nous avons observé, cette crépitation n'existait pas, nous n'avions que de la dépressibilité de la paroi, mais il est fort probable que plus tard, lorsque cette paroi aurait été amincie davantage nous aurions pu la percevoir.

Quand la tumeur se développe du côté du nez, l'examen des fosses nasales donne des résultats différents selon que le polype a envoyé des prolongements dans la fosse nasale ou qu'il a refoulé la paroi interne du sinus. Dans ce dernier cas, on trouve la paroi nasale du sinus refoulée en dedans, s'avancant vers la cloison et rendant plus ou moins complète l'occlusion de la narine correspondante. Lorsque le polype a pénétré lui-même dans la fosse nasale, l'examen de celle-ci permet de constater la présence d'une tumeur ayant les caractères que nous avons décrits en étudiant l'anatomie pathologique, et à ce propos il convient de rappeler l'opinion de NÉLATON, pour qui un polype fibreux visible dans le nez n'est jamais primitif, mais provient toujours d'une des cavités environnantes pour occuper le nez secondairement.

Un symptôme qui effraie beaucoup les malades dans les cas de propagation dans les fosses nasales est constitué par les épistaxis abondantes que l'on observe quelquefois ; ces épistaxis apparaissent à la suite d'une cause banale, d'un léger traumatisme ou même sans cause apparente. Elles présentent cette particularité de se produire d'un seul côté toujours le même.

Si le développement de la tumeur se fait du côté de la bouche, le malade perd ses dents une à une après avoir éprouvé ou non des névralgies dentaires. Plus tard, si on ouvre la bouche du patient on trouve la voûte palatine déprimée, formant saillie derrière l'arcade dentaire. A une période plus avancée encore, cette voûte osseuse a disparu et elle est remplacée par une tumeur qui peut être assez volumineuse pour empêcher le rapprochement des mâchoires et apporter ainsi un obstacle sérieux à la mastication, à la parole et même à la respiration. Chez la malade de CANOLLE (obs. XIX), la tumeur pendait hors des lèvres.

Depuis que VOLTOLINI, en 1888, s'est servi de l'éclairage électrique pour l'examen par transparence du sinus maxillaire, nous avons un moyen précieux de constater la réplétion de l'antre d'Highmore. En effet, lorsque les deux sinus sont sains, une lampe électrique, placée dans l'intérieur de la bouche, éclaire les deux joues également ; si un des sinus est le siège d'une tumeur solide, la joue correspondante présente dans la région sous-jacente à la paupière inférieure une diminution de la clarté pouvant aller jusqu'à l'obscurité complète quand la tumeur remplit la totalité de l'antre d'Highmore. Cette obscurité est d'autant plus marquée que le polype s'éloigne davantage du type myxomateux pour se rapprocher du type fibromateux.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir quels sont les symptômes qui accompagnent le développement d'un polype dans l'antre d'Highmore, et d'après ce que nous avons dit de la première période ou période latente, il est facile de voir qu'il ne saurait être question à ce moment de poser d'une façon précise le diagnostic de polype du sinus maxillaire et que, le plus souvent, il sera impossible de soupçonner leur existence ; cependant la diaphanoscopie pourra, dans certains cas, être d'un très grand secours et permettre de déceler, dès le début, l'existence d'une néoformation intrasinusienne. Plus tard, au fur et à mesure que le polype s'accroît, il manifeste sa présence par les signes de la distension du sinus. Nous avons vu que le malade éprouve alors un sentiment de distension quelquefois de la douleur, du larmoiement, le globe oculaire est saillant, la voix nasillarde, les dents s'ébranlent et tombent ; la réunion de tous ces symptômes ne permettrait pas de méconnaître une lésion du sinus maxillaire,

mais outre qu'il est rare d'observer tous ces symptômes réunis sur le même malade, la prédominance de la douleur sur les autres symptômes peut faire croire à de la névralgie sous orbitaire ou faciale. De plus, une affection du sinus ayant été reconnue, il faut encore en déterminer la nature ; les tumeurs peuvent être en effet facilement confondues avec les sinusites, et dans le cas de tumeur il faut se demander si on a réellement affaire à un polype et si ce polype a commencé à se développer dans le sinus, ou s'il n'est que le prolongement d'une tumeur analogue primitivement développée dans le pharynx ou dans les fosses nasales. Le diagnostic doit donc passer par plusieurs phases successives :

1° Existe-t-il une tumeur ?

2° La tumeur s'est-elle développée primitivement dans le sinus ?

3° Quelle est sa nature ?

Les névralgies peuvent simuler une tumeur de l'antre d'Highmore au début, mais le seul symptôme commun est fourni par la douleur ; aussi le diagnostic est-il, en général, assez facile, car dans les névralgies on n'observe pas les signes propres aux affections du sinus comme la déformation, les troubles oculaires, les troubles de la voix et de la respiration, la chute des dents. La paralysie du nerf sous orbitaire, quand elle est constatée, est un bon signe de compression ou de destruction permettant dans un cas douteux d'éliminer le diagnostic de névralgie de ce nerf. La diaphanoscopie, à cette période, peut

faire constater l'existence d'une tumeur, cause des névralgies rebelles.

Les gommes syphilitiques de la mâchoire supérieure causent souvent un empyème de l'antre d'Highmore s'accompagnant de chute des dents et de formation de trajets fistuleux comme une véritable tumeur. L'évolution rapide, la coïncidence d'autres accidents spécifiques, ou, à leur défaut, la connaissance des antécédents, permettront de faire un diagnostic que confirment les résultats donnés par un traitement antisiphilitique énergique.

Les *tumeurs tuberculeuses* décrites dans les fosses nasales n'ont pas encore été signalées sur la muqueuse des sinus.

Les *kystes paradentaires* font souvent saillie à la face en même temps qu'ils envahissent l'antre d'Highmore. Ils peuvent, par conséquent, présenter tous les signes d'une tumeur sinusienne. Mais si le liquide est clair, la diaphanoscopie laisse persister un éclairage de la joue; dans le cas contraire, les antécédents, l'absence de jetage nasal et surtout la ponction permettent de rejeter l'hypothèse de tumeur du sinus.

Les *sinusites* peuvent d'autant plus facilement être prises pour des tumeurs du sinus maxillaire, que bien souvent ces deux affections coïncident; toutefois, grâce à un examen attentif et complet, il sera quelquefois possible, sinon facile d'arriver à différencier ces deux affections. La sinusite, en effet, succède à l'extraction d'une molaire, à une inflam-

mation de voisinage, le plus souvent à une périostite alvéolo-dentaire, ou même à un coryza chronique. Les douleurs violentes qui marquent le début de cette affection présentent les mêmes caractères que celles des tumeurs, mais contrairement à celles-ci, elles s'accompagnent de fièvre.

Les signes de compression sont à peu près les mêmes dans les deux cas ; toutefois, un indice important est tiré de la paralysie du nerf sous-orbitaire, qui peut être comprimé ou détruit par les tumeurs solides, tandis qu'il reste intact dans le cas de sinusite.

Un autre signe distinctif est tiré de l'évolution de l'affection, beaucoup plus rapide dans le cas de sinusite.

Dans les cas douteux, on aura recours à la ponction exploratrice. Le sinus distendu, mais non encore ouvert, l'amincissement de ses parois permet de constater la crépitation parcheminée et quelquefois même une véritable fluctuation. Une ponction exploratrice, pratiquée dans le point le plus fluctuant, permet de vérifier le diagnostic.

Quand on n'a pas constaté de fluctuation, la ponction peut être faite par différentes voies : par la bouche ou par le nez. S'il existe une dent malade, on l'enlève et on perfore l'alvéole (procédé de Meibomius), sinon on perfore la paroi antérieure du sinus par la fosse canine (procédé de Desault). On a quelquefois conseillé le cathétérisme par l'orifice normal du sinus, mais ce procédé est inapplicable

et il est plutôt remplacé par la ponction faite au niveau du méat inférieur; à ce niveau, on pénètre plus sûrement dans la cavité. Quand il ne s'écoule pas de pus, par l'orifice ainsi pratiqué, on peut faire un lavage de la cavité et l'examen du liquide qui s'écoule permet de constater l'existence ou l'absence de pus.

La diaphanoscopie peut donner de précieuses indications, mais dans certains cas, comme dans celui où la tumeur occupe toute la cavité du sinus, les renseignements qu'elle donne seront insuffisants pour lever tous les doutes.

Le plus souvent, la grande quantité de pus qui s'écoule par le nez ou le naso-pharynx, le moment de la journée où s'écoule le pus, le matin principalement, quand le malade se lève, quand il se mouche ou quand il incline la tête du côté opposé au sinus atteint, les troubles gastriques, parfois intenses, et l'odeur infecte qui accompagnent l'empyème suffiront pour faire le diagnostic de sinusite, mais ne permettront pas d'éliminer celui de tumeur. Le résultat négatif du lavage explorateur aura seul de la valeur en faveur de l'hypothèse de tumeur (LORCIN).

La présence d'une tumeur dans le sinus ayant été reconnue, il faut encore savoir si cette tumeur s'est développée primitivement dans l'antre d'Highmore ou si elle n'est pas, au contraire, le prolongement d'une tumeur développée primitivement dans une cavité voisine. Nous savons aussi que, d'autres fois, des polypes pédiculés et en particulier des fibromes

du sinus peuvent s'avancer dans la cavité nasale et simuler un polype du nez ; de même, dans le cas de WARREN, une tumeur de la paupière inférieure, en apparence indépendante, était un prolongement d'un fibrome du sinus. Pour éviter la confusion possible entre ces tumeurs, il est indispensable de faire un examen complet des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, de la bouche et du voile du palais.

Après avoir reconnu que la tumeur est une tumeur primitivement sinusienne, pour compléter le diagnostic, il reste à déterminer exactement son point d'implantation dans la cavité même du sinus. Pour arriver à cette notion, quand cela est possible, on essaie de circonscrire la tumeur, soit avec le doigt, soit avec un instrument moussé comme un stylet ou une sonde de femme. Ici encore, la diaphanoscopie pourra donner de précieuses indications, surtout quand il s'agit d'un polype fibreux ne remplissant pas toute la cavité du sinus. Dans ce cas, si la tumeur est implantée sur la paroi postérieure, on observe une diminution de l'éclairage ; si elle est sur la paroi antérieure, on constate une simple tache d'ombre correspondant au point d'implantation de la tumeur. On sait que si on met une lampe électrique dans la bouche d'un sujet et qu'on fait fermer les yeux au sujet, celui-ci aperçoit une lueur dans les yeux à chaque fermeture du courant ; mais si le sujet est porteur d'une tumeur du sinus ayant son point d'implantation sur la paroi orbitaire, il ne

perçoit plus la lumière que de l'œil situé au-dessus de l'autre sain.

Quand on a reconnu qu'il y a une tumeur dans l'autre d'Highmore, il faut encore rechercher quelle en est la nature. Il faut savoir distinguer les polypes des autres tumeurs et en particulier des tumeurs malignes. C'est là une question très importante, surtout au point de vue du pronostic et du traitement.

Tumeurs liquides. — Un premier point à élucider est celui de savoir quelle est la consistance de la tumeur. Avons-nous affaire à une tumeur solide ou à une tumeur liquide. Les tumeurs liquides ont avec les polypes beaucoup de symptômes communs, et il est quelquefois difficile d'en saisir les caractères différentiels. Pourtant la fluctuation, quand elle existe, peut être considérée comme un signe pathognomonique d'une collection liquide sous-jacente. Dans les cas douteux, une ponction exploratrice démontrera la nature de la tumeur.

Tumeurs malignes. — Les polypes étant des tumeurs bénignes, tâchons de les différencier des tumeurs malignes et voyons s'il y a des signes permettant d'affirmer dans un cas donné qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne.

Les tumeurs malignes, de quelque nature qu'elles soient, qu'il s'agisse d'un épithéliome ou d'un sarcome, présentent généralement un aspect clinique différent de celui des tumeurs bénignes. Elles se montrent, en général, chez des personnes plus

avancées en âge ; leur évolution est beaucoup plus rapide. L'aspect de la tumeur peut donner des indications sérieuses, mais souvent il est insuffisant, et en lisant nos observations nous pouvons nous assurer que si l'aspect framboisé, la vascularisation très marquée, l'écoulement d'un liquide fétide sont plutôt en faveur d'une tumeur maligne, il n'est pas rare d'observer ces caractères dans les cas de polypes.

Les symptômes subjectifs et l'état général du malade seront souvent d'une plus grande utilité pour le clinicien. Les malades se plaignent de céphalées violentes, de douleurs névralgiques intenses, les phénomènes de compression qui retentissent sur les fosses nasales, sur la cavité orbitaire et sur la bouche sont beaucoup plus précoces et beaucoup plus accentués que dans les tumeurs bénignes ; les épistaxis beaucoup plus fréquentes et plus abondantes surviennent sans cause ; la tumeur a tendance à adhérer à la peau, et de plus il y a toujours un engorgement ganglionnaire qui peut être très marqué et qui n'est que le prélude d'une généralisation cancéreuse, à moins que la cachexie survenant rapidement ne permette pas l'extension de la tumeur aux autres organes.

Il nous reste maintenant à essayer de distinguer les fibromes et les myxomes des autres tumeurs bénignes que l'on peut rencontrer dans l'antre d'Highmore.

Hypertrophie de la muqueuse. — A première vue,

l'hypertrophie simple de la muqueuse nasale peut faire penser à un néoplasme, mais elle se distingue par un gonflement uniforme, par sa coloration brillante et d'un rouge plus accentué, par sa surface lisse. Elle n'en impose guère pour une néoplasie réelle, pas plus que l'état polypeux qui accompagne constamment l'empyème chronique du sinus. Il faut cependant signaler une hypertrophie papillaire de la muqueuse qui se présente sous la forme de mamelons irréguliers. Il est parfois difficile de reconnaître cliniquement l'affection, mais l'examen histologique démontre qu'elle ne diffère pas de l'hypertrophie simple, et qu'on y rencontre uniquement tous les éléments enflammés de la muqueuse (Zuckerkindl).

