

Thèse présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, le 26 juin 1841 / par C.-J. Lanel.

Contributors

Lanel, C.J.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. de veuve Ricard, 1841.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rpk9pmhm>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N^o 28.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Donner les caractères de la famille des rubiacées et l'indication des ordres qui y ont été établis.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De l'époque à laquelle se soudent les pièces osseuses qui entrent dans la composition des os du crâne, des vertèbres, du sternum et des côtes.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Dans quel cas et comment pratique-t-on la désarticulation de l'épaule; à quelle méthode faut-il accorder la préférence?

SCIENCES MÉDICALES.

De l'hypertrophie simple de l'estomac; des caractères anatomiques qui distinguent les squirrhes du même viscère.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 26 JUIN 1841;

PAR

C.-J. LANEL,

de Neufchâteau (Vosges);

CHIRURGIEN MILITAIRE AUX AMBULANCES DE L'ALGÉRIE.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE.
1841.

27.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

<https://archive.org/details/b2237260x>

A

MON EXCELLENT PÈRE.

A MA TROP BONNE MÈRE.

*Que ce travail soit auprès de vous un faible gage
de mon amour et de ma sincère reconnaissance. Croyez
bien que je n'oublierai jamais les sacrifices où votre
bonté pour moi vous a entraînés.*

C.-J. LANEL.

NON EXCELLENTE ERRE

A MA TROP BONNE ERRE

Que ce travail soit regardé de haut, au point de
de vue de son importance et de son intérêt. C'est
bien que si l'ouvrage fournit les données, on
peut tout dire et tout dire.

1894

SCIENCES CHIRURGICALES.

Dans quel cas et comment pratique-t-on la désarticulation de l'épaule; à quelle méthode faut-il accorder la préférence?

L'énoncé de cette question nous indique suffisamment le plan que nous devons suivre dans son exposé. Déterminer les indications à la désarticulation scapulo-humérale; faire connaître les diverses méthodes et les divers procédés connus pour cette opération; donner la préférence à l'une d'entre elles et en justifier le choix: telle est la marche qui nous est tracée. Nous croyons nécessaire cependant de faire précéder cette dissertation, ainsi conçue, d'un aperçu historique touchant les désarticulations en général, et celle de l'épaule spécialement. Plusieurs écrivains n'ont pas craint d'avancer que ces sortes d'opérations étaient des conquêtes de la chirurgie moderne. Quoique nous soyons bien loin de méconnaître les progrès

nombreux dont notre art est redevable à l'activité des enfants de la *renaissance*, nous ne pouvons oublier ce qui appartient à l'antiquité et au moyen-âge.

Nous avons aussi pensé qu'il pourrait être convenable d'exposer rapidement les avantages respectifs des amputations dans la contiguïté et dans la continuité des membres, afin de faire mieux apprécier la valeur des désarticulations. Mais ce serait trop s'éloigner de notre sujet principal, et nous avons cru devoir négliger ce point de vue de notre question. Placé, d'ailleurs, pendant plusieurs années, au sein des ambulances et des hôpitaux de l'Algérie, nous avons pu souvent juger des divers points débattus sur le problème que nous avons à résoudre, ce qui nous permettra de faire connaître quelques résultats de l'expérience des camps. Nous terminons ce préliminaire en prévenant que nous emploierons toujours les mots d'amputations et de désarticulations seulement, pour désigner les amputations dans la *continuité* et dans la *contiguïté*, afin d'éviter la longueur du langage ordinaire.

§ 1^{er}.

Aperçu historique des désarticulations en général, et de celle de l'épaule en particulier.

Les œuvres hippocratiques qui renferment un assemblage de travaux appartenant aux Asclépiades,

ou postérieurs au dernier de cette illustre famille, s'étendent peu sur la médecine opératoire, et l'on est forcé de se contenter de certains passages fort laconiques que l'on rencontre dans de nombreuses remarques de médecine. La lecture de ces productions de l'antiquité permet cependant de reconnaître que l'on ne faisait les retranchements des membres que dans les articles, et seulement lorsque la gangrène avait déjà envahi la jointure, de sorte que l'opérateur coupait dans l'épaisseur des parties mortes, de peur de voir périr le malade dans une syncope ou *défaillance*. « J'ai vu, dit le Père de la médecine (œuv., liv. des articles), l'os du fémur dépouillé des chairs qui l'entourent, se séparer le quatre-vingtième jour; cependant la jambe de cet homme avait été coupée le vingtième au genou. »

