

ment par Hippocrate dans le livre des Prédications. Voici de quelle manière il s'est exprimé à cet égard (sect. 2, p. 96, édit. Foës; Genève, 1657) : *Quibus vero ad linguæ latus ulcus fit diuturnum, animadvertendum est dentibus qui juxta sunt.*

Le traitement varie donc dans ces diverses espèces d'ulcères, selon la cause qui les produit et qui les entretient. L'ulcère syphilitique exige l'emploi local et l'administration intérieure des mercuriels. L'ulcère scorbutique réclame l'usage des lotions aiguisées avec l'acide muriatique, et à l'intérieur celui des boissons et des suc antiscorbütiques combinés avec un régime convenable. L'ulcère produit et entretenu par la mauvaise disposition d'une dent persiste jusqu'à ce qu'on ait arraché la dent, ou détruit par la lime ou de toute autre manière les pointes qui irritent et blessent la langue.

#### § 6. — De la perte de la langue.

Le défaut de langue peut être le résultat d'une violence extérieure; il peut dépendre de la gangrène survenue pendant le cours d'une inflammation violente de cet organe. Ce phénomène s'est présenté plusieurs fois chez des enfants atteints de la petite vérole; dans quelques cas aussi il a paru être déterminé par une gangrène sèche et primitive de la langue, qui est tombée ensuite en totalité.

Les individus qui ont perdu la langue par une cause quelconque sont ordinairement privés de la faculté de parler pendant un temps plus ou moins long; la déglutition et surtout la mastication ne s'exécutent qu'avec difficulté pendant une ou plusieurs années; si l'on examine l'intérieur de la bouche, on aperçoit un double mamelon, peu volumineux mais mobile, qui occupe l'endroit où se présente ordinairement la base de la langue.

Mais lorsque cet organe a été détruit depuis un temps plus long, les personnes qui l'ont perdu apprennent peu à peu à proférer quelques paroles; elles finissent le plus souvent par parler très-distinctement, et par exercer avec liberté la mastication et la déglutition: elles recouvrent aussi complètement la faculté de distinguer les saveurs, et l'on en a même vu quelques-unes chanter avec autant de facilité que si elles n'avaient pas perdu la langue. Dans plusieurs cas enfin, on a vu les hommes de l'art révoquer en doute l'absence de la langue chez des individus qui exerçaient parfaitement toutes les fon-

tions dont la langue est le principal agent, et ne se rendre qu'à l'évidence qu'ils acquéraient en explorant les parties.

Néanmoins il arrive quelquefois que les personnes qui ont perdu la langue ne recouvrent pas, au bout d'un temps même fort long, la faculté de parler. La chirurgie peut jusqu'à un certain point remédier à ce mutisme accidentel, au moyen d'un petit instrument de bois disposé en forme d'écuelle, et qu'on place derrière les dents incisives de la mâchoire inférieure. Ambroise Paré parle « d'un quidam qui eut portion de la langue coupée et demeura près de trois ans sans pouvoir par sa parole être entendu. Advint que lui étant aux champs avec des faucheurs buvant en une écuelle de bois assez déliée, l'un d'eux le chatouilla à l'instant qu'il avait l'écuelle entre les dents et proféra quelques paroles en sorte qu'il fut entendu. Puis de rechef, connoissant avoir ainsi parlé, reprit son écuelle et s'efforça à la mettre en même situation qu'elle était auparavant: et de rechef parlait en sorte qu'on le pouvait bien entendre avec ladite écuelle; il fut bien longtemps qu'il la portait sur son sein pour interpréter ce qu'il voulait dire, la mettant toujours entre ses dents. Puis quelque temps après s'avisa (par la nécessité qui est maîtresse des arts), de faire faire un instrument de bois, par le moyen duquel faisait entendre par parole tout ce qu'il voulait dire » (1). Depuis ce temps, Paré observa les bons effets du même moyen sur un jeune garçon à qui l'on avait coupé la langue, et qui néanmoins « par le bénéfice de cet instrument proférait si bien la parole qu'entièrement on le pouvait entendre de tout ce qu'il voulait dire et expliquer. »

Ainsi dans le cas où par suite de la gangrène ou par toute autre cause, la langue serait détruite et la parole entièrement perdue, on pourrait recourir à l'usage d'un instrument analogue à celui dont Ambroise Paré a fait usage, et dont il a fait représenter l'image dans ses OEuvres; mais en songeant que des individus qui depuis plusieurs années étaient privés de la faculté de parler, l'ont recouvrée quelquefois très-prompement, on ne doit conseiller l'usage d'un pareil instrument que lorsqu'on s'est bien convaincu que, malgré leurs efforts, ces individus ne peuvent articuler les sons.