Lipomes. — Les observations de lipomes de l'antre d'Highmore publiées jusqu'à ce jour ne sont pas assez probantes pour admettre leur existence sans discussion. En tous cas, les symptômes ne diffèrent pas de ceux des autres variétés de tumeurs, et le diagnostic ne pourra être fait que par le microscope.

Les *ostéomes* peuvent se développer sur tous les points du sinus, mais ils siègent habituellement sur la paroi antérieure. Il est rare de les observer après 40 ans. Leur maximum de fréquence est de 15 à 40 ans. Ces tumeurs qui peuvent atteindre de grandes dimensions, mettent longtemps à apparaître à l'extérieur, mais leur dureté excessive, leur consistance éburnée permet de les distinguer assez facilement des autres tumeurs de la région.

Les *enchondromes* comme les ostéomes se déve-

loppent le plus souvent chez des jeunes gens. Ils ont une marche très lente et sont peu douloureux. Ce sont des tumeurs arrondies, plus dures que les fibromes, mais moins dures que les ostéomes. Ces tumeurs sont extrêmement difficiles à diagnostiquer et le microscope seul permet d'arriver à des notions précises sur leur nature.

On pourra quelquefois arriver à affirmer d'une façon presque absolue que l'on a affaire à une tumeur bénigne : la lenteur de l'évolution, le peu de tendance qu'a la tumeur à adhérer à la peau, la gravité moindre des désordres locaux, l'absence habituelle de douleurs, l'absence de tuméfaction ganglionnaire persistante et de retentissement à distance permettent d'affirmer presque à coup sûr la bénignité de la tumeur, mais nous ne trouvons pas dans l'évolution de ces néoplasmes de caractères cliniques permettant de préciser d'une façon absolue la nature histologique de ces tumeurs ; aussi le dernier point du diagnostic restera-t-il toujours à fixer par le microscope. Cet examen est facile à pratiquer quand la tumeur est directement accessible au bistouri. Il suffit alors d'en prélever un morceau pour en faire des coupes microscopiques, mais le plus souvent, c'est au cours de l'opération que l'on découvre le néoplasme, et c'est alors seulement que l'on peut s'assurer de sa nature. L'aspect extérieur donne dans la plupart des cas des renseignements précieux, mais qui ne sont pas toujours suffisants, comme on peut s'en convaincre par notre observation personnelle, et un examen

histologique, aussi rapide que possible, devra être pratiqué.

Il serait utile même de faire ce dernier au cours de l'opération, afin de savoir si le néoplasme est bénin ou malin. Pour cela, il suffirait de plonger un fragment de la tumeur quelques minutes dans le formol, d'en faire des coupes au microtome à congélation et de colorer ces dernières. Ces différentes manipulations, ne nécessitant pas plus d'un quart d'heure, rendraient au chirurgien de réels services en lui indiquant l'opération à pratiquer, simple ablation de la tumeur ou résection du maxillaire (LORCIN).

Dans la plupart des cas, cet examen ne peut être pratiqué sur-le-champ; après avoir prélevé un morceau de la tumeur, on referme le tout et on attend de connaître le résultat de l'examen histologique avant de continuer l'intervention commencée, car un diagnostic bien fait permet quelquefois d'éviter les risques d'une opération compliquée comme l'ablation du maxillaire supérieur.

PRONOSTIC

Les polypes ne constituent pas une affection grave par eux-mêmes, puisqu'ils ne se généralisent pas dans l'organisme et qu'ils n'ont pas de tendance à récidiver, quand on a eu soin de les enlever en totalité et de détruire leur point d'implantation.

Le plus souvent, l'état général reste bon, mais il ne faut pas oublier que les épistaxis abondantes et répétées qu'on a quelquefois constatées peuvent devenir une cause d'affaiblissement de l'organisme facilitant le développement d'une affection intercurrente.

Dans certains cas, la tumeur parvenue à un certain volume s'arrête dans son développement et reste stationnaire, mais ces faits ne sont pas assez fréquents pour pouvoir en tenir compte pour le pronostic.

Si cette maladie est bénigne par elle-même, on peut dire qu'elle devient grave par sa localisation, en particulier par la difformité de la face et par la

chute des dents qu'elle entraîne souvent, par la gêne qu'elle apporte quelquefois à la respiration et à la digestion et surtout par l'impossibilité de guérir autrement que par une opération assez sérieuse, quoique généralement suivie de succès.

TRAITEMENT

Les médications internes, pas plus que les pommades ou les onguents, n'ont d'action sur les polypes de l'antre d'Highmore et n'ont jamais pu donner un arrêt dans la marche de l'affection. On a quelquefois essayé des attouchements divers et des injections interstitielles avec des agents variés, mais leur emploi est difficile dans les sinus et les résultats inconstants. L'électrolyse a été essayée et n'a pas donné plus de succès. Aucun moyen thérapeutique n'amenant la résolution de ces tumeurs il faut donc, pour les guérir, avoir recours à des moyens chirurgicaux, à des opérations.

Les divers procédés opératoires sont la cautérisation, l'excision et l'arrachement.

La cautérisation, soit avec les caustiques, soit avec le fer rouge, a rarement été employée seule, et quand elle a été employée seule, elle n'a pas été suivie de succès, ce qui n'empêche pas de l'utiliser comme complément d'une autre opération, pour

détruire profondément les tissus morbides dont une partie seulement a été arrachée ou excisée.

L'arrachement et l'excision que l'on doit toujours faire suivre de la cautérisation ont donné de meilleurs résultats. L'arrachement simple a quelquefois réussi, mais il n'est pas toujours applicable et, dans bien des cas, il échouera par suite de la résistance du polype et de la solidité de ses connexions. On peut et on doit l'essayer, mais si l'on reconnaît qu'il faudrait employer beaucoup de force, il est préférable de s'arrêter plutôt que de s'exposer à produire des délabrements considérables ou à n'arracher qu'une portion de la tumeur.

Dans ces cas, on aura recours à l'excision. Elle peut être faite d'un seul coup de ciseaux quand le pédicule est d'un accès facile, mais quand celui-ci est d'un accès difficile, on doit faire l'excision en plusieurs temps, c'est-à-dire qu'on enlève le polype tranche par tranche jusqu'à ce que le pédicule découvert puisse être attaqué directement. Après l'ablation du polype, il faut toujours avoir soin de porter le doigt profondément dans le sinus et d'en explorer toutes les anfractuosités afin de s'assurer qu'il ne reste pas une portion de la tumeur ou quelque autre polype placé derrière le premier. Dans ce cas, on enlèverait la portion restante comme on a enlevé la première en s'aidant du bistouri, des ciseaux ou même de la curette, comme l'a fait M. le professeur Folet.

Il reste toujours quelques débris de la tumeur

dans le lieu où elle s'implantait : ces débris doivent être détruits profondément par le fer rouge ou par le chlorure de zinc en solution. Cette pratique a l'avantage de mettre à l'abri des récidives qui ne tardent pas à se produire quand la tumeur est incomplètement détruite.

Mais ces différents procédés, cautérisation, excision et arrachement ne sont applicables que lorsque la tumeur est accessible, aussi doivent-ils être précédés d'une première opération destinée à démasquer la tumeur, et qui consiste soit à agrandir les ouvertures accidentelles à travers lesquelles elle envoie des prolongements au dehors, soit à ouvrir largement le sinus.

En règle générale, la voie nasale est rejetée à cause de l'exiguité du champ ; il reste à choisir entre deux voies ; la première ou voie cutanée va directement de l'extérieur dans la cavité, la seconde ou voie buccale met en communication la bouche et le sinus.

La voie cutanée n'est indiquée que dans des cas exceptionnels lorsque par exemple il existe des fistules à la partie antérieure du sinus. Dans ce cas, une incision passant par l'orifice cutané de la fistule permet de découvrir la paroi du sinus : quelques coups de curette ou de gouge permettent d'agrandir facilement l'ouverture et d'arriver directement sur la tumeur. La tumeur enlevée, le trajet de la fistule curé, l'incision est refermée par première intention si cela est possible.

La voie buccale est de beaucoup préférable si aucune indication ne justifie l'incision jugale, et presque toujours c'est à elle qu'on aura recours. Plusieurs cas peuvent se présenter : Si le polype s'est déjà fait jour par quelque point des parois du sinus, c'est vers ce point que le chirurgien doit porter ses efforts. Quand le polype vient faire saillie au niveau du bord alvéolaire, ou quand la tumeur proémine dans la bouche à travers une perforation de la voûte palatine, on agrandit l'ouverture existante en faisant sauter l'arcade alvéolaire.

Si le polype n'a pas encore perforé les parois osseuses, on emploiera de préférence la voie canine, comme pour la cure radicale des sinusites maxillaires. En ce point l'os est plus mince et plus accessible. Après avoir fait le tamponnement de la choane du côté malade et avoir mis le malade dans la position de Rose, la lèvre supérieure est relevée en haut et en dehors par un aide ou par un écarteur de la joue modèle de Luc ou autre ; la gencive est ainsi mise à nu, on incise la muqueuse au niveau du sillon gingivo-génien, on dénude alors complètement la face antérieure du maxillaire de toutes ses parties molles en ayant bien soin de ne pas oublier le périoste et en évitant de léser le nerf sous-orbitaire à la sortie du canal osseux. La fosse canine ainsi mise à nu est attaquée à la gouge et, par l'ouverture large ainsi réalisée, il est facile d'aborder la tumeur. Dans certains cas, lorsque le polype est assez volumineux ou quand le sinus, de dimensions

restreintes, est assez haut placé, l'opérateur peut se trouver gêné par la lèvre supérieure insuffisamment relevée. Il pourra alors faire une courte incision au niveau de la commissure pour pouvoir relever davantage la lèvre. La cicatrice résultant de cette incision pourra être rendue insignifiante par la suture endermique ; en tous cas, le chirurgien cherchera à obtenir la réunion de cette plaie par première intention.

La tumeur enlevée, comme nous l'avons dit plus haut, et l'hémostase assurée, on termine l'opération en suturant immédiatement l'incision buccale. Si, pour une raison ou pour une autre, on craint de la suppuration ou même si elle existe au moment de l'intervention, on peut ne pas refermer complètement cette incision buccale et laisser un drain dans l'ouverture, mais il vaut mieux, comme dans le traitement des sinusites, pratiquer l'opération de Caldwell Luc qui consiste à pratiquer une large contre-ouverture en réséquant la région antéro-inférieure de la paroi nasale du sinus. Une mèche iodoformée tamponnant la cavité sinusienne et qu'on retire du deuxième au cinquième jour, assure l'hémostase en même temps qu'elle complète la désinfection du foyer.

Les suites opératoires sont généralement très simples ; les jours qui suivent l'opération, on prescrit au malade des gargarismes antiseptiques et une hygiène sévère de la bouche ; dans le cas où la suppuration se produirait, quelques lavages sinusiens et quelques insufflations dans les fosses nasales

de poudres antiseptiques suffisent pour la tarir rapidement.

Cette opération réussit ordinairement bien et il n'y a pas de récurrence. De plus, l'accès du sinus par la voie buccale ne produit pas de cicatrice visible. Peu à peu, les parois osseuses qui avaient été déjetées s'affaissent, reprennent leur place naturelle et quelques mois après, quelquefois cependant, plusieurs années, il ne reste plus trace de l'affection, car la paroi antérieure elle-même peut être régénérée par le périoste qu'on a eu soin de respecter et de rabattre au-devant de la cavité du sinus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur FOLET.)

Fibromyxome du sinus maxillaire.

D..., Armand, 29 ans, entre à l'hôpital le 14 novembre 1904 pour une tumeur de la joue droite. Il est envoyé par son médecin M. le docteur Lamand d'Haspres (Nord).

Son père est mort d'affection inconnue, sa mère de cancer utérin, il a cinq frères et une sœur tous bien portants. Dans ses antécédents personnels on ne trouve pas de maladie antérieure, pas trace de syphilis, ni de tuberculose. Marié, il a un enfant de 4 ans bien portant; sa femme n'a jamais fait de perte.

Le malade nous dit qu'à la fin de son service militaire, il eut de grands maux de dents; il était « comme fou » tant il souffrait, mais il ne peut préciser maintenant de quel côté il ressentit ces douleurs. Il se rappelle qu'on essaya alors, mais vainement, de lui arracher la dent malade.

Cinq ou six mois après, il remarqua à la joue droite une légère fluxion. Depuis lors, la joue augmenta insensiblement, mais progressivement; toutefois, comme il n'éprouvait aucune douleur, il ne s'en soucia pas jusqu'à il y a huit jours, moment où il alla, sur les conseils de sa famille, consulter M. le docteur Lamand qui nous l'envoie.

Sur la joue droite existe une tuméfaction bien visible; la

joue bombe de façon disgracieuse. Par la palpation et à travers la peau on sent que cette bosse est dure et on se rend facilement compte que les parties molles ne sont pour rien dans la constitution de la tumeur, qui paraît, au premier abord, constituée par la paroi antérieure du sinus elle-même. Mais en examinant avec attention, en mettant le doigt sous la lèvre, on constate qu'en certains points la surface convexe de cette tumeur saillante se laisse un peu déprimer. Au niveau des premières molaires même, on la sent fléchir sous le doigt sur une petite surface d'un centimètre carré environ. Cette dépressibilité de la paroi ne va pas cependant jusqu'à donner la crépitation parcheminée.

