

de nouveau l'instrument en haut, et le fait reparaitre de côté, entre le pilier antérieur du voile du palais et la base de la langue. Avec les mêmes pinces il dégage de l'aiguille le chef cervical et retire l'instrument devenu libre. On lie les bouts du fil dans la bouche. La langue se trouve étranglée transversalement en arrière de la tumeur et il faut placer une deuxième ligature d'arrière en avant sur la ligne médiane.

2<sup>o</sup> *Cancer de toute la langue.* On charge l'aiguille de deux fils, l'un noir, l'autre blanc, et on l'introduit, comme dans le procédé précédent, de bas en haut et au milieu de la base de la langue. Avec une pince à disséquer, on saisit les deux extrémités des fils; les deux autres, dans la plaie cervicale, sont confiées à un aide. Le chirurgien retire l'aiguille, de haut en bas jusqu'au-dessous de la langue, et la reporte transversalement sur un des côtés de l'organe. Il dégage alors le fil noir, par exemple, en amenant dans la bouche le bout cervical, et embrasse dans l'anse ainsi formée une des moitiés de la langue. On répète la même manœuvre de l'autre côté.

*Écrasement linéaire.* Dans ce mode de ligature extemporané on étroit la portion de langue malade avec la chaîne métallique, et on en opère la section avec les précautions indiquées.

*Appréciation.* Les divers procédés de ligature, et particulièrement ceux de Vidal, sont très-ingénieux, mais ont le grand inconvénient d'amener un gonflement plus ou moins considérable, la gangrène des parties étranglées et des suppurations fétides. L'écraseur n'a pas ces inconvénients; mais il est difficile à placer et exige souvent des opérations sanglantes assez compliquées pour l'introduction et l'application de la chaîne autour des tissus, qu'il faut circonscrire et souvent pédiculer. L'action en est longue, douloureuse et beaucoup moins sûre et régulière que le bistouri. Le seul avantage de cet instrument serait d'éviter les hémorrhagies, et nous avons dit que cette complication ne se présente pas ordinairement et qu'on peut y remédier avec la plus grande facilité. Nous croyons en conséquence l'écrasement linéaire sans utilité et nous n'en conseillons pas l'usage. Les excisions n'ont aucun de ces inconvénients ni de ces dangers. La guérison en est très-prompte, et il est bon de rappeler que les plaies de la langue, quelle qu'en soit l'étendue, se cicatrisent en général bien et vite. Nous donnons donc la préférence à l'emploi de l'instrument tranchant. L'expérience nous a appris que dans le cas où l'on excise une portion antérieure de l'organe par une double incision en  $\Lambda$ , il est prudent de ne pas recourir à la suture simple, qui coupe les tissus, et expose à laisser un tronçon de langue bifide. La suture enchevillée est beaucoup plus sûre. S'il faut enlever la base de l'organe, notre procédé de

section en  $<$  horizontal du maxillaire inférieur donne une facilité d'exécution extraordinaire, et nous ne saurions trop en recommander l'application, de préférence aux résections temporaires de la mâchoire, malgré les succès obtenus. Les chirurgiens ne doivent pas méconnaître le peu de confiance que méritent ces opérations extrêmes. On les pratique et on les achève sans doute avec une hardiesse et une habileté incontestables: mais, s'il y a dégénérescence, l'affection parvenue à ce degré récidive ou continue ses progrès avec une désespérante fatalité.

**Bégalement.** L'opération du bégalement est presque entièrement abandonnée, quoique les réussites en aient paru assez nombreuses entre les mains de Bonnet, dont les travaux sur la ténotomie portent le cachet d'une sagacité remarquable.

Le bégalement a été distingué en *oral* et en *respiratoire*. Le premier dépend de l'irrégularité des mouvements de la langue seule ou de la langue et des lèvres. Le second tient à des anomalies des mouvements d'expiration ou d'inspiration. Le bégalement de la première espèce est seul curable par l'opération. On l'a attribué à ce que la langue ne pouvait que difficilement se porter en haut, derrière les dents ou sur le rebord alvéolaire, et par un prodige de causalité impossible, on a cru le guérir en coupant les muscles (génio-glosses) qui sont les principaux moteurs de la langue en haut et en avant.

Dieffenbach, le premier, essaya de guérir le bégalement par une opération. Cette tentative fut connue en France par un article du *Journal des Débats* du 1<sup>er</sup> février 1841. Il n'était pas dit comment Dieffenbach procédait; on annonçait seulement qu'il avait opéré et réussi. On sut plus tard que le procédé du chirurgien de Berlin consistait dans l'incision ou l'excision d'une portion de la langue.

Le 6 février, Phillips présenta à la Société de médecine du onzième arrondissement de Paris deux personnes opérées du bégalement, sans faire connaître le procédé employé.

Velpeau et Amussat pratiquèrent, le 14 février 1841, la section des muscles génio-glosses. Amussat fit sa communication le 15, à l'Institut, et Velpeau, le 16, à l'Académie. Presque aussitôt Roux fit la même opération à l'Hôtel-Dieu. Elle ne fut exécutée que plus tard, en Angleterre, par Lucas, qui opéra son premier bègue le 23 février.

*Anatomie.* De tous les muscles de la langue, les génio-glosses sont ceux dont il importe le plus de rappeler la disposition pour l'opération du bégalement. Insérés par une étroite racine aux apophyses génio-supérieures *a*, ces muscles se portent en arrière, en