Je ne sais si, au temps de Celse, on avait une opinion favorable des désarticulations, et si on ne leur préférait pas l'amputation. Il semble résulter des écrits de l'Hippocrate latin, que les désarticulations étaient considérées comme plus dangereuses que les amputations. « Il faut couper jusqu'à l'os entre le mort et le vif, dit Celse (de la médecine, liv. VII, ch. 33; de la gangrène), *de façon néanmoins que l'amputation ne se fasse pas tout-à-fait auprès de l'article*, et qu'on emporte plutôt la partie saine qu'on ne laisse de celle qui est gangrenée. » Nous sentons toute l'insuffisance d'un pareil passage

pour déterminer l'opinion de la chirurgie romaine à cette époque ; mais comme c'est le seul endroit où Celse parle des amputations, on doit penser que c'est là le résumé des opinions de son temps.

Entre Celse et Galien nous trouvons plusieurs écrivains qui, sans avoir fait de grandes découvertes, sans avoir apporté de nombreux perfectionnements à la médecine opératoire, méritent cependant de nous arrêter, parce qu'ils nous font connaître les idées de leur temps touchant l'objet qui nous occupe. Nous devons citer, à cet égard, Archigènes, Rufus, Soranus, Héliodore et la célèbre École d'Alexandrie, dont les travaux nous sont malheureusement parvenus seulement par des citations trop courtes. Loin d'exprimer une opinion défavorable aux désarticulations, comme l'a prétendu Sprengel, ou loin de les proscrire, ainsi que d'autres auteurs n'ont pas craint de l'avancer, Héliodore indique le même cas que Celse, c'est-à-dire celui de la gangrène, mais s'occupant seulement des phalanges et des doigts, lorsqu'il est nécessaire de pratiquer l'amputation.

Lorsque la gangrène envahit l'une de ces parties, d'après cet auteur, il faut l'amputer : « nous pensons, ajoute-t-il (*Græc. chir. lib.*, pag. 160), qu'il est préférable de la détacher dans l'article, afin que l'on puisse brûler l'os sur son extrémité qui, par sa densité, ne peut produire des chairs, et qui doit être expulsée par la suppuration. » La traduction que

nous donnons de ce passage d'Héliodore , montre que ces auteurs grecs avaient senti toute la difficulté que la couche cartilagineuse des os apporte à la guérison après les désarticulations. C'est là d'ailleurs la conclusion à laquelle sont arrivés Heister , M. Gensoul et la plupart des praticiens de nos jours.

Ce passage de l'écrivain du bas Empire nous montre le progrès chirurgical remarquable dans la pratique des désarticulations au sein des jointures saines , et nullement dans l'épaisseur de la gangrène , comme on le faisait avant lui ; nous devons cependant observer qu'il parle seulement des doigts et nullement des grandes articulations , ce qui ne permet pas d'affirmer qu'il fût très-partisan des désarticulations , ni que telle fût l'opinion des praticiens de son époque. Cette remarque paraît d'autant plus juste , que , après Héliodore , on continua de désarticuler le genou au sein de la gangrène elle-même.

La chirurgie des Arabes s'éleva peu au-dessus de celle des écrivains grecs ; seulement ils ont entrepris des opérations des plus hardies ; et quoiqu'ils ne parlent pas souvent des désarticulations , les résections articulaires de plusieurs os , pratiquées par Albucasis , Rhasès , Avicenne , etc. , nous permettent de croire que les plaies et l'ouverture des articles ne leur paraissaient pas absolument mortelles , et toute opération semblable à rejeter. Albucasis ou A-bul-Kasen pose même en principe la nécessité

de remonter au-dessus de la partie malade, et de couper dans les grandes articulations, telles que celles du membre inférieur.