Nous avons donc affaire à une saillie de la paroi antérieure du sinus qui cédait à une pression exercée de dedans en dehors sur elle par une production quelconque développée dans la cavité sinusienne.

Du côté de l'orbite on ne trouve rien d'anormal : ni trouble de la vision, ni déviation de l'œil ; du côté des fosses nasales ou du pharynx, rien à signaler : pas de catarrhe, pas de troubles de la respiration ni de la phonation. Dans la bouche, on ne constate aucune saillie de la voûte palatine. A noter que la seconde prémolaire droite manque, mais le malade déclare qu'elle n'a jamais poussé. A sa place existe un vide à fond noirâtre, mais il n'y a pas trace de racine de dent cariée, comme on peut s'en rendre compte en explorant avec un stylet. A remarquer aussi que du côté gauche, la première molaire inférieure est presque entièrement détruite par la carie.

La poussée de ce néoplasme ne s'exerçait donc que sur la paroi antérieure et ne faisait saillie d'aucun autre côté.

Vu la lenteur du développement, le diagnostic porté fut celui de tumeur bénigne, mais nous ne savions s'il s'agissait d'une tumeur solide ou liquide, si nous avions affaire à un kyste muqueux ou un kyste d'origine alvéolaire ayant pénétré dans le sinus, à un myxome, un fibrome, un chondrome, un ostéome, un odontome. Pour faire le diagnostic exact, M. le professeur

Folet décide de faire une trépanation exploratrice qui est pratiquée le 25 novembre. Anesthésie chloroformique. Le malade étant mis dans la position de Rose, incision horizontale partant de la commissure labiale et allant à peu près jusqu'au milieu de la joue, puis incision transversale de cinq centimètres environ sur la muqueuse, permettant de découvrir la paroi antérieure du sinus anormalement convexe. Dans cette paroi, à l'aide d'une fine gouge et d'un marteau, ouverture d'une fenêtre rectangulaire à grand axe transversal et découvrant la tumeur qui offre un aspect gris bleuâtre et une apparence comme gélatineuse. Prélèvement d'un morceau de la tumeur et réparation par quelques points de suture de la plaie opératoire de la joue.

Le morceau prélevé est envoyé le jour même au laboratoire d'anatomie pathologique. M. le professeur Curtis, après un rapide examen macroscopique, déclare que le fragment enlevé ressemble à du myxome, mais qu'il en fera des coupes, et voici la note qu'il envoie le lendemain :

« Le fragment remis hier, 25 novembre, provenant d'une » tumeur du sinus, est une production fibreuse beaucoup plus » dense que je ne le préjugais. C'est, en somme, un fibrome » du sinus et non pas un myxome. Rien ne permet de croire » à une nature maligne du néoplasme ; je crois toutefois que » les fibromes du sinus sont sujets à récurrence. »

La tumeur étant donc bénigne, il n'est pas nécessaire d'enlever le maxillaire en totalité, mais il faut enlever la tumeur tout entière et détruire soigneusement son point d'implantation, amorce de récurrence, tout en évitant le plus possible les déformations trop grandes. Pour y voir clair, il est indispensable de trépaner le sinus. C'est ce que fait M. le professeur Folet le 28 novembre.

L'incision de la commissure est rouverte, la lèvre supérieure relevée et l'ouverture faite au périoste largement agrandie. Puis la fenêtre déjà existante est agrandie et la paroi antérieure du sinus détruite, fragment par fragment, permet

d'enlever, par morcellement, la tumeur qui remplit le sinus dont elle épouse toutes les anfractuosités. Pour l'avoir en totalité, il faut râcler les parois, curer la cavité. Au cours des manœuvres faites pour vider complètement l'antre d'Highmore, on voit nettement le point d'implantation de la tumeur situé à la partie inférieure, antérieure et externe du sinus vers l'arcade dentaire.

Pour éviter la récurrence, on se propose de détruire ce point d'implantation soit par le thermocautère, soit par un attouchement caustique, mais pendant les manœuvres en tous sens faites pour vider le sinus, le point d'implantation osseux se brise par morceaux et s'en va en miettes, ce qui constitue la meilleure des abrasions.

La cavité est soigneusement lavée, la muqueuse et le périoste sont rabattus de façon à fermer l'antre d'Highmore et fixés par quelques points de suture en laissant un drainage à la partie inférieure. L'opération est terminée par les sutures de la joue et de la lèvre et par un lavage de la bouche à l'eau oxygénée étendue.

4 décembre. — Le drain est enlevé. Jamais d'élévation de température. On continue à prescrire des lavages de la bouche avec de l'eau oxygénée étendue.

10 décembre. — Le malade demande à sortir de l'hôpital, ce qui lui est accordé sans difficulté. Il lui reste encore à l'endroit où était le drain une petite ouverture permettant l'introduction d'un stylet.

4 février 1905. — M. le professeur Folet revoit le malade. La guérison est parfaite. La fermeture de l'antre d'Highmore par le rideau périostéo-muqueux rabattu devant la large trépanation faite au sinus est absolument complète. Il n'y a pas d'enfoncement des téguments à cet endroit. Le voile fibreux qui constitue la paroi sinusienne antérieure est si fortement tendu, si solide et si résistant à la pression que l'on croirait vraiment qu'une reproduction osseuse se fait et est déjà en très bonne voie.

L'examen complet du néoplasme fait après l'ablation complète a révélé une tumeur composite. Voici d'ailleurs, la note définitive remise par M. le professeur Curtis :

« La tumeur nous a été remise à l'état de fragments. Ils constituent une masse d'environ vingt-cinq grammes du volume, dans leur ensemble, d'une mandarine. Ces fragments sont blanc rosé, d'aspect charnu, tachetés de stries et de plaques hémorragiques, les uns plus fermes, les autres mous et de consistance presque mucoïde.

» Les coupes faites sur divers morceaux permettent de distinguer les détails suivants :

» 1^o Les fragments les plus durs sont constitués uniquement de faisceaux de fibres conjonctives rectilignes ou ondulées qui s'entrecroisent en tous sens formant des nappes plus ou moins étendues d'un tissu fibreux adulte. Les éléments fixes du tissu conjonctif paraissent régulièrement espacés le long des fibres, sans modifications dans leur nombre, ni leur volume. Au milieu de ce tissu fibreux serpentent des vaisseaux assez volumineux, remplis de sang et donnant par place de petites hémorragies interstitielles.

» 2^o Les bourgeons plus mous ne diffèrent des précédents que par une plus grande abondance de matière amorphe répandue entre les faisceaux conjonctifs. On trouve ici tous les intermédiaires entre le tissu fibreux pur et le tissu muqueux proprement dit. En certains points, en effet, la matière amorphe dissocie complètement les fibres conjonctives et forme des trainées et des plages d'un tissu mucoïde, transparent, parsemé de cellules étoilées anastomosées.

» La substance amorphe présente ici toutes les réactions de la matière muqueuse; elle se colore en violet par l'hématoxyline, en rouge par le mucin carmin de Meyer. La structure du myxome est donc bien caractérisée, on retrouve dans ces régions des vaisseaux gorgés de sang et de petites hémorragies diffuses, interstitielles.

» En somme, dans ce néoplasme on trouve la structure du

tissu fibreux adulte passant en certains points au tissu muqueux proprement dit. On peut donc qualifier cette tumeur du nom de *fibro-myxome*, production qui d'ordinaire offre un caractère bénin. »

OBSERVATION II (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le professeur GAUDIER

Volumineux polype muqueux du sinus maxillaire gauche chez une jeune femme de 22 ans. Sinusite purulente concomitante. Cure radicale. Guérison.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans qui vint à la consultation en mai 1901 pour un écoulement de pus par la narine gauche avec gêne dans la respiration du même côté. A l'examen, on constate que dans la narine droite, il n'y a rien d'anormal, le cornet inférieur droit n'est pas volumineux, il n'y a pas de pus dans le méat moyen. Du côté gauche au contraire, le cornet inférieur est rouge et volumineux. Rétracté par la cocaïne, il permet de découvrir plus facilement la région du cornet moyen, Celui-ci a subi en partie, principalement dans sa portion moyenne, la transformation myxomateuse. Il n'y a pas à proprement parler de gros polype, mais une quantité de petits recouverts d'une couche de pus grisâtre. Le méat moyen est d'ailleurs également plein de pus surtout aux orifices du sinus maxillaire, et ce pus se reforme très rapidement après assèchement du méat au moyen d'un tampon de ouate hydrophile. Ce pus provient très nettement du sinus maxillaire et non pas du sinus frontal. A l'examen diaphanoscopique d'ailleurs, celui-ci est reconnu clair. Ce même examen pour le sinus maxillaire démontre une obscurité complète à gauche, une belle tache rosée à droite.

A l'examen de la bouche, il n'existe pas de dents malades au niveau de la mâchoire supérieure et à gauche. Cette jeune

femme est sujette à des rhumes depuis son enfance ; elle ne mouche du pus que depuis deux ans, surtout le matin en se levant. Mais, depuis un mois, elle présente dans la joue gauche et dans les dents du même côté, des douleurs névralgiques presque continuelles, qui l'ont décidée à venir consulter.

Dans une première séance, nous pratiquons avec l'anse froide et par la narine, l'ablation de tous les petits polypes formés aux dépens du cornet moyen, puis nous proposons une intervention radicale pour la sinusite maxillaire, car sinusite il y a, sans aucun doute. L'intervention est acceptée.

Opération le 14 mai à la Maison de Santé, avec l'aide de M. Chevalier, externe du service. Anesthésie chloroformique. Le procédé employé est celui de Caldwell-Luc avec quelques modifications de détail. La lèvre supérieure ayant été renversée fortement en haut pour bien découvrir le sillon gingivo-labial, incision à fond de la muqueuse à quelques millimètres au-dessous du sillon depuis la canine jusqu'à la deuxième grosse molaire. Application de l'écarteur de la joue modèle de Luc qui permet de bien voir et en quelques coups de rugine, de remonter les tissus de la fosse canine jusqu'au trou sous-orbitaire, mettant ainsi la paroi antérieure du sinus bien en évidence. Tamponnement, assèchement. Un fait frappe de suite : c'est la minceur de la paroi osseuse qui s'enfonce presque sous le doigt ; aussi, ne faut-il pas s'étonner qu'elle s'ouvre au premier coup de gouge, et on constate immédiatement, dès que l'ouverture est suffisante, qu'il existe dans la cavité du sinus une tumeur solide, gris bleuâtre, recouverte partiellement de pus et ne paraissant pas saigner par elle-même. Quelques coups de pince-gouge à droite, à gauche, en haut, ont vite fait de détruire toute la paroi antérieure du sinus. La tumeur est saisie avec une pince à griffes et, au premier mouvement, est extraite très facilement sans qu'on puisse absolument préciser son point d'implantation, que nous croyons être très près ou sur le pourtour même de l'orifice principal du sinus dans le nez. Nous avons même alors émis l'hypothèse qu'il s'agissait

d'un petit polype du méat qui, ayant pénétré dans l'orifice, s'était ultérieurement développé et agrandi dans la cavité sinusiale.

Le reste de l'opération fut très simple. Comme la muqueuse paraissait peu malade, nous nous contentâmes d'un attouchemement avec une solution au chlorure de zinc à 1/50 et nous ne fîmes pas de curettage. Puis, nous pratiquâmes le deuxième temps de l'intervention, c'est-à-dire la création d'un orifice nouveau au niveau du méat inférieur à son tiers antérieur. Cet orifice fut fait à l'emporte-pièce au moyen d'une pince assez semblable à celle de Lombard et que Simal m'avait fabriquée depuis près de six mois. Une des branches étant introduite dans le sinus et l'autre dans la fosse nasale, d'un coup de pince nous fîmes sauter la tête du cornet inférieur et la portion correspondante du méat inférieur créant ainsi un orifice du volume du pouce. Tamponnement de la cavité sinusiale à la gaze simple dont la partie terminale sort par la narine. Les téguments sont alors rabattus et la suture complète est faite de la plaie gingivale.

L'opération avait duré 35 minutes, avec comme seul incident, au milieu, une petite alerte chloroformique. La mèche nasale est retirée au bout de 48 heures, puis des lavages sont pratiqués bi-quotidiens au moyen d'une sonde métallique recourbée, facilement introduite dans le sinus par la narine et avec du sérum artificiel tiédi additionné de deux cuillerées à soupe environ d'eau oxygénée à 12 volumes par demi-litre. Ces lavages furent continués pendant dix jours, époque à laquelle la malade quitta la Maison de Santé, Nous ne l'avons plus jamais revue.

La pièce extraite était composée de tissu muqueux pur très peu vascularisé, tumeur essentiellement bénigne.

OBSERVATION III

(Lambert LACK. — Communication faite à la Société de Laryngologie de Londres le 1^{er} juin 1900. Résumée in *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 1900, t. II, p. 438).

Myxomes avec distension du sinus maxillaire chez un homme de 20 ans.

Le malade a été adressé à l'auteur par M. J.-Q. Turner, qui avait aussi pratiqué l'éclairage par transparence. L'examen révéla les particularités intéressantes que voici : la paroi supérieure de l'antre gauche était repoussée en haut et pouvait être sentie faisant saillie dans l'orbite ; le globe oculaire gauche se trouvait à un niveau plus élevé que son congénère droit. La paroi interne de l'antre faisait saillie dans le nez et la fosse nasale était partiellement obstruée.

La fosse droite était occupée par des polypes.

Les autres parois de l'antre paraissaient normales. Pas de trace de pus dans le nez. Les deux antres étaient également transparents à l'éclairage. La ponction exploratrice de l'antre pour du pus a été négative. La cavité a donc été largement ouverte par la fosse canine et trouvée remplie de polypes muqueux.