Quelques auteurs ont prétendu que la langue, après avoir été cou-

(1) Livre xxiii, chap. 5, p. 675.



pée ou détruite par la gangrène pouvait se régénérer. Cette erreur n'a pas même besoin d'être réfutée. Il est évident que ceux qui ont cru voir cette régénération ont confondu la gangrène des téguments avec celle du corps de la langue, comme on a pris quelquefois pour la gangrène de la verge celle de la peau qui la couvre.

**§ 7. — Des adhérences congéniales qui gênent ou empêchent les mouvements de la langue.**

Les adhérences congéniales qui empêchent la langue d'exécuter les mouvements qui lui sont propres, doivent d'autant plus fixer l'attention, qu'elles ne sont pas très-apparentes, et qu'on ne les découvre pas sans un examen très-attentif, attendu que la langue n'offre en général à sa face supérieure et à sa circonférence aucun signe de mauvaise conformation.

Ces adhérences congéniales se présentent sous diverses formes : tantôt on aperçoit au-dessous de la langue une tumeur, un bourrelet charnu qu'on pourrait prendre pour une seconde langue; d'autres fois le filet s'étend jusqu'au près de la pointe de la langue et s'oppose à ses mouvements; dans d'autres cas, le même effet est produit par des brides latérales; dans d'autres enfin, la langue adhère par sa face inférieure à la paroi correspondante de la bouche.

Le bourrelet charnu, qu'on a aussi nommé tumeur sublinguale, a été le sujet de quelques observations communiquées par Faure à l'Académie royale de chirurgie. Il l'avait rencontré chez plusieurs enfants qui venaient de naître, et qui ne pouvant pas téter, étaient en danger de périr faute de nourriture. Ce bourrelet se présente sous la forme d'une tumeur brune et assez ferme, qui dans quelques cas offre les mêmes dimensions que la langue sous laquelle il est placé; il empêche la succion, et réclame les plus prompts secours. La section de ce bourrelet est le seul moyen de rendre à la langue la liberté de ses mouvements, et par conséquent de soustraire l'enfant à la mort qui le menace.

Voici de quelle manière on procède à cette opération. Un aide pince le nez de l'enfant avec les doigts pour le forcer à ouvrir la bouche; on assujettit la langue avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, en tournant la paume de la main du côté du nez de l'enfant; ces deux doigts servent à guider les branches des ciseaux boutonnés avec lesquels on pratique la section dont il s'agit. Il faut,

suivant le précepte de Faure, relever la langue avec assez de force pour allonger le bourrelet charnu qu'on veut couper. Cet allongement qui rend l'incision plus facile, a encore l'avantage d'écartier les vaisseaux ranins et de diminuer le danger de les ouvrir. La plaie est ordinairement guérie en peu de jours; la salive de l'enfant, le lait dont il se nourrit, tiennent lieu de topiques; c'est assez pour prévenir l'agglutination des parties divisées, d'y passer le doigt plusieurs fois chaque jour. Dans quelques cas il a suffi de faire sur le bourrelet charnu des scarifications avec la lancette, pour en produire l'affaïssement et rendre à la langue la liberté de ses mouvements. Si l'on avait ouvert l'artère ou la veine ranine, il faudrait d'abord essayer d'arrêter le sang avec des styptiques; s'ils ne suffisaient pas, il vaudrait mieux recourir au cautère actuel, que d'employer la compression, souvent insuffisante et toujours très-incommode pour le petit malade. Voici de quelle manière on cautérise. On relève la langue avec deux doigts de la main gauche, pendant qu'un aide maintient la mâchoire inférieure abaissée; on prend de la main droite un stylet suffisamment chauffé, et on le porte sur l'ouverture du vaisseau; le sang s'arrête à l'instant même. Cette brûlure ne cause qu'une douleur instantanée, ne produit aucun accident, n'est suivie d'aucune gêne. Il en est autrement de la compression que nécessite l'application de l'agaric ou d'autres substances dans la bouche: elle suspend pendant un certain temps la succion dont l'enfant a un si pressant besoin. Quant à la ligature, qui n'a pas cet inconvénient, elle peut en avoir un beaucoup plus grand encore, celui de provoquer des convulsions et de déterminer la gangrène de la langue, comme Riolan en a vu des exemples.