Nous ne dirons rien de Bruno, de Roger de Parme, de Roland, de Guy-de-Chauliac lui-même; tous les Arabistes n'ont fait que des compilations indigestes où ils n'ont pas même consigné toutes les connaissances de leurs devanciers. D'ailleurs, la plupart d'entre eux se bornent à la thérapeutique des onguents et des emplâtres pour les cas les plus graves et les plus capables de nécessiter l'amputation des parties. Lisez, en effet, l'un d'entre eux, Maître Guillaume de Salicet, par exemple, et vous ne trouverez, dans ses *quint traities*, que des formules emplastiques ou l'usage du fer rouge à toute ou trance. Le professeur de Montpellier mérite cependant une distinction : son ouvrage long-temps classique, rendu même plus fructueux par les notes de Joubert, renferme l'exposé de ce que l'antiquité nous avait déjà légué.

Au commencement des temps modernes, Ambroise Paré développa les préceptes des anciens touchant les désarticulations; il émit l'opinion que l'on devait pratiquer ces sortes d'opérations lorsqu'il était impossible de faire l'amputation. Il conseille de cautériser les surfaces cartilagineuses, afin de les faire détacher promptement et rendre ainsi plus rapide la cicatrisation de la plaie. En plusieurs endroits de ses

œuvres, Paré cite des faits de désarticulation, et donne certains préceptes touchant ces sortes d'opérations : « un pauvre soldat, dit-il (œuvres complètes, chap. 28, p. 233, dernière édition), reçut au bras sénestre un coup d'arquebuse, dont survint gangrène, esthiomène jusqu'à la jointure du coude, et jusqu'à l'épaule y avait gangrène, etc. Après avoir connu ladite mortification, prit la hardiesse, suivant le commandement de notre art, lui couper le bras dans la jointure du coude, et ne se faut esbahir de telle amputation de la jointure, car Hippocrate la recommande..... »

Après le Père de la chirurgie moderne, F. de Hilden parle des désarticulations comme d'une opération généralement employée de son temps. L'élève et le commentateur de Paré, quoique bien inférieur à son maître, Pigray, ne fait difficulté de vanter ces sortes de méthodes : « aucuns font difficulté, dit-il, de couper dans la jointure ou près d'icelle, à cause des parties nerveuses ; toutefois les accidents n'en sont pas si grands ; j'en ai vu plusieurs qui ont bien succédé. » Nous venons de voir que, loin d'être ignorées des anciens, les désarticulations leur étaient bien connues : les plus larges jointures étaient ouvertes par eux, puisque Albucasis parle de celles du pied, du genou, etc. ; mais les méthodes dont ils faisaient usage ne nous sont pas nettement parvenues. Néanmoins nous venons de poursuivre l'historique de

ces opérations jusqu'à Pigray, c'est-à-dire vers le milieu du 17^me siècle.

Un peu plus tard, et dans le même siècle, plusieurs désarticulations, et celle de l'épaule en particulier, furent opérées par des praticiens qui nous les ont fait connaître. Le journal de médecine (Juin 1686, p. 3) parle d'une pareille opération pratiquée par Laroque : le membre étant tombé en gangrène, « le chirurgien prit une petite scie pour diviser l'humérus; mais s'étant aperçu qu'il branlait vers son articulation *avec l'épaule*, il y donna quelques secousses, et l'os sortit facilement de sa boîte, après quoi le garçon fut bientôt rétabli dans sa première santé. » Une pareille tentative ne fut pas sans imitateurs parmi les praticiens postérieurs à Laroque; Lagazeine en parle dans la bibliothèque de Planque (tom. V, page 9).

Cependant le fait de Laroque ne paraît pas très-concluant, et il semble que l'opérateur a été porté à une semblable désarticulation par la nécessité du cas. Ledran père est généralement regardé comme le premier praticien qui ait entrepris, après réflexion, la désarticulation du bras (observ. chirur., I, 315, obs. 43^me). Morand fils réclama plus tard en faveur de son père qui avait opéré une semblable désarticulation avant Ledran (opuscules de Morand, 2^me partie, 212). Ces chirurgiens du 18^me siècle furent

bien dépassés par la hardiesse et le bonheur des praticiens du siècle présent.