Ceux-ci furent enlevés et une partie de la cloison méato-antrale réséquée. A présent, la distension du sinus persiste encore. Le cas était surtout intéressant au point de vue diagnostique car la distension sinusienne, associée à la transparence étaient des signes évidents de kyste ou d'hydropisie de l'antre.

OBSERVATION IV

(JOUSSET. — *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 1900, n° 38, p. 341.)

Fibromyxome du sinus maxillaire.

M^{me} L... se présente en mars 1899 à notre consultation gratuite ; elle demande des soins pour une affection du nez.

Très craintive, fort déprimée par des hémorrhagies nasales abondantes depuis quelques semaines, tourmentée par un écoulement fétide venant de la narine gauche, la malade est affaissée ; elle ne peut fournir que des renseignements vagues et nous sommes forcé de nous adresser à la personne qui l'accompagne.

Les données sur les diathèses qui ont pu tourmenter la famille sont peu précises. Le passé pathologique de M^{me} L... ne dénote rien de grave. La personne se rappelle qu'elle avait, depuis un long temps, des poussées du côté de la muqueuse nasale avec de l'hydrorrhée, poussées dont elle ne s'occupait pas. Elle constata, il y a environ un an, que le malaise était plus grand au moment d'un de ces coryzas ; elle resta plus longtemps enchifrenée et elle remarqua que la fosse nasale gauche paraissait fort encombrée. Des épistaxis firent demander l'avis d'un médecin.

Trois mois avant de venir à notre dispensaire, elle ressentit de la gêne dans la déglutition et observa que l'oreille gauche percevait moins les sons. Peu après, elle observa des douleurs dans le globe oculaire du même côté ; elle crut avoir des douleurs névralgiques, mais l'entourage s'aperçut que l'œil était proéminent et qu'il regardait un peu en haut et en dehors. La vue restait nette.

L'état général n'était pas bon. La malade se nourrissait mal. La faiblesse s'accroissait et la peau de la face prenait une teinte jaune.

L'anémie était grande en mars 1899. L'aspect étrange de la

face, dû à la couleur des tissus, à l'exophtalmie, le vague des réponses impressionnaient dès l'abord.

L'examen de la figure faisait constater un peu de gonflement dans les tissus de la partie sourcilière touchant au nez. La pression sur la racine du nez était pénible, le doigt trouvait de la mollesse au niveau de l'unguis. Le rebord orbitaire était mou en bas, la face antérieure du sinus maxillaire était empâtée; il n'y avait pas de traces d'abcès sous-périostique antérieur.

La narine gauche était largement dilatée. La rhinoscopie antérieure permettait de voir une fosse nasale envahie par des masses forgueuses, putrides à la place des cornets inférieur et moyen. La cloison était repoussée du côté droit, mais elle n'était que peu atteinte. Les cellules ethmoïdales antérieures étaient détruites et remplacées par des fongosités saignantes. Le stylet, promené sur la paroi externe de la fosse nasale, pénétrait dans le sinus rempli par une masse. Une autre masse bouchait l'ouverture postérieure de la cavité. Le doigt introduit derrière le voile sentait un néoplasme de la grosseur d'une forte noix remplissant le côté gauche du cavum. Il était impossible de trouver un point d'implantation.

L'examen fatiguait la malade, le nez saignait abondamment. Après avoir enlevé à la curette quelques parcelles pour les soumettre à un examen histologique, nous nettoyâmes à la glycérine phéniquée et nous tamponnâmes avec de la gaze iodoformée.

L'examen de l'oreille fut fait après ce pansement. Tympan un peu opaque, manche du marteau rétracté. Audition aérienne nulle. Audition par la mastoïde nulle également, un peu conservée sur le tragus.

L'examen du fond de l'œil n'indiquait rien de particulier.

Les débris retirés ressemblaient à du foie et nous firent croire à un sarcome dégénéré ou à un sarcome encéphaloïde. L'examen au microscope ne confirma pas cette opinion, il fit penser à une tumeur fibreuse dégénérée.

La diaphanoscopie, pratiquée le lendemain, fit constater une opacité presque complète des sinus frontaux et une opacité intense du sinus maxillaire gauche. Comme la malade consentait à un traitement, nous déblayâmes la narine à la curette et au galvano-cautère. Cela permit de constater : 1^o que la partie ethmoïdale antérieure était représentée par une paroi très mince ; 2^o que la paroi interne du sinus maxillaire n'existait plus et qu'une sonde cannelée pénétrait facilement dans le sinus, sentant une certaine résistance mais ne faisant sourdre aucun liquide ; 3^o que le naso-pharynx était envahi.

Pour expliquer l'affection, nous ne pouvions invoquer une diathèse, un état général satisfaisant ayant amené une manifestation locale. Nous ne pouvions penser à un empyème du sinus puisque la perforation de la paroi ne nous avait donné aucun liquide ; pas plus à un kyste, car cette manifestation est très rare, et quand elle existe, il s'établit très facilement une communication entre le kyste et la cavité nasale pour la sortie du liquide, qui devient souvent purulent ; pas plus à un muco-cèle faisant tumeur et repoussant les parties du voisinage parce que la masse paraissait rayonner autrement que ce genre de tumeur.

La présence dans le cavum d'une masse ayant à peu près la consistance de ce que nous constatons dans le sinus maxillaire, les hémorrhagies, la sécheresse du nez, la pression dans l'orbite nous faisaient penser à un sarcome encéphaloïde ou à un fibro-myxome.

Nous fûmes tiré de cette perplexité par la nécessité qui se présenta, deux jours après d'avoir à opérer la malade qui s'était plainte de violentes douleurs dans l'orbite et qui était tombée dans un demi-coma. Sans que l'on pût expliquer la chose, les douleurs s'étaient accentuées du côté de la tête et des signes de méningite indiquaient que l'état s'aggravait.

Le pouls était petit à 90, la respiration suspirieuse, la température de l'aisselle à 36°8.

Nous crûmes devoir proposer à la famille d'opérer pour

dégager le lobe oculaire, faire la cure radicale des sinusites et constater si la tablette interne du sinus frontal était la cause des accidents cérébraux.

L'opération fut pratiquée avec les docteurs Trouchaud et Gorez six jours après que la malade fut venue nous consulter. L'état de la personne empêcha de songer au chloroforme; pour prévenir les accidents dus à la faiblesse, on fit une injection de 300 grammes de sérum de Hayem.

Après un nettoyage rapide des parties, une première incision fut dirigée le long du sourcil gauche dans les deux tiers de sa longueur. Une seconde incision perpendiculaire à la première fut faite de l'extrémité interne à la racine du nez. La paroi du sinus frontal amincie, fut rapidement perforée; la cavité contenait peu de liquide, quelques fongosités. Un coup de ciseau fit sauter le pont de séparation des deux sinus et montra la cavité droite peu atteinte. Nous ne crûmes pas devoir rester un long temps à trouver l'orifice de communication avec le méat moyen par les cellules ethmoïdales antérieures. Ces lamelles étaient encore assez résistantes au-dessous du sinus et ne demandaient pas le curettage.

Après avoir placé quelques points de suture, nous attaquâmes la face antérieure du sinus maxillaire par une incision commençant un peu au-dessous de la partie sous-orbitaire, descendant à deux centimètres du sillon nasal et revenant en courbe dans le sillon jugo-nasal. L'incision allant jusqu'aux os permit de relever rapidement un lambeau-auvent, dans lequel nous trouvâmes le nerf sous-orbitaire et les vaisseaux. La paroi antérieure du sinus n'existait plus, le plancher de l'orbite était détruit en grande partie en-dedans. Le doigt pénétrait largement dans le nez et passait dans l'orbite. Une masse colloïde, avec des travées fibreuses, remplissait le sinus, pénétrait dans l'orbite et se dirigeait en arrière vers le naso-pharynx.

Cette masse fut retirée à la curette, et quand on voulut explorer le cavum on constata que la tumeur qui l'occupait primitivement avait été retirée par les fosses nasales.

La fin de l'opération fut un curettage des tissus, des cellules ethmoïdales, un lavage à l'eau boriquée chaude, un attouchement de plusieurs points au chlorure de zinc à 5 0/0. Quand on eut remis l'œil en place, dans l'orbite, on sutura et on tamponna avec de la gaze simple.

Le pouls avait un peu baissé, la température était à 36°5. C'est pour cela que nous fîmes une nouvelle injection de sérum de Hayem.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier si ce n'est un écoulement séro-sanguin assez abondant par le nez. Avions-nous affaire à du liquide céphalo-rachidien? Il nous était difficile de préciser. Bien que la malade ne parut pas souffrir, la température baissa, la respiration s'embarrassa et le pouls devenu plus rapide, monta à 130. L'opérée mourut le troisième jour après l'intervention, avec des signes de méningite diffuse.

L'autopsie ne put être faite.

L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un fibromyxome.

OBSERVATION V

(GAVELLO. — Communication à la 3^e réunion biennale de l'association italienne de laryngologie in *Arch. ital. di. otol.* I, 1898. Résumée in *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 1898, p. 384 et 600.)

Myxomes du sinus maxillaire

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 39 ans qui, après un empyème du sinus maxillaire droit, fut prise de douleurs à la moitié gauche de la tête, douleurs qui disparurent après l'extraction de quelques dents cariées pour se renouveler plus intenses au bout de deux mois. L'examen du nez, du pharynx et de l'oreille donne un résultat négatif. Dentition très défectueuse. A l'examen de la région

canine gauche, on constate une légère tuméfaction, la peau qui la recouvre ne présente pas d'altération. La pression provoque à ce niveau une vive douleur.

Sous la narcose chloroformique, on ouvre le sinus maxillaire en incisant le sillon labio-gingival et en pratiquant, après décollement des parties molles et du périoste, une ouverture dans la paroi antérieure osseuse de l'antre. Ce dernier ne renferme pas une goutte de pus et on trouve sa paroi interne tapissée de nombreux polypes que l'examen histologique démontra être des myxomes. Grattage et tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION VI

(WENDEL et PHILIPPS. — *The journal of. Laryngologie*, juillet 1898.
In thèse de LORCIN, observ. III).

Tumeur épithéliale de l'antre d'Highmore greffée sur un polype du sinus.

Homme de 58 ans, maître d'hôtel, alcoolique et tabagique : vu le 7 mars 1897 pour la première fois.

Le début de l'affection remontait à six ans. A cette époque, le malade aurait ressenti, pendant trois ans, des douleurs localisées à l'antre et au nez, et s'irradiant en tous sens, surtout vers les dents, trouvées en mauvais état et dont quelques-unes avaient été enlevées.

Un an et demi après, on pratique l'ouverture d'une alvéole qui fait communiquer le sinus avec la bouche, il se produit un léger écoulement de pus et de sang.

Bientôt, autour de l'orifice, apparaît une tumeur qui augmente rapidement de volume. Le tissu est granuleux, très dense; il a l'aspect d'un chou-fleur. La tumeur est pédiculée et s'étend à l'intérieur du sinus. Elle n'a jamais donné d'hémorrhagie

proprement dite, mais le moindre attouchement la faisait saigner.

L'éclairage donne une zone obscure. Les fosses nasales sont normales ; pas de polypes ni d'hypertrophie. Pas d'exophtalmie, pas d'antécédents cancéreux dans la famille ; le malade nie tout antécédent syphilitique.

Croyant avoir affaire à un polype, on propose une intervention qui est pratiquée le 14 mars 1897. La masse est enlevée à l'anse froide ; on agrandit l'ouverture et on racle le sinus avec une curette : hémorrhagie abondante.

Les organes voisins ne sont pas envahis par la tumeur ; la cavité est lavée au chlorure de zinc et pansée à la gaze iodoformée. Pas de suites opératoires ; le malade se rétablit vite et, au bout de six semaines, la plaie est fermée.

Le 10 mars 1898, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération, on ne constate pas de traces de récurrence.

L'examen anatomo-pathologique fut fait par MM. Wright et Prudden. Il s'agissait d'un épithélioma greffé sur des polypes du sinus maxillaire.

OBSERVATION VII

(P. KOCH. — *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* Paris 1885, p. 9.)

Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans ; d'une constitution robuste, elle n'a jamais été sérieusement malade.

Au printemps dernier, il y avait huit ans qu'à la suite d'une soi-disant fluxion, la malade avait gardé à l'intérieur de la bouche à la mâchoire supérieure, au-dessus de la dent canine gauche, un petit bourrelet qui parut implanté à la surface extérieure de l'os ; cette excroissance fut enlevée à l'aide de ciseaux courbés à plat ; ce fut deux ans après l'apparition du mal. Mais bientôt après, la repullulation recommençait et cette fois-ci la marche en était beaucoup plus rapide ; la malade

accusait un écoulement séreux de la narine gauche le matin ; il n'existait ni douleur profonde, ni épistaxis : ces dernières n'apparurent qu'au moment où la malade devint enceinte et durèrent tout le temps de la grossesse, pour disparaître après l'accouchement ; ce dernier se fit d'une façon normale, l'enfant était sain.

Entre temps, la joue gauche était devenue tout à fait proéminente, la cloison nasale fut trouvée déviée vers le côté droit, la narine gauche était à peu près complètement obstruée ; épiphora incomplet à gauche ; œil gauche projeté très peu au dehors, on ne pouvait constater ni dyspnée, ni dépression de la voûte palatine.

L'examen rhinoscopique fit voir l'espace naso-pharyngien ainsi que les cornets inférieurs et moyens normaux.

L'occlusion nasale à gauche provenait donc seulement de la partie antérieure de la narine gauche. La présence d'un polype fibreux, siégeant dans le sinus maxillaire gauche, en était donc la cause évidente.