— Le prolongement du filet qui s'étend quelquefois à toute la face inférieure de la langue, son étroitesse qui empêche cet organe de s'élever et de se porter en avant, rendent quelquefois, mais rarement, la succion impossible, ou gênent l'exercice de la parole. Dans l'un et l'autre cas, il faut en faire la section transversale suivant le même procédé que pour le bourrelet charnu; il faut appliquer de même le cautère actuel sur les vaisseaux ranins, lorsqu'ils ont été ouverts, et que l'usage un peu prolongé de la glace, de l'agaric ou la compression exercée avec les doigts n'ont pas suffi pour arrêter le sang (1).

(1) Boyer dit que si les vaisseaux ranins ont été ouverts dans la sec-



On ne doit couper le filet de la langue qu'après un examen très-attentif. Il s'en faut de beaucoup que tous les enfants que l'on dit avoir le filet aient besoin de cette opération. Toutes les fois qu'un enfant ne peut pas téter, les parents et les nourrices l'attribuent au filet; mais il est beaucoup de causes qui peuvent gêner la succion, et la mauvaise disposition du filet est une des plus rares.

— Des brides membraneuses placées sur les côtés de la langue sont encore un obstacle à cette fonction. Ces brides occupent quelquefois les deux côtés de la langue, et d'autres fois un seul. Dans quelques cas elles sont égales à droite et à gauche; dans d'autres, l'une des deux est plus étroite ou plus courte que l'autre. Dans cette dernière disposition, la langue est un peu entraînée du côté où la bride a moins de longueur, et souvent le chirurgien n'aperçoit d'abord que celle-ci. Mais lorsqu'il l'a coupée, la langue se trouve déviée du côté opposé, et cette circonstance conduit naturellement le chirurgien à y soupçonner la présence d'une autre bride. Lorsqu'on a incisé l'une et l'autre

tion du filet de la langue avec des ciseaux, il faut les cautériser avec le fer rouge. Comme les observations de ce genre sont rares, je crois devoir rapporter un cas dont j'ai été témoin. Un enfant, nouveau-né de deux jours, éprouvait quelques difficultés à téter, soit parce qu'il avait réellement le filet de la langue trop long, soit parce que sa nourrice ayant des mamelles rondes et un mamelon peu gros, cet enfant ne pouvait pas bien saisir le bout du sein. Un chirurgien consulté jugea convenable de couper le filet, et en pratiquant cette opération, il porta trop loin le bout de ses ciseaux, et l'enfant eut une hémorrhagie que ce même chirurgien n'arrêta pas. Elle dura depuis une heure après-midi jusqu'à six heures et demie du soir, moment où Boyer arriva. Le chirurgien opérateur, l'accoucheur de la dame et plusieurs autres hommes de l'art avaient essayé la compression avec diverses substances, et le sang coulait aussi abondamment qu'au moment de l'opération. Mon père me fit chauffer un petit stylet d'acier, et me donna l'enfant à tenir. Avec les doigts de la main gauche, je pinçai son nez pour qu'il ouvrit la bouche; je conduisis avec ma main droite une feuille de myrthe sous la langue pour la maintenir relevée; mon père tint le menton immobile avec son indicateur gauche, et appliquant le stylet rouge-blanc sur le point d'où sortait le sang, il arrêta immédiatement l'hémorrhagie. L'enfant put téter de suite après la cautérisation sans que les mouvements de la langue aient produit le moindre écoulement de sang. Il ne survint ni gonflement ni suppuration appréciables.