M. le baron Larrey surtout a prouvé, par ses préceptes et par ses exemples, combien l'on pouvait être heureux en pratiquant la désarticulation du bras; Sabatier, témoin de la plupart de ses succès, en fut émerveillé. Disons cependant que les élèves de cet habile opérateur ne se rencontrent pas sur le nombre des opérations et des réussites dont le maître parle. Ainsi, suivant MM. Bégin et Samson, « M. Larrey a procédé sur dix-neuf blessés, dont treize ont complètement guéri; les autres sont morts ou de la commotion inséparable de leurs blessures, ou de la peste, ou par des circonstances extrêmement défavorables. Un d'eux avait un dévoiement colliquatif; un autre avait été opéré au treizième jour de sa blessure, dans un temps où les accidents primitifs n'étaient pas calmés. Le succès a été le plus fréquemment heureux lorsque l'opération a été faite immédiatement après la blessure. » (Sabatier, méd. op., nouv. édit., tom. IV, 514.)

D'un autre côté : « il suffira, pour encourager le chirurgien à l'entreprendre, écrit le docteur Bérard (dict. en 25 vol.; XII, 98), dans les cas où elle est indiquée, de rappeler ici que M. Larrey a guéri quatre-vingt-dix-sept malades sur cent onze qu'il a opérés, ce qui donne près de sept succès sur un insuccès. » (Cliniq. chir., III, 568.)

Il est infiniment probable que les premiers écrivains n'auront fait mention, dans l'ouvrage de Sabatier, que du petit nombre d'observations dont ils ont eux-mêmes été témoins. Il n'en reste pas moins que l'ancien chirurgien en chef de la grande armée a été un des plus grands propagateurs de la désarticulation du bras, et que ses écrits et son exemple ont beaucoup contribué à la vogue dont cette opération jouit maintenant.

§ II.

Indication de la désarticulation du bras.

Les indications à la désarticulation du bras se tirent de l'existence de lésions diverses que l'on peut ranger en trois classes : les unes dépendent de violences, ce sont des *lésions traumatiques* ; d'autres sont la conséquence d'*altérations organiques*, c'est-à-dire qui changent la texture des parties, de manière à ne leur plus permettre de revenir à leur état normal ; la troisième classe de lésions résulte de la transformation des organes en des tissus hétérogènes, ou du dépôt au sein de ces parties de produits de mauvaise nature : de là le nom de *cacoplastiques* donné à ces produits nouveaux par le professeur Lobstein, ou celui de *dysgénétiques* (δύς, difficile, mauvais, fâcheux, et γένεσις, génération, produit).

Les lésions de la première classe ont fort souvent nécessité la désarticulation de l'épaule. Ces altérations ont entraîné ce sacrifice, surtout à une époque assez rapprochée de nous, où les résections, peu connues ou peu estimées, n'avaient pas encore montré combien on pouvait conserver de membres sans les enlever en entier. Nous avons remarqué toute l'influence des idées nouvelles sur les résections, et nous avons observé que, depuis quelques années, on désarticule beaucoup moins pour les fracas des articles. Nous nous rappellerons toujours avec plaisir les succès obtenus par M. le chirurgien principal Baudens, pendant son séjour en Afrique, où il préconisa les résections : deux faits méritent d'être signalés ici.

M. Plombain, capitaine au 3^e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, sergent-major au même bataillon à la fin de l'année 1834, reçut alors une balle qui lui fracassa l'épaule droite. Sur le point de pratiquer une opération grave, M. Baudens voulut avoir l'avis de ses collègues, qui tous déclarèrent la désarticulation nécessaire. Néanmoins, d'un avis tout opposé, M. Baudens résolut de faire la résection de la tête de l'humérus, et d'enlever toutes les esquilles au moyen d'une incision longitudinale (*incision exploratrice*) formant le premier temps du procédé du baron Larrey pour la désarticulation. Les suites démontrèrent combien cet habile opérateur avait bien

jugé de l'état des parties et de l'indication de la résection qui permet d'enlever toutes les parties fracassées, et de conserver le membre à un jeune homme qui, sans la détermination que prit M. Baudens de réséquer, voyait pour lui la carrière des armes fermée, et l'armée d'Afrique aurait compté dans ses rangs un brave et digne officier de moins.