La malade demandait l'opération radicale uniquement à cause de la défiguration ; pour le médecin, l'extirpation totale était indiquée par l'état général très satisfaisant de la malade, par l'accroissement rapide et continu du néoplasme et surtout parce qu'un examen très minutieux n'avait pas fait présumer l'entrée du polype dans la cavité crânienne. En effet, si cette dernière éventualité avait pu être soupçonnée, les règles de la chirurgie auraient fait remettre l'extirpation jusqu'au moment où les fonctions de la respiration et de la déglutition auraient été entravées et n'auraient permis de ne faire alors que l'ablation partielle.

Etant décidé à faire la résection complète du maxillaire supérieur gauche, je divisai la peau selon la méthode conseillée dans le temps par Nélaton, c'est-à-dire suivant une ligne légèrement convexe en bas et en arrière, allant du milieu de la pommette jusqu'à un centimètre en dedans de la commissure des lèvres. Le lambeau supérieur étant disséqué et relevé, la

section du nerf sous-orbitaire fut pratiquée. La paroi antérieure du sinus maxillaire étant mise, de cette façon, complètement à nu, on constatait que cette paroi avait à peine l'épaisseur d'une feuille de papier et qu'à sa partie inférieure elle était perforée par le néoplasme. Cette perforation répondait à cette petite tumeur perceptible longtemps avant l'opération en dedans de la lèvre supérieure, tumeur qui avait été une fois extirpée déjà au moyen des ciseaux de Cooper. En face de ces circonstances, l'idée de la résection complète fut abandonnée ; les apophyses frontale, zygomatique et palatine furent conservées intactes, et seule la paroi antérieure amincie fut réséquée en sa totalité, en ce sens que la perte de substance produite antérieurement par la tumeur buccale fut agrandie dans une étendue circulaire sur toute la surface faciale du maxillaire supérieur.

Comme cette paroi était adhérente à la tumeur, l'hémorragie en masse était très abondante et ne cessait qu'après l'énucléation complète du néoplasme, dont la grandeur était celle d'un gros œuf de poule. La paroi postérieure du sinus usée et adhérente aussi fut enlevée en même temps, de sorte que la majeure partie de la surface d'implantation de la tumeur fut extirpée ; la partie restante de cette surface fut cautérisée énergiquement au thermocautère Paquelin et les lambeaux cutanés furent réunis par la suture entortillée.

Les produits de la suppuration intérieure s'évacuèrent très facilement par les deux ouvertures artificielles dans la bouche et dans le pharynx. L'incision cutanée guérit sans suppuration aucune ; cette première intention ainsi que la possibilité d'avoir pu conserver les parties saillantes du maxillaire supérieur, ces deux facteurs favorables, furent cause que le visage de la malade ne fut aucunement défiguré. Le nettoyage du sinus se fit très facilement et avec efficacité, moyennant la douche nasale introduite par cette ouverture antérieure située au-dessus de la canine supérieure gauche. Cette ouverture existe tout aussi béante aujourd'hui ; elle facilite au médecin le contrôle de l'éventualité d'une récurrence, laquelle jusqu'à ce jour (4 ans après l'opération) n'a pas eu lieu.

OBSERVATION VIII

(In thèse de SOULÈS.)

Myxome.

La nommée Desrosier, Virginie, 58 ans, repasseuse, entre à l'hôpital civil de Versailles, salle Sainte-Sophie, n° 19, le 25 juin 1878. A son arrivée, cette femme présente du côté droit de la face une tumeur qui donne à la joue un volume beaucoup plus considérable qu'à celle du côté opposé; la tuméfaction fait disparaître les sillons naturels. En examinant la malade par la cavité buccale, on remarque tout d'abord que la voûte palatine est abaissée et forme dans la bouche une saillie de la grosseur d'une petite amande. La malade nous raconte que depuis plusieurs mois elle éprouvait des douleurs sourdes dans le côté droit de la joue, et qu'elle a consulté un médecin quand elle a vu cette grosseur survenir à son palais; ce médecin, prenant cette tumeur pour un abcès de la voûte palatine, a fait une incision non suivie de résultat; au contraire, on voit un petit bourgeon grisâtre qui tend à s'échapper par l'orifice de l'incision.

Le rebord alvéolaire est considérablement augmenté de volume; les dents molaires correspondantes sont cariées et notablement ébranlées. Tel est l'état de la malade à son entrée à l'hôpital.

Nous avons tout lieu de supposer que nous avons affaire à une tumeur fongueuse ou polype, ayant son siège dans l'antre d'Highmore, car l'examen des fosses nasales et des parties voisines ne nous donne que des renseignements négatifs.

27 juin. — M. le docteur Ozanne fait enlever les deuxième et troisième molaires cariées et ébranlées, et le lendemain il pratique l'opération suivante :

La malade étant chloroformée, il brise à l'aide d'un perforatif la lamelle osseuse qui sépare les racines dentaires de la

cavité du sinus et, par cette ouverture, introduit une pince à polypes avec laquelle il retire une tumeur d'aspect muqueux qui se laisse très facilement déchirer et qui sort avec une quantité considérable de sang. Le doigt introduit dans la cavité fait sentir du côté de la voûte palatine les os tellement amincis qu'on perçoit très bien la sensation de parchemin et que la moindre pression suffit pour faire sauter une petite lamelle osseuse. De cette façon, nous avons deux ouvertures à la cavité : l'une du côté du rebord alvéolaire et l'autre du côté de la voûte palatine.

Après s'être assuré qu'il ne reste plus de trace de la tumeur dans l'antre d'Highmore, le chirurgien fait une forte injection détersive et passe un tube à drainage par les deux ouvertures, de façon à ménager une sortie facile à la suppuration qu'on excite d'ailleurs les jours suivants à l'aide de quelques injections iodées.

L'examen microscopique de la tumeur a fait reconnaître les caractères des myxomes avec une quantité notable de cellules adipeuses.

Pendant la nuit qui a suivi l'opération, notre malade n'a pas dormi, et le lendemain, nous trouvons la joue plus tuméfiée. Au bout de quelques jours, les accidents paraissent notablement diminuer; une suppuration franche s'établit, la malade recouvre l'appétit et le sommeil.

Vers le 15 juillet, on enlève le tube à drainage, et les fistules se rétrécissent de plus en plus.

8 août. — La malade va très bien; elle demande sa sortie, qui lui est accordée sans difficulté.

Nous avons revu cette malade dans le courant d'octobre, et la guérison ne s'est pas démentie. Les deux fistules sont complètement fermées.

OBSERVATION IX

(LANNELONGUE. — In thèse de SOULÈS, obs. II. *Résumée.*)

Le nommé Delsaux, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital, le 3 septembre 1877, pour deux fistules placées au-dessous de la paupière inférieure gauche, en regard du bord orbitaire. Par ces fistules s'échappent deux fungus ayant le volume d'une mandarine, qu'on détruit par les flèches caustiques et le fer rouge, et qui n'ont plus, le 18 novembre, que le volume d'une amande. Ces fungus, très saillants, ont été à chaque pansement, le siège d'hémorrhagies abondantes.

Au milieu des bourgeons charnus, le stylet pénètre dans une cavité profonde de 4 ou 5 centimètres, et trouve les os altérés avec de grosses fongosités. Cette cavité paraît être le sinus maxillaire, d'autant plus que bien qu'on ne trouve pas de dents malades, il existe une douleur dans la cavité buccale, réveillée par le toucher, au-dessous de la troisième molaire et au-dessous de l'os malaire. Le malade a, dit-il, reçu dans la figure un coup de genou d'un de ses camarades, et ce n'est que quinze jours plus tard que les fungus se sont développés.

L'enfant ayant des épistaxis très fréquentes et très abondantes survenant à la suite de la moindre marche, était au lit depuis deux mois, quand il se plaignit de douleurs dans la hanche gauche, et on trouva alors les caractères d'une coxalgie au début.

20 novembre. — Une incision parallèle au bord adhérent de la paupière a réuni les deux ouvertures par où sortaient les fongosités. Je les ai détachées et suis arrivé dans un orifice creusé à la partie antérieure du sinus maxillaire sur une étendue d'un demi-centimètre. Le doigt introduit dans l'orifice pénétrait dans le sinus qui était rempli d'une masse molle, élastique, formée par des fongosités ou des polypes. J'ai extirpé cette masse molle, que j'ai reconnue être un polype provenant

des parois du sinus. Avec la rugine, j'ai nettoyé les quelques points où paraissaient s'implanter les polypes et j'y ai même éteint un fer rouge. Une fois le sinus débarrassé, j'y ai introduit mon doigt et j'ai reconnu un orifice osseux de ce sinus dans les fosses nasales avec la membrane pituitaire qui le fermait en grande partie. Un stylet introduit par les fosses nasales nous a permis de vérifier ce fait.

L'examen histologique fait par M. Dolleris, interne du service, a fait constater l'analogie complète des fongosités avec les polypes muqueux des fosses nasales.

7 décembre.— La plaie va très bien ; elle a considérablement diminué. Il ne reste plus qu'un simple orifice.

15 décembre. — Chose bizarre, dans l'espace de 3 semaines, les polypes ont repoussé au point de remplir le sinus et de venir faire saillie par l'ouverture au milieu des bourgeons charnus, où on les reconnaissait à leur aspect blanc, miroitant. Hier, nouvelle tentative opératoire ; extraction de tous les polypes, broiement de leur insertion au point que j'ai détruit une partie de la cloison qui sépare le sinus des fosses nasales. J'ai gratté fortement le sinus, enlevé par suite une série de polypes et, de plus, j'ai cautérisé la paroi du sinus en y éteignant sept ou huit cautères.

24 décembre. — La cavité opératoire est en bon état ; déjà partout se dessinent les bourgeons charnus. Pas d'œdème de la face ; seulement adénites multiples des parties latérales du cou.

3 janvier 1878. — Du côté du sinus maxillaire, couche de bourgeons charnus rouges qui fait diminuer de plus en plus l'ouverture de ce sinus. En un mot, la plaie va très bien. Du côté de la cuisse, la coxalgie est en voie de résolution.

11 janvier. — L'enfant va bien. La plaie se remplit ; on ne voit plus l'orifice de communication avec le sinus.

15 avril 1878. — Sortie. La guérison est complète.

OBSERVATION X (résumée)

(DEMARQUAY. — Observation recueillie et publiée par Bourdilla
in *Gazette Médicale de Paris*, 1868.)

Fibrome ayant subi la dégénérescence calcaire

Un homme âgé de 33 ans est entré le 27 mars 1868, dans le service de M. Demarquay pour une tumeur du sinus maxillaire gauche dont le début remontait à 18 années.

Au moment de l'examen, cette tumeur forme une saillie volumineuse au niveau de la joue ; le nez est reporté à droite, la narine gauche est oblitérée et la narine droite en partie fermée par le déjetement de la cloison ; la voûte palatine refoulée proémine dans la cavité buccale.

Enfin, la joue est le siège d'un empâtement récent. On voit vers la partie moyenne du sillon naso-labial un trajet fistuleux qui donne issue à un liquide très fétide. Un autre trajet semblable et qui communique aussi avec la partie centrale de la tumeur existe dans le point correspondant à la première grosse molaire. Un stylet introduit dans ces conduits donne la sensation d'un séquestre mobile et dur.

L'odorat est complètement aboli et ce n'est qu'avec peine qu'on introduit une sonde cannelée dans la narine droite ; enfin, la mastication est assez difficile. La parole, la vue et l'ouïe sont intactes. Les ganglions voisins ne sont pas engorgés. Cette tumeur n'est le siège d'aucune douleur spontanée ni provoquée ; elle est fixe, assez dure et l'on n'y perçoit pas de crépitation ; elle n'a entraîné aucun désordre général, toutes les fonctions s'exécutent avec régularité et le malade, qui s'est marié il y a plusieurs années, a un enfant bien portant. Le malade n'accuse aucun antécédent héréditaire ou acquis, et il n'a aucun souvenir d'avoir reçu une contusion à cette région.

La tumeur a suivi dans sa marche un développement très lent. Les trajets fistuleux remontent à huit mois seulement. A

cette époque, la joue a subi une tuméfaction inflammatoire considérable qui a nécessité en plusieurs points l'emploi du bistouri. A la suite de ces ponctions, deux trajets fistuleux ont persisté donnant issue à un liquide infect qui rappelle l'odeur des os nécrosés. Trois dents manquent au niveau du mal; elles ont été enlevées, la première vers le début de la maladie, les deux autres il y a quelques années seulement.

Le diagnostic porté fut celui de tumeur du sinus maxillaire et l'ablation du maxillaire, décidée dès le principe, fut pratiquée le 11 avril. L'ablation offrit quelque difficulté parce que la tumeur était très volumineuse, mais le malade guérit rapidement, et au moment de sa sortie le 8 mai, l'état des parties permet l'emploi d'un dentier artificiel qui rend la phonation aussi distincte qu'à l'état normal. Le maxillaire enlevé, si on pratique une coupe sur la tumeur, on constate que son centre est occupé par une production libre de toutes parts et rappelant par plusieurs de ses caractères un séquestre osseux.

Mais l'examen microscopique fait par M. Bouchart et l'examen chimique fait par M. Naquet ont permis de constater l'existence d'une trame fibreuse avec une infiltration de sels calcaires et nous avons conclu à l'existence d'un corps fibreux du sinus qui s'est calcifié et dans lequel l'exagération des éléments calcaires à la partie centrale a eu la mortification pour résultat.

OBSERVATION XI (*résumée*)

DEMARQUAY. — *Gazette Médicale de Paris*. 1867. — Observation recueillie par M. DESPLAT.

Fibrome ayant subi la dégénérescence calcaire.