avec des ciseaux boutonnés, la langue prend sa direction naturelle et le libre exercice de ses mouvements. Ces brides sont adhérentes par l'une de leurs extrémités au bord de la langue, par l'autre elles s'attachent à la partie interne de la gencive correspondante. On lit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* une observation dans laquelle une bride de cette espèce, adhérente par une des extrémités au côté gauche de la langue, allait par l'autre se fixer à la face interne de la joue, en passant au-dessus de l'arcade alvéolaire. Cette bride était unique; le côté opposé était libre. Ce vice de conformation est facile à détruire: un seul coup de ciseaux suffit pour couper chacune de ces brides. Si elles avaient une certaine longueur, et que les lambeaux qui résultent de la section pussent être incommodes, on couperait en deux fois, d'abord au niveau de la joue, puis au niveau de la langue.

— Quelquefois l'obstacle qui s'oppose à la succion est d'une autre nature: on n'aperçoit en examinant l'intérieur de la bouche ni tubercule ni bourrelet charnu, ni brides qui gênent les mouvements de la langue; mais lorsqu'on veut passer le doigt entre la face inférieure de cet organe et la paroi correspondante de la bouche, on reconnaît qu'elles sont adhérentes l'une à l'autre en totalité ou en partie. On trouve dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* des exemples de ces deux espèces d'adhérences. Dans l'un et l'autre cas, la succion est sinon impossible, du moins considérablement gênée. Le seul moyen de rendre à la langue la liberté de ses mouvements, est de disséquer l'adhérence qui l'unit à la paroi inférieure de la bouche. A cet effet, il faut, comme le fit Sernin, placer l'enfant en travers sur les genoux d'un aide, et maintenir la bouche ouverte à l'aide d'un bâillon; le chirurgien placé derrière l'enfant, renverse légèrement la tête du petit malade entre ses genoux, et relevant avec le doigt du milieu et l'indicateur de la main gauche le petit bout de la langue, il en dissèque le dessous avec un scalpel dans une étendue convenable. On peut employer, pour arrêter le sang et pour prévenir le recollement des parties divisées, les mêmes précautions que dans les cas précédents; mais ces précautions ne sont pas toujours nécessaires: souvent le sang s'arrête de lui-même très-promptement, et les mouvements presque continuels de la langue suffisent pour empêcher l'agglutination des surfaces disséquées. Dans les cas d'adhérence partielle de la langue à la paroi inférieure de la bouche, il faut recourir à la même opération. Si l'adhérence a peu de largeur, on la



détruit avec des ciseaux boutonnés; si elle est trop large pour être ainsi coupée, on se sert du bistouri.

Toutes les fois que les mouvements de la langue ont été gênés pendant quelque temps et que la succion n'a pu s'exercer que d'une manière insuffisante, les enfants sont tourmentés par un appétit vorace, qu'ils ne pourraient satisfaire sans inconvénient: il faut donc recommander à la mère ou à la nourrice de ne laisser prendre à l'enfant qu'une petite quantité de lait à la fois.

#### § 8. — Du bégaiement. (P. B.)

Le bégaiement est un vice de la parole qui ne devrait pas nous occuper dans un traité de chirurgie, si des opérations n'avaient été proposées et exécutées pour le guérir complètement ou au moins le modifier d'une manière avantageuse. Je commencerai par la description des opérations; puis j'examinerai leur valeur relativement à la guérison de cette infirmité.

Deux ordres d'opérations ont été imaginées pour le traitement du bégaiement. Le premier, dû au chirurgien prussien Dieffenbach, a pour but de changer l'innervation de la langue: il consiste à inciser la base de cet organe seulement, ou à enlever en même temps une portion de cette base pour avoir une perte de substance qui diminue sa longueur. Le second, indiqué à la même époque par plusieurs chirurgiens, a pour but seul de modifier la longueur de la langue, et d'obtenir ainsi plus de facilité dans ses mouvements ou une meilleure direction de ces mouvements: il consiste à couper les muscles génio-glossés.

Les opérations pratiquées par M. Dieffenbach se rapportent à deux classes: l'une comprend les deux opérations qui changent l'innervation de la langue par une simple incision; l'autre comprend l'opération dans laquelle le chirurgien retranche une partie des muscles de la langue.