Le second exemple, dont nous avons été également témoin, avait pour sujet le nommé Raimbaud, grenadier au 67^{me} régiment de ligne, atteint d'une blessure à peu près semblable à celle de M. Plombain. M. Baudens trouva, en ce cas, une nouvelle indication à la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus et d'une portion de l'omoplate, pratiquée avec la plus grande dextérité : cette grave opération fut couronnée d'un plein succès ; et maintenant ce militaire ne pouvant faire un service actif, a été réformé, mais il a conservé son membre, dont il tire encore un grand parti dans ses occupations journalières. Nous nous contenterons de rapporter ces deux faits, pour montrer que, indépendamment de l'amputation, le chirurgien doit songer à deux autres opérations non moins importantes, et surtout à la résection, dont l'avantage incontestable est de conserver le membre. Depuis les travaux de Faure, insérés parmi les mémoires de l'Académie de chirurgie, personne n'ignore que les résections sont indiquées lorsque les extrémités articulaires sont fracassées, sans que la plus

grande partie des os d'un membre soit brisée. Toutefois, l'on ne doit pas oublier la remarque faite par tous les praticiens sur l'étendue de la division osseuse, plus grande que celle des parties molles ne le donnerait à penser.

La désarticulation du bras est donc nécessitée par la fracture de l'humérus dans la plus grande partie de son étendue, lorsqu'il existe beaucoup de fragments; car alors la consolidation est très-difficile, presque impossible même si le blessé peut se procurer tous les moyens convenables à la guérison d'un accident aussi profond. Dans ce cas même, l'exfoliation des portions d'humérus, l'issue des esquilles secondaires, pour nous servir du langage de Dupuytren, demande un temps fort long, des suppurations abondantes, épuisantes, auxquelles tous les sujets sont loin de pouvoir résister, et qui forcent de désarticuler alors que leur état d'affaiblissement et de détérioration donne, pour le pronostic, des chances bien fâcheuses.

Combien plus fortement une blessure de ce genre doit nécessiter la désarticulation dès le début, lorsque la blessure a lieu à l'armée, où les soins convenables, les pièces de pansement sont insuffisants et souvent presque nuls; où les cahots des voitures, où les vicissitudes des combats entraînent des transports fréquents pendant lesquels les malades éprouvent de vives douleurs et voient leurs blessures s'enflammer. Aussi, dans beaucoup de cas où le membre pourrait

être conservé dans la pratique civile, soit par le traitement ordinaire des fractures, soit par la résection et l'ablation des os fracassés, il faut sacrifier le membre quand il s'agit de plaies d'armes à feu produites au milieu des combats.

Souvent l'état des os de l'épaule permettrait de conserver le bras ou de faire l'extraction simple des fragments de la fracture opérés par les divers agents vulnérants, et cependant le délabrement des parties molles oblige le médecin à se résoudre à la désarticulation : c'est ce que l'on remarque en plusieurs faits rapportés dans la clinique de M. Larrey. Nous avons été nous-même sur le point de pratiquer la désarticulation du bras pour un cas analogue. Il s'agissait d'un soldat du 48^m de ligne, blessé au mois de Mai 1840, à la prise du *col du Mouzaïa* : nous trouvant chargé du service de santé d'une redoute, nous reçûmes ce soldat dont les trois quarts supérieurs de l'humérus du bras droit avaient été entièrement fracassés par l'action d'une balle. Les parties molles étaient largement ouvertes et dilacérées, les os brisés en plusieurs morceaux ; plusieurs artères avaient été intéressées.

Nous ne vîmes de salut pour le malade que dans la désarticulation du bras. Cependant l'état général de ce militaire n'était pas tellement grave que nous ne puissions retarder de quelques heures l'exécution de cette importante opération, et nous nous pro-

posions de la faire dans l'après-midi, quand le gros de l'armée vint nous rejoindre : nous remîmes aussitôt le blessé entre les mains de M. Ceccaldi, chirurgien en chef des ambulances, qui, jugeant comme nous sur la nécessité de la désarticulation, l'opéra aussitôt, et en obtint un succès complet.

Un projectile de guerre, un instrument tranchant, ou tout autre agent vulnérant, peuvent parfois produire des blessures en apparence peu graves, mais qui cependant exigent quelquefois le sacrifice du membre thoracique en raison de la nature et de l'importance des parties intéressées. Les vaisseaux et les nerfs étant rassemblés à la partie interne du membre et de l'épaule, sont, en certains cas, déchirés ou même coupés entièrement par un instrument tranchant ou un éclat de mitraille. Les moyens de nutrition et d'innervation sont dès lors perdus pour l'extrémité thoracique, et la gangrène est assurée. Comment ne pas se décider à désarticuler sur-le-champ, lorsqu'un retard quelconque aggrave ordinairement l'état du malade, lorsque la crainte de quelques praticiens a entraîné un sphacèle rapidement mortel ! L'on n'a pas sans doute perdu de mémoire le fait rapporté par Guthrie, qui perdit ainsi un militaire dont les nerfs et les vaisseaux du jarret avaient été seuls coupés par une balle.

