

cutané. On remplace cet instrument par le ténotome mousse, que l'on fait pénétrer exactement sur la ligne médiane, le tranchant en avant, jusqu'à ce que le doigt qui est dans la bouche le sente distinctement au-dessous de la membrane muqueuse, à l'endroit où elle se détache de la mâchoire pour former le frein. On fait exécuter de légers mouvements de latéralité au ténotome, dont le tranchant doit toujours être dirigé vers la mâchoire. Après avoir reconnu ainsi les apophyses géni, on incline le tranchant de l'instrument sur l'un des côtés et en avant. Un bruit particulier, le sentiment d'une résistance vaincue, annoncent que le muscle de ce côté est coupé, et l'on répète la même manœuvre sur l'autre muscle.

Les génio-glosses divisés, on dit au malade de tirer la langue hors de la bouche; s'il ne peut la faire sortir au delà des dents, l'opération est terminée; dans le cas contraire, il faut diviser l'insertion maxillaire de l'aponévrose des génio-glosses. Si, malgré cela, le sujet peut encore porter la langue au dehors, on sépare l'aponévrose maxillo-linguale de la mâchoire. C'est l'impossibilité de porter la pointe de la langue au delà de l'arcade dentaire qui est la pierre de touche de l'opération et qui prouve que l'on n'a plus rien à inciser. Bonnet repoussait quelquefois les muscles divisés d'avant en arrière avec le ténotome porté à plat.

Accidents. On a noté: 1° *l'hémorrhagie*, qui fit mourir un opéré de Dieffenbach, mit dans le plus grand danger un enfant opéré par M. Guersant et contribua à la mort d'un opéré d'Amussat. On évitera cet accident en coupant les muscles tout à fait contre les apophyses géni. Bonnet n'avait jamais vu d'hémorrhagie à la suite de l'application de sa méthode. 2° *L'inflammation phlegmoneuse du plancher de la bouche et l'engorgement du cou* ont été observés un certain nombre de fois et ont donné lieu à des abcès. Dieffenbach parle de la possibilité de la gangrène de la langue et de l'arrachement de cet organe par la maladresse de l'aide, qui, pendant l'opération, en tirerait la pointe avec trop de force.

Appréciation. Toutes ces opérations entreprises et répétées, avec de si nombreuses modifications, par d'éminents chirurgiens et proclamées excellentes et glorieuses, sont un des traits caractéristiques de notre siècle. Qu'est-il resté de ces espérances et de ces succès si vantés? Rien. L'expérience a montré une fois de plus l'empire des illusions et de l'erreur. Les bègues ont des intervalles d'amélioration pendant lesquels ils parlent un peu moins mal et où, prenant leurs espérances pour la réalité, ils se proclament guéris. On en a cité qui avaient fait la fortune de plusieurs inventeurs de méthodes différentes. J'ai vu Amussat faire parler un bègue qu'il venait d'opérer et nous vanter la netteté d'une prononciation

qui nous semblait des plus défectueuses. J'ai assisté à la section des génio-glosses dans une douzaine de cas, et, chose remarquable, les résultats étaient quelquefois négatifs chez des individus dont la langue était rétractée et ne pouvait être facilement portée contre la voûte palatine, tandis que le bégaiement cessait chez quelques autres dont la langue offrait les mouvements les plus libres et les plus étendus. Les améliorations, du reste, étaient passagères. On est revenu aujourd'hui aux simples exercices phonétiques, dont on peut espérer d'heureux résultats, et ces procédés opératoires sont presque toujours à rejeter, à l'exception de la section du frein et de l'aponévrose buccale, en cas de rétraction exagérée.

OPÉRATIONS QUE L'ON PRATIQUE SUR LE PALAIS ET L'ARRIÈRE-BOUCHE.

URANOPLASTIE.

Division congénitale de la voûte palatine. Les fentes congénitales du palais sont incomplètes ou complètes, unilatérales, médianes, compliquées ou non de séparation de l'os intermaxillaire et de bec-de-lièvre simple ou double.

Les fentes incomplètes font ordinairement suite à la division du voile et restent bornées aux apophyses palatines, qu'elles dépassent dans d'autres cas, pour s'étendre de plus en plus sur les maxillaires.

La scissure est complète lorsqu'elle atteint l'arcade dentaire. Tantôt elle occupe la ligne médiane, avec libre communication des deux cavités nasales avec la buccale, en laissant le vomer isolé; tantôt elle est latérale, à droite ou à gauche. Ce dernier cas est le plus commun. Quelquefois, comme nous l'avons observé sur l'un de nos opérés, l'occlusion d'une des cavités nasales est partielle et antérieure, et manque en arrière, où le vomer reste isolé, au milieu de la scissure.

Lorsque l'os incisif est proéminent et séparé de l'arcade dentaire, la fente palatine se bifurque, pour ainsi dire, et se continue en avant avec un double bec-de-lièvre. L'écartement de la voûte est plus ou moins large; parfois même on ne trouve presque plus de trace de cette dernière, dont les bords chez d'autres sujets sont inclinés en haut et se rapprochent de la verticale.

Historique. Roux, en 1825, tenta la restauration de la voûte palatine par deux lambeaux latéraux détachés des os et réunis après avivement. Krimmer agit de même en 1827. Dieffenbach, en 1834, décrivit très-nettement le procédé à deux lambeaux, complète-