M. L... est aujourd'hui âgé de 53 ans; il a exercé pendant longtemps l'état d'émailleur et a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a environ vingt ans, époque à laquelle débuta

probablement, le mal pour lequel il est entré à la maison de santé. On doit cependant noter que M. L... a eu, tant avant qu'après l'époque indiquée, les accidents suivants :

1^o Il y a vingt ans, un chancre traité par le mercure, ne donnant lieu à aucun accident secondaire ;

2^o Dix-huit mois après, un deuxième chancre accompagné d'adénite non suppurée et guérissant comme le premier, sans avoir été le point de départ d'autres accidents indiquant que la syphilis était devenue constitutionnelle ;

3^o Je note pour mémoire l'apparition pendant plusieurs années consécutives d'accidents rhumatismaux se portant sur les articulations. Les accidents ont apparu il y a huit ans et n'ont pas reparu depuis trois ans.

A part cela, M. L... a toujours joui d'une bonne santé, et aujourd'hui même, n'étaient les accidents qu'il présente du côté de la face, on le croirait parfaitement bien portant.

Ce malade raconte qu'il y a environ vingt ans, après avoir introduit dans sa bouche un corps très froid qui, au contact d'une dent cariée, avait déterminé une très vive douleur, il constata, au bout de quelques heures, l'existence d'une tuméfaction sur la joue gauche. Cette tumeur était, du reste, complètement indolore et ne présentait aucun caractère inflammatoire.

Elle persista pendant vingt ans sans révéler autrement sa présence qu'en occasionnant une difformité assez disgracieuse. Il y a six mois, à la suite d'un refroidissement, se produisit une fluxion très douloureuse qui se termina par l'évacuation d'une quantité considérable de pus.

L'ouverture qui lui avait donné issue resta fistuleuse. En même temps que cette fluxion, avaient apparu des névralgies dentaires très vives ; les dernières dents molaires du côté gauche s'étaient ébranlées à tel point que le malade en avait arraché une avec le seul secours de ses doigts. Le vide laissé par cette dent ne s'était pas comblé et la plaie n'a cessé depuis lors de donner du pus. Vers le commencement de novembre

1866 se produisit une nouvelle fluxion suivie de plusieurs autres survenant à des intervalles très rapprochés, se terminant toutes par l'écoulement de pus et la formation de nouveaux trajets fistuleux. Les névralgies dentaires persistaient et le malade, incommodé par cette douleur, arrachait lui-même une deuxième dent, tandis qu'il en faisait extraire une troisième par un dentiste. Les plaies ne se cicatrisèrent pas et leur fond donnait encore du pus au moment où le malade fut opéré. Outre cela, sa face était tuméfiée et rouge, la bouche et la narine gauche étaient inondées d'un pus infect et les douleurs étaient de temps en temps assez vives.

Vers la fin de décembre apparut un point fluctuant sur la joue gauche à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse-malaire.

Ce petit foyer s'ouvrit à l'extérieur et resta fistuleux. A l'examen pratiqué à ce moment, on constate une tuméfaction de la joue. Les paupières œdématiées rendent difficile la constatation d'une légère exophtalmie; sur la joue, on constate l'existence d'un pertuis qui donne de temps en temps issue à des gouttelettes de pus. Un stylet qu'on y introduit se dirige en dedans et en haut et aboutit à une surface résistante inégale et immobile. A la palpation on trouve les parties molles et on constate une saillie osseuse assez considérable, correspondant à la partie antérieure du sinus-maxillaire.

La narine du même côté est rétrécie et insensible aux odeurs. Elle est, de plus, le siège d'un écoulement purulent fétide.

La voûte palatine percée de plusieurs fistules offre une induration considérable des parties molles et une véritable dépression due à l'altération de la paroi osseuse qui était déprimée du côté gauche. Quant à l'état général, il était aussi satisfaisant que possible; le malade buvait et mangeait; sur aucun autre point du corps on ne découvrait d'altération pouvant être rapprochée de celle qui existait à la face.

Le diagnostic porté fut celui d'un séquestre, dont la présence donnait lieu aux symptômes inflammatoires, sans que, toutefois, ce diagnostic soit adopté d'une manière absolue, et on décida de tenter l'ablation du séquestre.

L'opération fut pratiquée le 4 janvier. On pratiqua une incision oblique allant du lobule de l'oreille à la commissure labiale du côté gauche. Le lambeau supérieur décollé et le maxillaire mis à nu on constata qu'il était impossible d'extraire le séquestre et on se décida à enlever le maxillaire entier à l'aide de la scie à chaîne, du ciseau et de la pince de Liston. Le maxillaire enlevé fut examiné avec soin. On constata une augmentation de volume et de densité très sensible. La cavité du sinus avait entièrement disparu. Une substance blanche et d'aspect ostéo-cartilagineux l'avait entièrement comblée et repoussait sur plusieurs points les parois avec lesquelles cependant elle ne contractait pas d'adhérences. La consistance de cette matière variait un peu suivant les points; sur quelques-uns elle paraissait fibreuse, sur d'autres l'élément osseux semblait dominer. A la partie moyenne existait un fragment assez volumineux, d'aspect noirâtre et tout à fait semblable à un séquestre; ce fragment anguleux détruit sur divers points était environné de débris et de fragments de moindre volume; tout autour, comme autour des os nécrosés se trouvait un pus extrêmement fétide.

La cavité dans laquelle était renfermé le séquestre, s'ouvrait au dehors par plusieurs trajets fistuleux; de plus, la paroi inférieure, formée par la voûte palatine était presque entièrement détruite.

Examinée au microscope, la tumeur ne présentait qu'une trame fibreuse entre les mailles de laquelle se trouvaient de gros grains réfractant fortement la lumière qu'on reconnut être des grains calcaires. Sur aucun point on ne put découvrir d'ostéoplastes.

Il semble donc que cette tumeur avait été d'abord de nature fibreuse; qu'elle s'était développée aux dépens de la muqueuse et du périoste interne et que peu à peu s'étaient déposées entre ses mailles des granulations calcaires.

OBSERVATION XII

(MALGAIGNE. — *Revue médico-chirurgicale* 1853, in thèse de Soulès.
Obs. III.)

Beauger, 39 ans, maçon, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 1^{er} avril 1852.

Il y a cinq mois environ ce malade ressentit un très violent mal de dents, qu'il attribua à une fraîcheur, et, dès cette époque, il se tira lui-même une dent déjà branlante. La douleur s'apaisa notablement, et l'appétit et le sommeil subsistant, le malade continua à travailler. Mais voyant persister une douleur sourde dans la mâchoire et sentant même survenir un peu de gêne dans la mastication, il se fit de nouveau tirer une dent. Les mouvements de la mâchoire devinrent de plus en plus difficiles et enfin la gêne étant arrivée au point de permettre à peine de desserrer les dents, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons la joue gauche un peu plus grosse que la droite ; cette sorte d'empâtement, au dire du malade remonterait à trois semaines. Les dents molaires supérieures gauches sont vacillantes, ou plutôt elles sont implantées dans des chairs et des alvéoles sans résistance. Les gencives correspondantes sont fongueuses, molles, saignantes. Le bord alvéolaire paraît ramolli, carnifié, mais il n'y a pas de trace de tumeur dans la bouche. Depuis quinze jours la gêne des mouvements est telle que le malade ne peut plus broyer d'aliments solides. Pour examiner la mâchoire malade, on est obligé aujourd'hui de lui introduire un bouchon entre les dents. Rien d'anormal du côté des narines ; le malade n'a pas saigné du nez depuis qu'il souffre. Il éprouve dans la joue des douleurs sourdes et profondes et se plaint d'un suintement de pus assez fétide dans la bouche. L'appétit est perdu et la nuit ramène un mouvement fébrile.

Le 8 avril M. MALGAIGNE procéda à l'opération de la manière suivante : le malade étant chloroformé, le chirurgien fit d'abord sur la joue une incision transversale correspondant à toute la longueur de la partie malade du bord alvéolaire, en respectant la commissure labiale ; mais les gencives fongueuses n'étant pas assez à découvert, il fut forcé de prolonger l'incision jusqu'à la commissure. Les lambeaux furent écartés et pincés en travers par deux aides, afin d'arrêter le sang. Le bord alvéolaire, ainsi mis à découvert, fut attaqué avec un fort bistouri en serpette, et toute la partie carnifiée enlevée avec les gencives malades. Il en résulta une ouverture par laquelle l'index put pénétrer dans le sinus maxillaire qu'on trouva rempli par une tumeur molle, non pédiculée, saignant à la moindre pression, offrant au doigt la sensation veloutée que donnent les fongosités des muqueuses et remplissant presque complètement le sinus. M. Malgaigne annonce qu'il y a là une simple dégénérescence fongueuse et non une tumeur de mauvaise nature, et en conséquence il se contente d'écraser à l'aide du doigt, contre les parois solides du sinus, toutes les fongosités qui remplissent la cavité. Cet écrasement est suivi d'une véritable pluie de sang, qu'on arrête en pratiquant le tamponnement en queue de cerf-volant. Dans la pensée du chirurgien, outre l'arrêt de l'hémorrhagie, ce moyen devait avoir pour but de déterminer une suppuration éliminatrice des végétations écrasées et de modifier profondément la muqueuse en développant des bourgeons charnus à sa surface. L'opération fut terminée en réunissant par suture la plaie de la joue.

Le 13 avril, cinq jours après l'opération, on enlève les épingles de la joue ; la plaie s'est réunie par première intention dans toute la longueur de dix centimètres. La suppuration s'est franchement établie dans le sinus ; comme le pus arrive en assez grande quantité dans la bouche, avec une odeur nauséabonde pour le malade, on enlève le tamponnement. Injections, deux fois par jour, dans le sinus avec de l'eau légèrement alunée. Gargarisme astringent.

La suppuration diminue de jour en jour. Le malade a recouvré presque complètement la liberté de ses mâchoires; il a seulement un peu de paralysie du côté gauche de la face.

23 avril. — La suppuration a presque disparu et le malade ne se plaint pas du passage des aliments dans le sinus; il continue toujours, du reste, à se gargariser avec soin.

3 mai. — Le malade demande sa sortie qu'on lui accorde sans difficulté.

OBSERVATION XIII

(MALGAIGNE. — *Revue médico-chirurgicale*, 1853.

In thèse de SOULÈS, obs. V).

Florentin, François, 47 ans, journalier, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 10 juillet 1852.

Dans le courant de février 1850, ce malade eut une fluxion à la joue gauche, puis un abcès qui s'ouvrit au dehors et se ferma spontanément au bout de trois mois... En février 1852, il survint un nouvel abcès qui s'ouvrit dans la bouche; puis, sur la joue, un petit bouton qui, écorché par le malade, devint bientôt l'orifice externe d'une fistule.

Le malade vint une première fois à l'hôpital et passa quinze jours dans le service de M. Malgaigne. Des injections iodées diminuèrent la suppuration abondante sans la tarir complètement. La sonde, portée au fond de la fistule, n'y rencontrait aucune altération osseuse.

Le 10 juillet, le malade revint; la suppuration était très abondante, et il demanda à être guéri à tout prix de cette infirmité dégoûtante. Cette fois, le stylet constata une altération de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Le 29 juillet, M. Malgaigne procéda à l'opération.

Il pratiqua sur la joue une incision de 4 cent., ayant pour centre l'orifice fistuleux. Les bords de la plaie écartés, on

arriva sur la partie antérieure du sinus, ramollie dans une étendue d'un centimètre et demi.

Cette paroi, attaquée avec la serpette et avec la gouge, ne tarda pas à céder; le doigt, introduit par l'ouverture, pénétra alors dans le sinus et y trouva la muqueuse épaissie et fongueuse, surtout au pourtour de la partie enlevée. On écrasa ces fongosités, qui ne fournirent pas un écoulement de sang très abondant; on tamponna néanmoins le sinus, et, pour faciliter l'écoulement du pus, une contr'ouverture à travers l'os maxillaire fut faite avec la gouge dans l'intérieur de la bouche, au-dessus de l'arcade dentaire.

31 juillet. — On retire le tamponnement. Le malade ne se plaint pas de la tête, mais du pus qui coule dans la bouche.

Le 2 août, survient un érysipèle occupant la joue malade, les paupières du même côté, le nez et un peu la joue du côté opposé.

Les jours suivants, les ganglions du cou se prennent et l'érysipèle se promène autour de la tête et du cou; heureusement que la partie réunie de la plaie ne se décolle pas.

12 août. — La rougeur commence à s'éteindre et les phlyctènes à se dessécher.

16 août. — La plaie est à peu près cicatrisée, toute trace d'érysipèle a disparu; il ne s'écoule plus de pus dans la bouche depuis assez longtemps.

26 août. — La cicatrisation est complète; la joue est seulement déprimée à la hauteur de l'incision. Le malade est guéri et peut s'en aller.

OBSERVATION XIV

(MALGAIGNE. — *Revue médico-chirurgicale*, 1853.

In thèse de SOULÈS, obs. IV.)

Boutor, Édouard, 15 ans, apprenti polisseur d'acier, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 29 mai 1852.

Il y a cinq semaines, étant en convalescence de la scarlatine, il avait ressenti à la joue droite de la rougeur et de la chaleur, bientôt suivies d'un gonflement si considérable que l'œil en fut complètement fermé. Quelques jours après, sans épistaxis, mais à la suite d'un saignement de la gencive du côté malade un abcès s'ouvrit dans la bouche et donna issue à du pus mêlé de sang, et le temps n'apportant point d'amélioration à son état, il entra enfin à l'hôpital.

On constate une déformation notable de tout le côté droit de la face; à l'angle interne de l'œil, le gonflement est considérable, la joue rouge, tendue et amincie, l'enfoncement correspondant à la racine du nez et le sillon de l'aile du nez ont disparu ainsi que le sillon naso-labial.