Enfin, la désarticulation scapulo-humérale est de toute rigueur lorsque le membre est presque en entier

détaché par la cause vulnérante. Le praticien a souvent à enlever seulement des esquilles plus ou moins nombreuses ou l'extrémité supérieure de l'humérus qui tient plus ou moins dans son articulation avec l'omoplate.

La désarticulation dont nous parlons est parfois exigée par des *lésions organiques* du membre supérieur. Une inflammation phlegmoneuse étendue à toute l'extrémité thoracique, une gangrène survenue à la suite d'une brûlure, ou de la compression mal entendue pour une fracture, peuvent entraîner des suppurations longues, ruineuses, auxquelles les malades ne pourront résister. Et telle est la débilitation profonde que la perte d'une grande étendue de téguments entraîne chez les sujets, alors même qu'ils jouissent, au moment du début de la maladie, de la constitution la plus robuste et de la santé la plus florissante, que le praticien devra souvent se décider à faire la désarticulation du bras sur-le-champ, afin d'éviter les conséquences inévitables et trop souvent mortelles.

Ce n'est pas que plusieurs individus, en pareilles circonstances, ne seraient sauvés sans le sacrifice de leur bras, car tous les jours on est témoin de ces heureux résultats d'une conduite opiniâtre et irréfléchie des malades; mais l'on ne peut regarder ces cas que comme des exceptions qui n'infirmen en rien le principe sur la nécessité de la désarti-

culation lorsque la destruction de la peau du membre s'étend jusqu'à l'épaule. Quand le médecin, dit Pott, déclare l'amputation nécessaire, il ne veut pas soutenir que le malade ne pourra pas se sauver sans cette opération; il avance seulement, selon l'expérience, que, en des cas semblables, le plus grand nombre des sujets doit périr si le sacrifice du membre n'est pas accepté.

La désarticulation du bras peut être rendue indispensable par l'altération profonde de l'humérus dans la plus grande partie de son corps, altération qui peut être une carie, une tuberculisation ou une nécrose. Toutes ces lésions osseuses entraînent non-seulement une maladie longue qui affaiblit l'individu, mais le membre présente une série de perforations fistuleuses par où s'échappe une suppuration de caractères divers et des fragments osseux.

Bientôt la constitution plus ou moins mauvaise du sujet se détériore, des sueurs nocturnes se répètent tous les jours, les digestions se font mal, l'amaigrissement fait des progrès croissants; enfin, la fièvre hectique et la diarrhée colliquative annoncent une terminaison prompte si l'on ne retranche pas la branche viciée qui consume le tronc.

Ces lésions organiques variées doivent s'étendre jusqu'à l'épaule, ne pas permettre de conserver une partie de l'humérus, et n'avoir pas trop fortement altéré l'omoplate; car, sans cela, ou l'amputation

du bras devrait être opérée , ou la portion du scapulum serait extraite , ou enfin toute opération devrait être jugée contre-indiquée . La contre-indication se trouverait encore dans l'état général du sujet , et surtout dans l'altération des viscères , de ceux de la poitrine en particulier , comme on l'observe si souvent à la suite des tumeurs blanches scrofuleuses qui coexistent avec des tubercules pulmonaires.

Dans la gangrène de nature variée , comme le démontre le mémoire de M. François , couronné par la Société de médecine de Bordeaux , on a tenté la désarticulation du bras , comme le fait de Laroque nous en offre un exemple . Mais faut-il toujours pratiquer cette opération pour cette maladie , quelle que soit du reste sa nature ? Sans vouloir ici entrer dans une discussion si souvent reproduite touchant la nécessité d'attendre ou non la limitation de la mortification , nous pensons que la désarticulation doit être faite sur-le-champ quand il s'agit d'une lésion traumatique , d'une gangrène par compression ou survenue par l'effet de l'usage de l'ergot du seigle ; au contraire , cette désarticulation nous paraît devoir être rejetée quand la maladie est dite sénile , artérielle , adynamique , et enfin dans tous les cas où elle dépend d'un état morbide général qui doit entraîner la reproduction de la mortification.

