

saire que la communication des fosses nasales à l'arrière-bouche ait beaucoup d'intervalle, et il suffit que l'occlusion en soit possible pour rétablir la voix et régulariser la déglutition.

Si les dispositions organiques sont trop défavorables pour laisser espérer la guérison, on a recours à un voile palatin artificiel, que fabrique M. Preterre avec un remarquable talent.

La voix de certains malades reste claire et la prononciation nette, malgré une perforation du voile. L'explication de ce fait se trouve dans la mobilité des couches musculaires, qui se superposent, particulièrement le muscle pharyngo-staphylin, et ferment la perforation.

M. le docteur Passavant (de Francfort-sur-Mein) a décrit, sous le nom de *staphylo-pharyngographie*, une opération qui consiste à unir une partie de la face inférieure et postérieure du voile avec la paroi correspondante du pharynx. Ce chirurgien croit avoir constaté que la voix reste nasonnée à la suite des opérations de la staphylographie, et particulièrement de l'uranoplastie, par suite de l'insuffisance d'occlusion des ouvertures postérieures des fosses nasales. Désespérant d'allonger le voile pour en permettre le contact physiologique avec le pharynx et déterminer l'occlusion temporaire des fosses nasales pendant la parole, il a entrepris de produire cette occlusion d'une manière définitive.

Pour arriver à ce résultat, il coupe transversalement le milieu du voile, qu'on peut alors saisir et renverser en avant sans difficulté, en conséquence de la section des muscles élévateurs et abducteurs. Il avive la muqueuse, en fait autant au pharynx, et réunit ces deux plaies par quelques points de suture. Ce chirurgien a cité des cas de succès (*Arch.*, 1865). On comprend difficilement, toutefois, comment le voile, qui ne pouvait être mis en contact par son bord inférieur avec le pharynx, pourra s'unir à ce dernier, non plus par son bord, mais par une assez grande étendue de sa surface, surtout si l'on considère que le pharynx est formé d'un plan musculaire épais, contractile et mal disposé pour ces adhésions.

Malgaigne avait entrepris une opération tout opposée, dans le but de séparer le voile du palais de la paroi postérieure du pharynx, à laquelle des adhérences cicatricielles l'avaient réuni. Il n'y réussit pas, et il raconte que M. Nélaton ne fut pas plus heureux que lui dans un cas semblable.

Hypertrophie des amygdales. Cette affection, suite d'inflammations répétées, a fait croire parfois à la dégénérescence squarreuse de ces organes. Portée à un certain degré, elle constitue

un obstacle à la respiration, à l'émission de la voix, à l'articulation des sons, ainsi qu'à l'audition, en raison du voisinage des trompes d'Eustache. On a signalé, comme résultat de la gêne de la respiration par les amygdales hypertrophiées chez les jeunes sujets, une sorte d'arrêt dans le développement de la poitrine. D'un autre côté, les amygdales hypertrophiées sont ordinairement prédisposées à des retours fréquents d'inflammation. Il y a donc de nombreuses indications de les enlever. L'opération, telle qu'on la pratique, est assez simple. Les caustiques, la ligature, l'énucléation et l'arrachement de la tumeur à l'aide des doigts, signalés par Celse, sont abandonnés.

Procédé ordinaire. Le malade, assis sur une chaise, en face du jour, a la tête renversée en arrière et maintenue par un aide. Un bouchon placé entre les dents nous paraît une complication inutile. La langue étant abaissée par un aide au moyen d'une spatule, d'une cuiller ou de tout autre instrument, et les commissures labiales portées en dehors, l'opérateur saisit l'amygdale gauche avec une pince de Museux et la dégage d'entre les piliers; puis, prenant la pince de la main gauche, il porte de l'autre main un bistouri droit, étroit, boutonné et garni de linge jusqu'à 0^m,030 de la pointe, de bas en haut, sous l'amygdale, et la divise rapidement par quelques mouvements de va-et-vient, imprimés de bas en haut. On se sert de la main gauche pour l'amygdale droite. L'opéré se gargarise avec de l'eau froide ou un liquide acidulé pour arrêter le sang; on emploierait les styptiques, l'eau glacée, les ligatures des membres, les révulsifs, les ventouses de M. Junod, et au besoin même (la nécessité s'en est présentée), le cautère actuel, si l'hémorrhagie continuait. La compression exercée par les mors garnis d'une longue pince courbe, dont l'un est porté directement sur la plaie par l'intérieur de la bouche, et l'autre en arrière de l'angle de la mâchoire, a réussi entre les mains de M. Legouest. Il faudrait une grande maladresse pour intéresser la carotide interne: ce malheur a eu lieu cependant, et on peut citer le fait raconté par Champion.

Autre procédé amygdalotome. Physic, Warren, Fahnestock ont imaginé, et Leroy d'Étiolles a perfectionné un instrument dont le kiotome a pu donner l'idée. Ce sont deux anneaux, l'un tranchant, l'autre mousse, réunis et superposés, et lorsqu'on a engagé l'amygdale dans leur milieu, on la tranche rapidement par un simple mouvement de traction imprimé au premier. Leroy d'Étiolles a fait ajouter à l'instrument primitif une pique à bascule glissant sur la tige. Lorsque l'amygdale est comprise dans l'anneau, on pousse la pique, qui en pénètre l'épaisseur, et la soulève par un mouvement de bascule; l'amygdale tranchée reste attachée à la