Les deux premières opérations consistent dans une section transversale des muscles de la base de la langue. Elles ne sont employées que dans les cas où la langue est courte. Elles ne diffèrent entre elles que parce que l'une est avec lésion de la membrane muqueuse de la face supérieure de la langue, et l'autre sans lésion de cette membrane.

La première opération, ou section simple de la base de la langue, se pratique de la manière suivante. Le chirurgien fait appuyer sur la poitrine d'un aide la tête du malade: celui-ci tire la langue hors de la bouche, le plus possible. Alors le chirurgien saisit avec des pinces de Museux les bords de l'organe: cette manœuvre a le double avantage de maintenir la langue hors de la bouche, et de l'aplatir transversalement, ce qui favorise l'opération. Il charge un aide de tenir les pinces, et prenant avec les doigts de la main gauche la base de la langue, il la traverse de gauche à droite avec un bistouri dont le tranchant est tourné en haut. Il doit par cette section couper toute l'épaisseur de la base de la langue. Il applique ensuite six points de suture simple, qui comprennent toute la hauteur des lèvres de la plaie, et il arrête ainsi l'hémorrhagie. La deuxième opération, ou section sous-cutanée de la base de la langue, se fait de la manière suivante. Le chirurgien saisit la langue comme dans le cas précédent, et la tire fortement hors de la bouche. Il enfonce le bistouri en arrière dans la partie latérale de la face inférieure de l'organe, et incise la racine de la langue dans toute son épaisseur en laissant intacte la membrane muqueuse qui revêt sa face supérieure, et en faisant ressortir le bistouri par le côté opposé à son entrée. La largeur des plaies produites par l'instrument ne paraît pas dépasser la largeur de sa lame, ce qui dépend de l'extensibilité de la membrane muqueuse. Le sang sortant abondamment par chacune de ces plaies, M. Dieffenbach les ferme par deux fortes sutures.

L'autre opération de M. Dieffenbach, dans laquelle il enlève une portion de la base de la langue, ou méthode par excision, se pratique de la manière suivante. Le malade étant placé comme dans les opérations précédentes, et la langue étant tirée hors de la bouche, comme il a été dit plus haut, le chirurgien pratique la section de l'organe à sa base. Il passe une forte suture dans la lèvre postérieure de la plaie, et saisissant ensuite, au moyen d'une pince munie de pointes, le bord antérieur de la plaie, il le comprime latéralement, et il enlève dans toute l'épaisseur de la langue, de haut en bas, un morceau de trois quarts de pouce en forme de coin. Pour cette ablation, il se sert d'un petit bistouri droit. La lèvre postérieure de la plaie est amenée assez en ayant pour pouvoir la coudre; et six points de suture servent à arrêter l'hémorrhagie. Cette seconde méthode de M. Dieffenbach n'a pas seulement pour but de modifier l'innervation



de la langue, mais encore de diminuer la longueur de l'organe : aussi n'en recommande-t-il l'usage que pour les cas où elle est trop longue.

Le second ordre d'opérations consiste à couper les muscles génio-glosses. Cette section peut être faite par la bouche ou par la région sous-mentale. Plusieurs chirurgiens se sont disputé l'honneur de la découverte de la section par la bouche ; je ne chercherai pas à éclaircir cette question, qui est peu importante ; je me contenterai de décrire le manuel opératoire. Les instruments nécessaires sont deux érignes coudées, des ciseaux droits ou courbes, un crochet rond pour saisir les muscles et faciliter leur section, ou un petit bistouri mousse à son extrémité libre et tranchant dans le reste de sa concavité. Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide. Il ouvre largement la bouche et relève la langue. Le chirurgien saisit avec une des érignes le frein de la langue à son angle de réflexion sur cet organe, et il la confie à un aide. Il implante une autre érigne dans le frein de la langue au-dessous des conduits de Warthon, et il coupe avec les ciseaux la membrane muqueuse entre les deux érignes. Il se fait alors à cette membrane une large ouverture par laquelle le chirurgien introduit le crochet mousse pour saisir les muscles génio-glosses et les couper avec les ciseaux ou un bistouri courbe ; ou bien il introduit le crochet mousse à son extrémité et tranchant sur sa concavité, et il lui fait exécuter un mouvement de bascule par lequel tous les muscles sont coupés d'un seul coup. Cette opération est suivie d'une hémorrhagie abondante, et de la rétraction de la langue en arrière qui produit la suffocation dans quelques cas : la plaie est guérie au douzième jour.

