

cinquante ans, également envoyée à la clinique par M. le docteur Ruhlmann, est opérée le 9 mars 1850. La division du voile, très-haute et très-large, n'empêche pas les deux moitiés de la luette de se mettre momentanément en contact, pendant les mouvements de la déglutition. Les sections musculaires amènent le relâchement et l'immobilité du voile et donnent peu de sang. Quatre ligatures sont appliquées. La malade put alors, pour la première fois de sa vie, se gargariser, et sa voix parut immédiatement plus distincte. On lui recommanda le silence, mais on lui permit de boire à sa soif et aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin. Dans la soirée, une saignée du bras remédia à une assez forte céphalalgie avec douleurs dans l'arrière-bouche et les oreilles. Le lendemain, la déglutition est assez facile. Les plaies sont grisâtres et blafardes. La malade se lève et s'en trouve bien. Le 12, deux potages. Le 13, quatrième jour de l'opération, la réunion des deux moitiés du voile paraît solide. On enlève les quatre points de suture. Dès le lendemain, l'opérée n'est plus astreinte à aucune précaution, et elle quitte la clinique le 24. La forme régulière du voile est rétablie. Les piliers se sont reformés et la cicatrice des plaies du voile est presque complète. La voix est plus claire, moins nasonnée, et la déglutition parfaite.

OBSERVATION III. — M^{me} X..., de Lunéville, nous fut adressée par le docteur Saucerotte, pour une perte de substance du voile du palais, située à 0^m,005 au-dessus de la luette, de forme irrégulièrement arrondie et assez large pour recevoir le bout du doigt. Cette perforation, survenue sans causes traumatiques, avait été deux fois plus étendue, mais s'était graduellement rétrécie par les progrès de la cicatrisation. La voix était très-nasonnée, forte, enrrouée et peu distincte.

Le 10 octobre 1849, je pratique la suture des piliers postérieurs avec des ciseaux droits portés transversalement à 0^m,015 de la luette. Le voile s'élève; la perforation change de forme, devient un peu transversale et se trouve en partie fermée, dès le lendemain, par la membrane muqueuse postérieure remontée vers les os palatins.

Le 11 octobre, nous divisons les piliers antérieurs de dedans en dehors, dans une étendue de 0^m,008. L'écartement de la muqueuse de bas en haut est immédiatement de 0^m,03, et ne laisse pas de doute sur l'extrême tension du voile du palais. Cet état est probablement une des causes de l'altération de la voix, car, malgré la persistance de la perforation, qui est encore d'un diamètre assez considérable, la voix a repris un timbre plus sonore et plus net. La malade, obligée d'abandonner son traitement par suite d'affaires

particulières, revient le terminer en juin 1850. Après diverses tentatives infructueuses d'occlusion de la perforation, je prends le parti de pratiquer la staphyloraphie en complétant la division du voile par deux incisions latérales en Λ qui servent en même temps à l'avivement. Les péristaphylins internes sont coupés avec le ténotome. Deux fils appliqués en premier lieu sont retirés le sixième jour et ont été renforcés par un troisième fil, placé entre les deux premiers le quatrième jour de l'opération et enlevé le huitième. La consolidation s'est très-bien maintenue et la voix est devenue parfaitement naturelle. La malade, qui était musicienne, chante comme avant son affection et n'en éprouve aucune fatigue.

OBSERVATION IV. — M. le comte de M... me fut confié par mon excellent confrère et ami, M. le docteur Boeckel père, pour être traité d'une division congénitale du voile. Nous eûmes cette seule fois à remédier à une hémorrhagie, que nous avons observée sur aucun autre malade. Quatre points de suture furent placés, le 14 mai 1851, après les sections musculaires. Les trois premiers fils maintinrent la réunion du voile, et le quatrième celle de la luette. Le fil occupant le milieu du voile est enlevé le 16. La même extraction est appliquée le lendemain 17 à la suture de la luette. Les deux derniers fils n'ayant entraîné aucun accident inflammatoire ni ulcératif, sont laissés en place jusqu'au 22, et retirés sans difficulté; la réunion était achevée depuis longtemps, ce qui explique l'innocuité de la présence des ligatures.

Le malade fut bientôt délivré de toute gêne dans les mouvements de déglutition et de phonation, et il put prononcer de la manière la plus distincte les mots qu'on lui apprenait à répéter. Je lui ai fait lire avec beaucoup de netteté et de correction des pages entières; mais la prononciation redevenait vicieuse dès qu'elle n'était plus surveillée. L'organe rétabli et susceptible d'un jeu régulier, manquait d'éducation et réclamait des exercices patients et prolongés.

OBSERVATION V. — M. le docteur Schneider me présenta et m'aida à opérer la fille d'un de ses clients, jeune enfant de dix ans, atteinte d'une division congénitale du voile; sa prononciation était très-nasonnée et très-peu distincte. La staphyloraphie pratiquée le 12 novembre 1851 réussit bien, et la malade a recouvré une prononciation nette et régulière. Le seul accident qui compliqua l'opération fut un léger écartement de la luette, produit par la contraction de quelques fibres musculaires du pilier postérieur (pharyngo-staphylin).

OBSERVATION VI. — M^{lle} X..., âgée de vingt ans, nous fut adressée à la clinique de la Faculté. Cette jeune femme portait une large division congénitale du voile, très-arrondie près des os palatins. Les