

sections musculaires ramenèrent les deux moitiés du voile à une forme triangulaire, avec une diminution très-considérable de l'écartement primitif du voile. Quatre fils furent appliqués. Saignée le soir. Boissons émollientes.

Les ligatures furent enlevées le quatrième jour, et deux jours plus tard la malade retournait chez elle.

Cette opération, faite d'après les règles précises de notre méthode, eut le succès le plus complet et fut d'une simplicité et d'une facilité vraiment remarquables.

OBSERVATION VII. — M<sup>lle</sup> X..., de B..., nous fut adressée et recommandée par mes honorables confrères et amis, MM. Colette et Herrgott (de Belfort). La jeune malade, âgée de dix-sept ans, présentait une division du voile à gauche; la luette était restée entière et intacte. Il y avait un peu de paralysie du voile, dont les mouvements, sous le contact d'un corps étranger, manquaient d'énergie. Les piliers antérieurs étaient arrondis, tendus et très-gros; les piliers postérieurs disparaissaient dans les replis pharyngiens.

L'opération fut faite le 3 mai 1853. Les piliers furent largement divisés, et trois points de suture assurèrent la réunion. Les premiers jours furent rendus pénibles par une sorte de diphthérie (état œdémateux et pultacé des plaies) qui nous inspira quelques craintes. Plusieurs purgatifs remédièrent néanmoins à cette complication. Les plaies se détergèrent et reprirent une teinte rosée. J'enlevai, le 8, les ligatures, et la réunion persista très-régulièrement. J'attribue, dans ce cas, notre succès à la possibilité de modifier l'état général de l'opérée par des médications qui eussent été impossibles dans l'ancien procédé, où tout mouvement de déglutition était impérieusement défendu. Notre jeune malade acquit assez vite la facilité de prononcer tous les mots et les phrases qu'on l'exerçait à bien dire; mais elle reprenait des intonations défectueuses dès qu'elle n'était plus surveillée. C'était, on le voit, une éducation nouvelle à poursuivre sous le rapport de la parole, comme nous l'avons fait remarquer.

Nous ne rapporterons pas les autres opérations de staphyloraphie que nous avons eu l'occasion de pratiquer depuis ce temps par notre méthode; toutes eurent les résultats les plus favorables. Dans le cas où l'ampleur du voile du palais est considérable, les sections musculaires ne sont plus nécessaires. En voici un exemple :

OBSERVATION VIII. — Une malade âgée de cinquante-deux ans entre à la clinique le 24 juillet 1853, pour une tumeur squirrheuse développée dans l'arrière-bouche, en arrière et au-dessus du voile du palais. La déglutition et la respiration sont assez gênées pour

compromettre la vie. Le voile du palais est repoussé très-fortement en avant et en bas, et a pris, par distension, un grand développement.

Le 28 juillet, à ma leçon clinique, et en présence de mes honorables collègues MM. Schützenberger, Antoine, Michel, Fourquet, je fends le voile sur la ligne médiane avec des ciseaux, et j'enlève la tumeur au moyen de pinces-érignes et de ciseaux courbes. L'orifice postérieur des fosses nasales et la paroi pharyngienne sur lesquels s'implantait la tumeur sont ainsi débarrassés de la présence du tissu morbide, dont l'ablation a donné peu de sang.

La staphyloraphie est immédiatement pratiquée. J'applique six points de suture. La déglutition est impossible pendant les premières heures, mais devient libre le soir. Grande amélioration le lendemain. Appétit le troisième jour; on accorde des soupes. Le quatrième jour, la respiration est beaucoup plus facile qu'avant l'opération. Le cinquième, on enlève les sutures. La réunion du voile est parfaite, et la malade quitte la clinique le huitième jour, satisfaite de la grande amélioration qu'elle a obtenue.

Dans un autre cas de tumeur fibreuse basilaire, le voile que nous avons divisé verticalement, en laissant la luette intacte, se réunit spontanément. (Voy. *Polypes naso-pharyngiens.*)

*Opérations qui conviennent aux divisions du voile, compliquées d'atrophie des parties molles ou de scissure des os du palais. Formation d'un nouveau voile du palais.* J'ai été plusieurs fois consulté par des personnes atteintes de division congénitale du voile du palais, dont les tissus étaient tellement atrophiés qu'il était de toute impossibilité de les ramener au contact. Un de ces malades avait cependant été opéré, et l'on avait très-certainement dû se borner à faire une sorte de treillis avec les fils; aussi l'opération n'avait-elle amené aucune modification dans la disposition de l'arrière-bouche.

Je suis convaincu que l'art offre encore des ressources dans de pareils cas et qu'avec de la hardiesse et une connaissance exacte des rapports anatomiques on pourrait entreprendre une opération suivie de succès. Il suffirait de couper d'une part profondément en travers les deux piliers pour relâcher le voile dans le sens vertical, et d'autre part de disséquer d'avant en arrière et de dehors en dedans les portions restantes du voile, représentées par une sorte de cordon charnu; couper le muscle péristaphylin interne que l'on rencontrerait dans le fond de la plaie, détacher la paroi pharyngienne latérale et s'en servir pour reconstituer presque de toute pièce le voile du palais. Le nouvel organe limiterait sans doute supérieurement un espace assez étroit, mais il ne paraît pas néces-