La section sous-mentale des muscles génio-glosses a été imaginée par M. Bonnet. Ce chirurgien pense qu'il ne suffit pas de couper l'insertion des muscles à l'apophyse géni, mais qu'il faut encore couper leur aponévrose qui, attachée, comme eux, à l'os maxillaire inférieur, a aussi des connexions avec les autres muscles de la langue. Deux instruments sont nécessaires pour cette opération : un bistouri pointu et un ténotome droit à pointe mousse. Le malade est assis sur une chaise, la tête renversée en arrière et maintenue par un aide. Le chirurgien, placé vis-à-vis de lui, introduit le doigt indicateur gauche dans la bouche et l'appuie sur l'apophyse géni ; puis, se guidant tant par ce doigt que par l'intervalle des deux dents incisives moyennes

et la concavité du corps de l'os maxillaire, il perce la peau et les parties qui se trouvent entre elle et l'intervalle qui sépare les muscles digastriques et mylo-hyoïdiens. Alors il retire ce bistouri et le remplace par le ténotome qu'il tient le tranchant en avant, et qu'il pousse derrière le menton, sur la ligne médiane, jusqu'à ce que son extrémité mousse soit parvenue sous la membrane muqueuse buccale. Quand le doigt la sent bien, le chirurgien tourne le tranchant du ténotome en dehors successivement à droite et à gauche, et, le faisant glisser sur les côtés de l'apophyse géni, il coupe successivement les deux insertions des muscles génio-glosses. Quand par la sensation d'un bruit particulier et l'étendue de l'espace que l'instrument a parcouru, il reconnaît qu'il a coupé les muscles, il ordonne au malade de tirer la langue hors de la bouche. Si celle-ci ne dépasse pas les dents incisives inférieures, l'opération est terminée, parce que le but désiré est atteint. Mais si elle peut dépasser ces dents, ou toute l'épaisseur des muscles n'est pas coupée, ou leurs aponévroses intactes donnent encore à leurs fibres quelques points d'insertion. Il faut donc alors couper ces aponévroses. Pour cela le chirurgien porte le tranchant du ténotome plus en arrière le long du corps de l'os maxillaire, et de plus il refoule en arrière les muscles génio-glosses. Si, malgré cette manœuvre, la langue peut toujours être portée hors de la bouche, il décolle par des mouvements du ténotome le tissu fibreux de la mâchoire, et il continue ces mouvements jusqu'à ce que la langue ne puisse plus sortir de la bouche. Quelquefois, dans ces manœuvres, le ténotome traverse la membrane muqueuse buccale, ce qui donne lieu à une hémorrhagie. Cette opération est suivie d'un épanchement de sang sous la langue et quelquefois du soulèvement de cet organe, de gêne dans ses mouvements et de salivation plus abondante. En quelques jours le malade est guéri.

Le but de ces opérations est de faciliter les mouvements de la langue, en lui donnant de la longueur et en empêchant la déviation latérale que l'on a cru observer dans quelques cas.

M. Velpeau a pensé pouvoir remplacer l'opération, dans laquelle M. Dieffenbach enlève une portion de la base de la langue, par la ligature de cette base. Pour faire cette ligature, il fait placer le malade comme pour l'opération de la section de la base de l'organe ; puis, saisissant la langue avec la main gauche, il l'attire le plus possible au dehors, et il traverse sa base de gauche à droite avec une aiguille



enfilée de quatre fils. Il prend alors de chaque côté deux fils en avant, et deux fils en arrière. Avec ces derniers il fait une ligature le plus loin possible, et avec les premiers une autre en avant. Il circonscrit ainsi une partie triangulaire de la base de la langue.