En dedans de la bouche, il ne manque pas de dents à l'arcade alvéolaire supérieure du côté droit, et les dents y sont saines, mais les gencives sont saignantes et le malade se plaint depuis quelque temps de douleurs dans tout le côté de la mâchoire. Au-dessus de la première petite molaire s'aperçoit un orifice creusé dans le bord alvéolaire et qui communique avec le sinus maxillaire. Au centre de cet orifice, fait saillie une petite esquille mobile, lamelle mince qu'on enlève sans difficulté, et dont l'extraction est suivie d'un écoulement de sang assez considérable. Le stylet pénètre dans le sinus d'une longueur de 4 centimètres et donne la sensation de chairs mollasses, fongueuses, sans trace de carie ou de nécrose de l'os. En se dirigeant du côté de la fosse nasale droite, le stylet pénètre jusqu'à 7 centimètres de profondeur. L'air ne passe plus par la narine de ce côté, mais il passe bien par l'autre. La paroi interne du sinus maxillaire est contiguë à la cloison nasale, ce dont on s'assure à l'aide du stylet.

Le malade resta d'abord quelque temps en observation, une épidémie d'érysipèle empêchant de songer à l'opérer. Du 6 au 11 juin, il fut pris d'une tuméfaction considérable de la joue, puis celle-ci se dissipa. M. Malgaigne pratiqua, le 17 juin, l'opération suivante :

Le malade fut soumis aux vapeurs de chloroforme, mais non jusqu'à l'anesthésie complète, le chirurgien désirant lui conserver quelque connaissance, au cas où le sang coulerait abondamment dans la bouche; la situation de l'altération permettait de l'attaquer sans incision à la joue.

La tête étant donc solidement fixée, à l'aide d'un bistouri en serpette, le chirurgien commença par agrandir l'orifice fistuleux, en enlevant toutes les parties de gencives ou de maxillaire supérieur altérées.

L'index put alors être facilement introduit dans le sinus, dont il trouva toute la cavité remplie de végétations mollasses, fongueuses, qui se laissaient facilement écraser contre les parois. De cet écrasement résulte une pluie de sang dans la bouche, qu'on arrête par le tamponnement en queue de cerf-volant.

21 juin. — On enlève ce tamponnement.

10 juillet. — La joue est presque revenue à son état normal, il reste seulement un peu de rougeur à la peau sous l'orbite, et le 14 juillet, le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XV

(*Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1852. In thèse de FOURDRIGNIER, observation IV).

Dans la séance du 4 janvier 1852, le professeur Roux rappelle que depuis un an il a observé quatre malades porteurs de tumeurs fongueuses développées dans le sinus maxillaire, qui ont amené les déformations du sinus, nécessité des opérations, mais qui n'ont en rien envahi le tissu osseux au contact duquel elles se trouvent. La dernière est relative à une femme de moyen âge qui portait dans la joue droite une tumeur grosse comme un œuf de poule; elle avait respecté le plancher de l'orbite, mais elle avait oblitéré la fosse nasale correspon-

dante, détruit une partie du bord alvéolaire et perforé la voûte palatine. Convaincu d'avoir affaire à une tumeur développée au sein du sinus et sans adhérence avec les os, il fit une incision sur la lèvre supérieure, en-dedans de la commissure ; les téguments de la joue furent détachés ; il ouvrit ensuite la paroi antérieure du sinus qui était à découvert ; alors il fit l'extraction d'une tumeur blanchâtre au centre, composée de tissu fibreux exclusivement. Cette tumeur était développée aux dépens de la muqueuse seule.

OBSERVATION XVI

GORRÉ. — *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 359.

Polype ayant récidivé après ablation partielle.

Ablation totale. Guérison.

Radenne, 37 ans, jardinier, de constitution saine et robuste, bien portant jusqu'à sa maladie actuelle, soumis à mon observation le 7 novembre 1847, ressentait depuis plusieurs mois dans le côté droit de la face une douleur sourde et profonde.

La joue de ce côté s'était développée par degrés et amplifiée. La voûte palatine de ce même côté s'était abaissée ; le refoulement de la cloison nasale avait donné lieu à la déviation du nez à gauche. Les dents, dans la portion de l'arcade correspondant à la maladie, étaient ébranlées. L'œil était projeté en avant ; par l'intervalle libre des alvéoles s'échappaient plusieurs petites tumeurs rouges, comme fongueuses, saignant avec la plus grande facilité. Le médecin qui, jusque là, avait donné ses soins au malade avait, à plusieurs reprises, pratiqué l'incision de ces tumeurs. Une prompte récidive avait démontré l'insuffisance de pareilles tentatives.

En présence des symptômes que je viens de relater, il n'était pas permis de douter que l'origine du mal ne fut dans la

cavité du sinus maxillaire ; en d'autres termes, qu'il s'agissait d'un polype du sinus maxillaire.

Me rappelant l'opération faite par Desault dans un cas analogue, et qui se trouve rapporté dans le deuxième volume de ses œuvres publiées par Bichat, je conçus sur le champ l'idée d'enlever, à son exemple, la paroi antérieure du sinus, d'arriver par cette ouverture au produit anormal qu'il contenait, d'en opérer l'ablation, puis de modifier les tissus circonvoisins, afin de prévenir la repullulation, autant du moins qu'il serait possible.

L'opération fut immédiatement proposée ; le malade y consentit sans peine et je la pratiquai le 8 novembre.

Le sinus avait plus de quatre fois sa capacité ordinaire ; la tumeur qu'il contenait était rouge, arrondie, du volume d'une grosse noix ; elle adhérait mollement à la membrane interne de la cavité dans laquelle elle avait pris naissance, et rien ne me fut plus facile que de l'en détacher et d'en faire l'éradication complète. Je portai ensuite sur la surface muqueuse un cautère olivaire chauffé à blanc et je terminai mon opération. Les suites furent aussi simples qu'heureuses. La guérison pouvait, un mois plus tard, être regardée comme complète, et déjà le malade se trouvait capable de reprendre ses travaux habituels. Trente mois se sont écoulés depuis et j'ai la satisfaction de pouvoir déclarer que la guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION XVII

(BURGGRAEVE à Surnes. *Gazette des hôpitaux*, 1849, in thèse de FOURDRIGNIER, obs. III.)

X..., âgé de 45 ans, sans signe de diathèse, d'une constitution sanguine, et exerçant l'état de forgeron, se rappelait s'être porté, il y a plus de huit ans, un coup de marteau sur la mâchoire supérieure ; depuis lors, la tumeur s'était développée

lentement et presque à l'insu du malade ; elle était du genre des polypes, avait le volume du poing et faisait irruption dans la bouche, la fosse nasale et l'orbite. La substance osseuse avait disparu, de manière que l'os, à part son montant frontal et l'apophyse malaire, était converti en un kyste fibreux adhérent à la tumeur. Dans cet état de choses, il fallait penser à une extirpation complète; le procédé adopté fut celui de Gensoul (de Lyon), avec les modifications que nécessitait le cas; on forma un lambeau quadrilatéral qui fut relevé sur le front de façon à mettre à nu la tumeur.

Les temps divers de l'opération furent exécutés avec la gouge et le maillet.

La tumeur a pu être énucléée en entier de la fosse zygomatique, laissant un antre profond dans lequel le poing aurait pu se loger.

La fièvre qui suivit l'opération fut modérée. Dès le lendemain, on eut soin de révulser sur le canal digestif au moyen d'eau de Vienne. C'est une précaution que M. Burggraeve prend toujours dans les opérations de la face, afin de prévenir les érysipèles souvent mortels dans ces cas.

Aujourd'hui, le malade est complètement rétabli; il est curieux de voir comment la nature a réparé cette grave mutilation : des cloisons fibreuses ont séparé de nouveau les cavités buccale, nasale, orbitaire et zygomatique, et l'œil est ainsi soutenu sur ce plancher de nouvelle formation. Quant aux mouvements digestifs, phonatifs et respiratoires, ils ont repris leur régularité; le facial et la portion motrice de la cinquième paire étant restés intacts.

Il y a plus de neuf mois que M. Burggraeve a fait l'opération; la guérison peut donc être considérée comme complète.

Examen de la tumeur. — Une couche mince détachée et présentée au microscope laissa voir une trame fibro-réticulée sans trace de globules cancéreux; quelques rares vaisseaux y pénétraient. Ce tissu est du genre des analogues et ne donne aucune crainte pour la récurrence.

OBSERVATION XVIII

(Pigné. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1842. In thèse de FOURDRIGNIER, observ. II.)

M. Pigné met sous les yeux de la Société un squelette de la face qui a subi une altération fort remarquable, par suite du développement d'un corps fibreux dans le sinus maxillaire droit.

Le malade qui en était atteint était commissionnaire. Le seul accident dont il se plaignait était la diminution de la vue, l'œil étant chassé de l'orbite ; il n'y avait aucun trouble des autres fonctions ni dans la sensibilité ni dans les mouvements.

L'opération fut pratiquée d'après la méthode de Gensoul, et le malade succomba six jours après. Aucun des os n'a été altéré dans sa texture, mais tous sont dilatés et refoulés de manière à présenter une déformation complète. C'est ce fait que Dupuytren avait signalé comme propre au corps fibreux. La cloison du nez a été déjetée à gauche et appliquée contre le sinus gauche. La voûte palatine était abaissée, le plancher de l'orbite détaché et refoulé en haut, est venu s'appliquer contre la paroi supérieure de la cavité orbitaire qui est oblitérée.

Les os du nez ont été aplatis et ceux de la base du crâne sont réduits à une lamelle extrêmement mince. Ainsi, le squelette de la face a subi une distension et une flexion lente et graduée, sans ramollissement ni résorption.

OBSERVATION XIX

(CANOLE. — *Recueil périodique de la Société de Médecine*. T. II, an V de la République (1797), in Thèse de LECLER, obs. XXXIX.)

Polype occupant toute la capacité de la bouche, opération, guérison.

Marie Comber, âgée de treize ans, portait depuis longtemps, dans la bouche, une tumeur située à la partie gauche du bord

alvéolaire supérieur. La malade ignorait l'époque de l'invasion de cette maladie. La tumeur avait été longtemps comme flottante dans la cavité de la bouche, et obéissait aux mouvements que la langue lui imprimait. Elle était grosse comme une cerise et était plutôt gênante que douloureuse ; mais elle s'accrut au point de gêner la mastication, la respiration et la parole. M. Canole, chirurgien à Poitiers, fut appelé le 4 frimaire an V.

Il la trouva dans l'état suivant : la joue gauche considérablement distendue, un bourrelet de peau recouvrait la partie inférieure du globe de l'œil ; la cavité de la bouche était entièrement remplie par une tumeur lisse, polie et qui paraissait comme moulée sur le palais et la partie interne des joues. Un chirurgien avait, quelques jours avant, enlevé une partie de la tumeur, grosse comme un œuf qui pendait hors des lèvres ; il s'écoulait de la bouche un pus sanieux très fétide. En examinant cette tumeur, on voyait qu'elle était libre dans l'intérieur de la bouche et qu'elle descendait de la partie postérieure du sinus maxillaire gauche derrière le voile du palais. Dans le principe, elle avait passé à travers l'ouverture de la dernière dent molaire qui était antécédemment tombée et, dans son accroissement, elle avait chassé de leurs alvéoles, les trois autres dents molaires qui se trouvaient déjetées vers la voûte du palais et n'adhéraient qu'au tissu des gencives par leur collet ; les trois alvéoles ne formaient qu'une seule ouverture entièrement remplie par la tumeur. Sa couleur était rougeâtre et sa consistance mollassse et spongieuse ; c'était un véritable polype du sinus maxillaire.

L'état général de la malade était très mauvais, le teint plombé, le pouls fébrile, la mastication impossible, la respiration très pénible, la voix presque éteinte et jointe à cela une fétidité qui rendait la malade à charge à elle-même. L'extirpation de la tumeur fut décidée et pratiquée le lendemain de la manière suivante. La malade étant assise, la tête fixée, la bouche ouverte et maintenue écartée au moyen d'une clef

introduite entre les deux mâchoires, la face supérieure du polype fut comprimée avec une large stapule, ce qui permit de pratiquer l'extraction des trois dents déviées avec une pince droite. Introduisant ensuite les branches d'une paire de ciseaux droits, aussi loin qu'il fut possible, vers l'extrémité du bord alvéolaire supérieur, toute la portion de la base du polype qui peut être embrassée fut comprise dans l'écartement des branches. La première incision ne coupa environ que la moitié de la base, mais la deuxième acheva la section et le polype se trouva alors réduit au niveau du bord alvéolaire. Le polype fut retiré de la bouche parmi des flots de sang, il était de la grosseur du poing. La malade recouvra immédiatement l'usage de la parole.

Après un temps d'arrêt dans l'opération, pendant lequel la malade se gargarisa, elle fut continuée; les mâchoires étant ouvertes de la même manière, il fut facile de porter le doigt dans le sinus maxillaire jusqu'au plancher de l'orbite; la joue étant écartée avec un crochet, tout ce qui fut accessible au bistouri et aux ciseaux fut incisé sur la base du polype, puis on appliqua cinq ou six fois le cautère actuel en se servant d'une canule en fer blanc; l'hémorragie cessa entièrement. La malade s'étant gargarisée avec l'oxycrat, le vide du sinus fut rempli par des boulettes de charpie saupoudrée de colophane.

Pendant dix jours, gargarismes et cataplasmes; au bout de ce temps, une eschare assez considérable se détacha du sinus maxillaire, le mieux se fit sentir de jour en jour.

Au bout d'un mois l'ouverture du sinus était rétrécie par le tissu des gencives qui semblait replié vers cette cavité et la jeune fille n'y ressentait ni douleurs, ni gêne.

OBSERVATION XX

(DUBERTRAND. — *Mémoire de Bordenave*, 1748.
In thèse de SOULÈS, obs. VII.)

Polype ayant récidivé après ablation partielle. — Ablation totale. — Guérison.

