

tés de ces instruments doivent être les suivantes : maniement, nettoyage facile, solidité, pesanteur et volume réduits au minimum, et surtout fixation efficace du voile du palais. Ce modèle, fabriqué par Chanteloup, me paraît réaliser la plupart de ces indications. L'extrémité est malléable et prend la courbure qu'on veut lui donner, la tige est de 2 millimètres de diamètre et terminée par un anneau pour fixer le pince. Afin d'en alléger le poids, cet anneau devrait être en aluminium ainsi que la partie qui se fixe sur la lèvre supérieure. Le ressort enroulé autour de la tige maintient une pression suffisante pour tenir l'appareil en place sans causer une traction trop forte sur le voile du palais.

L'examen rhinoscopique postérieur ainsi pratiqué permet de voir toute la cavité naso-pharyngienne et donne sur le toucher digital tout l'avantage que la vue donne sur le toucher. Nous avons observé des patients rebelles aux premières applications du miroir et du releveur du voile du palais, qui, après quelques séances et quelques manipulations dans le pharynx, sont parvenus à laisser pratiquer un examen satisfaisant. Il faut donc, au besoin, savoir y apporter un peu de patience et de bonne volonté ; si au premier essai le malade fait des efforts de vomissements, essayez de nouveau, redoublez de précaution pour ne pas heurter les parties avoisinantes, engagez le patient à respirer par le nez, et après quelques instants vous réussirez peut-être dans certains cas où vous croyez la chose tout à fait impossible.

La rhinoscopie antérieure peut aussi fournir quelques renseignements dans l'histoire des tumeurs adénoïdes. Lorsqu'il existe conjointement une rhinite atrophique par exemple, vu que la cavité nasale est suffisamment grande, on peut inspecter directement le pharynx, on peut s'aider au besoin d'un stylet et se rendre compte du degré de consistance ou d'épaisseur de la tumeur si elle existe ; le champ d'observation restera forcément limité, mais le peu qui sera vu pourra aider au diagnostic, pendant les mouvements de déglutition on pourra observer le déplacement de reflets lumineux au niveau de la tumeur. Il arrive souvent que les végétations adénoïdes s'accompagnent de coryza hypertrophique. Les obstacles à la libre circulation de l'air par les narines, les transpirations auxquelles sont exposés ces patients et les refroidissements faciles qui en résultent, la stagnation des sécrétions nasales et le mauvais état constitutionnel, toutes ces causes contribuent à faire naître et à entretenir le coryza dans ces cas. Il peut arriver que les fosses nasales antérieures soient libres et que l'obstruction ait son siège aux choanes, soit par hypertrophie postérieure de la muqueuse des cornets, soit par obstacle direct venant des tumeurs adénoïdes.

Pour s'assurer de cet état, Schech a recommandé de faire une injection d'eau tiède par une narine, le passage de l'eau par l'autre narine indique que le passage est libre, si au contraire le liquide