Telles sont les diverses opérations qui ont été pratiquées sur la langue des bègues tant pour modifier l'innervation de cet organe que pour modifier ses mouvements. Nous voyons que dès le principe deux idées ont dirigé les chirurgiens : les uns ont agi d'après l'opinion que le bégaiement dépend du système nerveux ; les autres, d'après celle qu'il dépend du système musculaire. Cette diversité d'opinions, basée sur les divers travaux faits récemment sur le bégaiement et sur les divers moyens proposés pour le guérir ou au moins le modifier, prouvait évidemment d'avance combien étaient hasardeuses les opérations chirurgicales. L'expérience a démontré qu'en effet elles ne pouvaient être pratiquées d'après aucun principe fixe. Si les praticiens qui se sont le plus occupés des causes du bégaiement avaient pu établir pour chaque cas la nature de ces causes, une conséquence naturelle de cette connaissance aurait été l'espèce du traitement convenable ; et alors on aurait pu établir que tel mode de traitement convenait pour tel cas, et tel autre pour tel autre cas. Mais jamais ces praticiens n'ont pu parvenir à préciser d'une manière positive la nature du bégaiement ; ils n'ont donc pas pu dire quel traitement convenait à la guérison de ce vice de la parole. Les chirurgiens n'ont pas été plus heureux ; et on peut même dire qu'ils ont agi moins sagement, puisque nous les avons vu opérer indistinctement tous les bègues par l'une ou l'autre méthode. Aussi ces opérations, qui dès l'origine avaient excité un enthousiasme général, sont promptement tombées dans l'oubli, et même sont rejetées aujourd'hui comme inutiles et inconvenantes. Quelques cas heureux ne doivent pas suffire pour faire entrer dans le domaine de l'art des opérations qui ne sont fondées sur aucun principe fixe. Je ne citerai pas mon expérience sur les cas où ces différentes méthodes opératoires peuvent être applicables ou ne pas l'être, parce que je ne les ai jamais employées ; les succès que j'ai vus dès le principe m'ont empêché d'y avoir recours. J'ai été consulté par des individus auxquels on avait pratiqué à plusieurs reprises la section des muscles génio-glosses, sans qu'ils eussent obtenu le moindre changement dans leur infirmité ; et je leur ai conseillé de ne rien faire. Mais il est positif que, si les succès annoncés avaient été réels,

les opérations conseillées contre le bégaiement, au lieu d'être abandonnées, auraient été comparées dans leur valeur relative, et auraient pris dans la science le rang qu'elles auraient mérité d'après leur valeur réelle. Il n'en est pas ainsi, et les partisans raisonnables de ces opérations les ont abandonnées ; ils ont été imités par les charlatans qui avaient prôné ces opérations et qui n'avaient publié que des succès, ce qui est la meilleure preuve qu'elles n'ont ni valeur réelle ni valeur relative. Elles ne doivent paraître dans la science que comme appartenant à l'histoire de l'art, et comme démontrant que la section des muscles de la base de la langue et celle des muscles génio-glosses peuvent être pratiquées sans danger dans quelques cas exceptionnels où elles peuvent convenir.

## ARTICLE XI.

*Maladies des amygdales.*

Les amygdales peuvent être attaquées d'inflammation, de tumeurs de différentes espèces, d'ulcères, etc.

## § 1. — De l'angine ou esquinancie tonsillaire.

L'inflammation des glandes amygdales et du voile du palais est appelée angine ou esquinancie tonsillaire, parce que les glandes qui sont principalement le siège de la maladie sont nommées aussi tonsilles. Cette inflammation peut n'occuper qu'une amygdale ou s'étendre aux deux glandes ; elle peut être intense ou légère, aiguë ou chronique.

L'angine tonsillaire est une des maladies les plus fréquentes ; elle règne quelquefois épidémiquement au printemps et en automne, mais surtout au printemps, lorsque la température, après avoir été froide pendant longtemps, passe tout à coup à un état opposé. Aucun âge n'en est à l'abri ; mais tous n'y sont pas également sujets : l'enfance, l'adolescence et la jeunesse y sont beaucoup plus exposées que l'âge mûr et la vieillesse. Le tempérament sanguin est considéré comme une des causes prédisposantes de cette affection. Le contact d'un corps très-chaud ou très-froid sur les tonsilles, la déglutition de substances