Un homme âgé d'environ 75 ans portait dans la bouche une tumeur charnue du volume d'un gros pois, qui occupait un espace formé par la carie de la deuxième et de la troisième dents molaires du côté gauche. Cette tumeur occasionnait une douleur sourde; elle fut emportée par l'instrument tranchant, et on y passa un petit cautère actuel pour arrêter le sang et détruire le reste de la tumeur. Trois mois après, la tumeur reparut, ayant un double volume; elle gênait la mastication. Les deux dents cariées étaient ébranlées; les autres dents étaient douloureuses; une matière de mauvaise odeur qui sortait par le nez et par la bouche provoquait l'éternuement et la toux.

M. Dubertrand fit d'abord l'extraction de deux dents cariées; ensuite, il ébranla la tumeur, qu'il reconnut avoir ses racines assez profondément dans le sinus maxillaire; et comme elle faisait assez de résistance, l'ayant saisie avec des pinces à polypes, il en fit l'extraction, avec les précautions convenables pour l'arracher entièrement.

Après l'extraction, l'ouverture de l'alvéole était assez considérable pour permettre l'entrée du petit doigt dans le sinus. M. DUBERTRAND détruisit quelques portions de l'os maxillaire et des alvéoles qui étaient fort altérées par la carie; et l'extraction ayant été suivie d'une hémorragie, il introduisit dans le sinus un tampon imbibé d'essence de Rabel, et dans le nez des bourdonnets liés.

L'hémorragie s'arrêta, une bonne suppuration s'établit dans le sinus dès le troisième jour; la mauvaise odeur cessa; par les

médicaments et les injections convenables, il guérit parfaitement le malade en moins d'un mois, et les gencives bonnes et solides fermèrent l'ouverture du sinus du côté de la bouche.

OBSERVATION XXI

(BORDENAVE. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, Paris 1748, in thèse de SOULÈS. Obs. VIII.)

Acoluthus, médecin de Breslau, rapporte dans les mémoires de l'académie des curieux de la nature, qu'une femme âgée d'environ trente ans, vint, en 1693, de Pologne en Silésie, pour chercher des secours contre une maladie particulière du sinus maxillaire. Quelque temps après l'extraction d'une dent de la mâchoire supérieure du côté gauche, il était survenu une petite tumeur dans l'alvéole, elle fit des progrès tels qu'en deux ans elle avait atteint le volume de deux poings. Cette tumeur occupait presque toute la cavité de la bouche, et soulevait extérieurement la joue à un degré de distension qui en faisait craindre la rupture.

La machoire supérieure était béante ; les lèvres ne pouvaient se rapprocher ; et enfin dans l'espace de quelques semaines, l'augmentation de la tumeur fut si rapide, qu'on désespéra de cette pauvre femme, menacée ou de périr de suffocation, ou de faim ou de soif, par l'impossibilité de boire et de manger.

C'est cette situation urgente qui détermina à lui donner un prompt secours. La masse de la tumeur était très dure ; elle remplissait la plus grande partie de la voûte du palais et comprenait dans son centre toutes les dents supérieures du côté gauche. Pour pouvoir opérer dans cette circonstance, on agrandit préalablement la bouche par une incision transversale à la joue, qui commençait à la commissure des lèvres.

Au moyen de cette incision, on attaqua, avec un bistouri courbe, la tumeur à la partie extérieure de la circonférence ;

elle avait la résistance d'un cartilage fort dur, et cédait à peine au tranchant et aux efforts de la main qui le conduisait. On parvint néanmoins à emporter trois ou quatre dents avec une assez grande portion de l'os maxillaire supérieur. Cette extirpation ne s'étendait qu'à la moitié extérieure de la tumeur ; il fut impossible de cerner l'autre portion qui remplissait la fosse palatine ; on n'en vint à bout que par parties et à diverses reprises.

L'opération fut longue et laborieuse, et, suivant l'expression de l'observation, l'une des plus cruelles qu'il ait jamais vues. On appliquait, selon que le besoin l'exigeait, le cautère actuel tant sur les orifices des vaisseaux qui auraient pu donner lieu à hémorrhagie que sur les chairs fongueuses.

Cette dernière circonstance fait voir que ce n'est pas dans une seule fois qu'on a poursuivi l'éradication de cette tumeur, et que c'est en différents jours qu'on est parvenu à l'effet désiré par l'usage répété des moyens efficaces. Peu après les premières opérations, la maladie eut un aspect qui fit juger favorablement du succès. Le fer et le feu furent employés successivement, à diverses fois ; il n'y eut enfin d'excroissances qu'au seul endroit où la tumeur avait pris naissance. Une recherche attentive y fit reconnaître quelques portions d'os attaquées par la carie, dont l'extraction fut suivie d'une prompte et heureuse guérison.

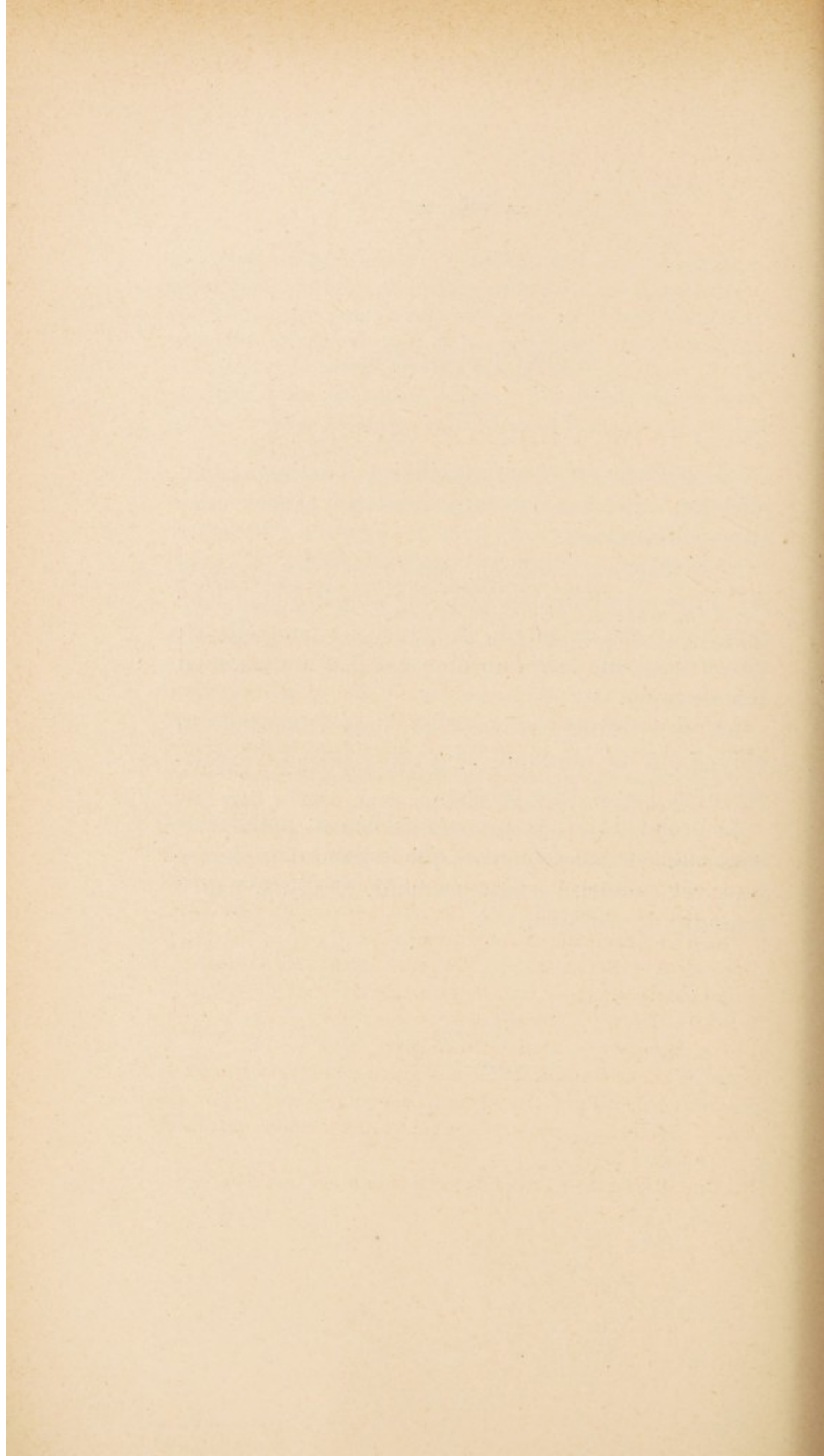
CONCLUSIONS

Les polypes du sinus maxillaire constituent une affection extrêmement rare, dont les causes sont encore inconnues.

Les symptômes diffèrent peu de ceux des tumeurs du sinus maxillaire en général ; aussi, quand leur présence a été reconnue, la nature ne peut-elle en être fixée d'une façon absolue que par un examen histologique.

Le seul traitement consiste dans l'ablation du polype qui se pratique, sauf dans des cas exceptionnels, par la voie canine.

Le pronostic de ces tumeurs est bénin ; quand elles sont enlevées totalement et que le point d'implantation est cautérisé soigneusement, il n'y a pas à craindre de récurrence.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAGINSKY. — Observation d'un polype de l'antre. (*Berliner klin. Wochens.*, 1886, n° 17.)
- BÉRARD. — Fibrochondrome du sinus maxillaire propagé à l'orbite. Résection partielle du maxillaire supérieur; évidement de l'orbite avec conservation de l'œil. (*Lyon médical*, 1903.)
- BUYS. — Etat actuel du traitement de la sinusite maxillaire chronique. (*Journal médical de Bruxelles*, 1904, p. 301-306.)
- Compendium de chirurgie pratique*. Paris, 1851, t. III, p. 119.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire des sciences médicales*.
- DEMARQUAY et DESPLAT. — Note sur un cas d'exostose ou mieux d'ostéoïde non adhérent du sinus maxillaire gauche. (*Gazette médicale de Paris*, 1867.)
- DEMARQUAY et BOURDILLAT. — Fibrome ayant subi la dégénérescence calcaire. (*Gazette médicale de Paris*, 1868.)
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- DUVAL (Mathias). — *Traité d'histologie*.
- FINK. — Sur la transformation maligne des tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore. (*Arch. f. Laryngologie*, t. I, p. 2.)
- FOLET. — Fibromyxome du sinus maxillaire. (*Echo médical*, 1905, p. 122.)
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*, t. III.

- FOURDRIGNIER. — Des tumeurs solides du sinus maxillaire. (Thèse de Paris, 1868, n° 76.)
- GIRALDÈS. — Des maladies du sinus maxillaire. (Thèse de concours pour le professorat. Paris, 1851.)
- GRAVELLO. — Des myxomes du sinus maxillaire. (Société italienne de laryngologie, 30 octobre 1897.)
- GROSSMANN. — Etude sur l'histologie pathologique de l'antre d'Highmore. (*Arch. f. Laryngologie*, t. VIII, p. 2.)
- HAJEK (M.). — Polypen in der Kieferhöhle. (*Wien Klin. Wochenschr.*, 1903, XVI, 635.)
- HEYMANN. — Ueber gutartige Geschwulste der Highmorshöhle. (*Virchow Archiv.*, 1892, CXXIX.)
- JACQUES et BERTEMÈS. — Des tumeurs bénignes des sinus de la face. (*Revue de laryngologie*, 1901, n° 34, p. 209.)
- JOUSSET. — Fibromyxome du sinus maxillaire. (*Revue hebdom. de laryngologie*, 1900, n° 38, p. 341.)
- Thérapeutique chirurgicale du sinus maxillaire. Opération de Cadwel-Luc et opération de Rouge. (*Nord Médical*, Lille, 1904, p. 32-36.)
- KOCH (P.). — Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire. (*Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, Paris, 1885, XI, p. 9-12.)
- KOLAROWITCH. — Les complications oculaires dans les affections du sinus maxillaire. (Thèse de Bordeaux, 1896.)
- LAMBERT-LAKE. — Un cas de distension du sinus maxillaire chez un homme de 20 ans (avec polypes de l'antre). (Société de laryngologie de Londres, 1^{er} juin 1900.)
- LECLER. — Des maladies du sinus maxillaire. (Thèse Paris, 1849, n° 211.)
- LE DENTÚ et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LENOIR. — De l'ouverture du sinus maxillaire par la voie nasale. (Clinique, Bruxelles, 1904, p. 481.)
- LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales et des sinus.
- Résultats éloignés des opérations faites sur les sinus

- frontaux et maxillaires. (*Revue hebdom. de Laryngologie*, Paris, 1902, p. 145-159.)
- LEVY. — Étiologie et traitement des suppurations du sinus maxillaire. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1904, p. 253-258.)
- LORCIN (Paul-Georges). — Des tumeurs épithéliales bénignes des sinus de la face. (Thèse, Nancy, 1902, n° 30.)
- MINGAZINI et LOMBI. — Paralysie unilatérale des nerfs cérébraux produite par une tumeur originaire de l'antre d'Highmore. (*Revue de Laryngologie*, 1898, p. 390.)
- POIRIER. — *Traité d'anatomie*.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — *Traité de pathologie externe*.
- SOULÈS (J.). — Contribution à l'étude des polypes muqueux du sinus maxillaire. (Thèse Paris, 1878, n° 453.)
- SYMONDS. — Préparations de polypes de l'antre. (Société de laryngologie de Londres, 8 mai 1895.)
- TISSIER. — Tumeurs du nez et des sinus. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1898.)
- WENDELL et C. PHILIPPS. — Épithélioma primitif de l'antre greffé sur un polype. (*The journal of laryngol.*, juillet 1898.)
- ZIEGLER. — *Anatomie pathologique*. (Traduction par Augier et Van Ermengem.)
- ZUKERKANDL. — *Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes*, 1895.

