

siégeant dans l'infundibulum, et non pas celui du méat moyen, puisque sur 100 cadavres il ne rencontra ce dernier que 8 ou 10 fois.

Giraldès en conclut que cet orifice, quand il existe, est le résultat d'un travail pathologique dont il a pu suivre, dit-il, l'évolution depuis l'amincissement de la membrane muqueuse du méat jusqu'à sa perforation complète. Cette opinion serait confirmée par les recherches des auteurs du *Compendium de chirurgie*, qui ne l'ont jamais rencontré chez l'enfant.

D'après Giraldès, le cathétérisme destiné à remédier à l'oblitération de l'orifice du sinus, fondé sur des données anatomiques fausses, doit être absolument rejeté de la pratique de la chirurgie. Je partage entièrement cette opinion. Malgaigne n'en paraît pas convaincu; il suffit cependant de réfléchir à la position qu'occupe, dans les fosses nasales, l'orifice de communication du méat moyen avec le sinus maxillaire, qu'il soit normal, pathologique ou artificiel, pour comprendre qu'un cathétérisme pratiqué par cette voie ne peut servir à évacuer le contenu du sinus : en effet, la plus grande partie de la cavité étant placée au-dessous de l'orifice, les liquides doivent nécessairement s'y accumuler. On serait forcé, d'après les règles les plus élémentaires de la chirurgie, en cas d'abcès du sinus, de pratiquer une contre-ouverture dans le point le plus déclive. Autant donc commencer par là, et abandonner définitivement une opération qui, fût-elle possible, serait d'avance frappée d'inutilité.

Des bords du sinus maxillaire, l'inférieur seul est important. Il est formé par la convergence des trois parois verticales et représente le sommet tronqué de la pyramide. Ce bord correspond à l'arcade alvéolaire supérieure et présente une largeur suffisante pour qu'on ait pu décrire au sinus une paroi inférieure.

La cavité du sinus est séparée des racines des grosses molaires par une très mince couche de tissu osseux; quelquefois même, on les y rencontre à nu, en sorte que le sinus peut se trouver ouvert à la suite d'une extraction de dent, accident d'ailleurs sans gravité. La cavité s'étend plus ou moins loin en avant dans l'épaisseur du rebord alvéolaire, mais, en général, il faut choisir la première ou la deuxième grosse molaire pour trépaner le sinus.

Les deux voies par lesquelles on doit pénétrer dans le sinus maxillaire sont donc la paroi antérieure, au niveau du cul-de-sac gingival, et le rebord alvéolaire. L'une ou l'autre de ces voies donne, d'ailleurs, un orifice qui siège sur un même plan horizontal, mais, ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il est très difficile d'obtenir la fermeture de cet orifice et qu'il peut rester indéfiniment fistuleux. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Luc a eu l'idée ingénieuse de créer un orifice de communication entre le sinus et la partie antérieure du méat inférieur.

La cavité du sinus maxillaire est tapissée par une membrane muqueuse, qui se continue avec la pituitaire, mais en diffère à peu près au même degré que la muqueuse du sinus frontal, si ce n'est qu'elle est un peu plus vasculaire que cette dernière et contient dans son épaisseur une plus grande quantité de glandes.

La muqueuse du sinus, et en particulier ses glandes, ont été spécialement étudiées par Giraldès, qui a tiré de ses recherches des déductions pathologiques importantes. Il a constaté, en effet, que le conduit excréteur de ces glandes avait une grande tendance à s'oblitérer, et qu'il en résultait la formation fréquente de kystes muqueux. L'auteur en est arrivé à cette conclusion très vraisemblable, si elle n'est absolument vraie, à savoir que ce qui a été décrit sous le