Personne n'ignore que Ledran fils opéra un sujet atteint d'une exostose avec carie de l'humérus , et

cette lésion osseuse peut, en bien des circonstances, exiger la désarticulation du bras. Cette maladie est, en effet, au-dessus des ressources de l'art quand elle ne dépend pas du vice syphilitique contre lequel nous possédons un moyen à peu près toujours efficace. Si cependant l'exostose atteignait seulement l'extrémité scapulaire de l'os du bras, malgré son volume, la compression des vaisseaux, les fistules des parties molles, etc., on pourrait encore tenter de conserver le membre en faisant la résection de la portion altérée.

Les lésions par production de tissus anormaux ou *dysgénétiques* entraînent parfois l'obligation de sacrifier un membre thoracique. Quelle ressource la thérapeutique offre-t-elle contre les hydatides, le cancer, etc.? Aucune, et lors même que l'on enlève le mal, on n'est que trop exposé à voir l'affection déterminer l'apparition d'une nouvelle maladie semblable. Cependant, comme l'on a vu parfois le malade reprendre sa santé antérieure après le sacrifice des parties au sein desquelles le produit dysgénétique s'est déposé; comme, enfin, nous ne connaissons encore aucun agent capable de guérir la diathèse cancéreuse, nous sommes réduits à pratiquer la désarticulation du bras, lorsque l'ostéosarcome a envahi toute cette partie du membre supérieur.

Nous terminerons l'examen des indications géné-

rales à la désarticulation du bras, en signalant le fungus hématode comme pouvant exiger une semblable opération. Tel fut le cas où Delpech pratiqua cette désarticulation chez un sujet atteint d'un développement anormal de tous les capillaires du membre supérieur, et dont la constitution, profondément affaiblie, menaçait tous les jours de succomber aux hémorrhagies incoërcibles. Delpech pratiqua la séparation du bras avec l'épaule ; mais un bruit de sifflement se fit entendre, et le malade tomba aussitôt dans une syncope dont il ne releva pas.

Ce fait malheureux ne doit pas nous faire regarder l'indication à la désarticulation comme erronée, car le fungus hématode de tout un membre ne peut être guéri autrement, et la ligature des troncs principaux n'a jusqu'à présent procuré que des succès en des cas analogues. Mais cette observation nous montre un des dangers, peu commun, il est vrai, de la désarticulation scapulo-humérale. En effet, l'autopsie du sujet opéré par l'illustre restaurateur de la chirurgie de la France méridionale, prouva que l'introduction de l'air dans les veines de l'aisselle et dans le cœur avait déterminé cette mort instantanée. Cette terminaison singulière s'observe quelquefois lorsque l'on pratique des opérations à la racine des membres, parce que là les veines sont *canaliculées* ou béantes, en raison de leur adhérence

avec les tissus environnants et l'absence de valvules dans leur cavité.

Ici nous terminons un point de notre dissertation qui aurait dû nous occuper plus long-temps, car les indications forment la base de la véritable médecine. Mais devant nous restreindre dans les bornes d'une dissertation ordinaire, nous avons passé rapidement en revue les lésions générales des membres, et nous avons reconnu comme principe que la désarticulation du bras est exigée par l'une de ces altérations, lorsqu'elles s'étendent si haut vers l'épaule, qu'elles ne permettent ni de conserver le membre par la résection, ni de pratiquer l'amputation du bras.

§ III.

Méthodes et procédés de la désarticulation du bras.

Nous sommes loin de vouloir présenter ici le tableau complet des nombreuses méthodes et procédés qui ont été proposés pour la désarticulation du bras. Une telle tâche passerait les bornes d'une thèse inaugurale, et n'offrirait, du reste, que de l'indifférence, si ce n'est de l'ennui, en raison du nombre infini et du peu d'importance réelle de beaucoup de procédés vantés de nos jours. C'est aux livres dogma-

tiques qu'il faut s'adresser si l'on veut lire toutes ces richesses ou pauvretés de l'art opératoire, et les œuvres du professeur Velpeau laissent à cet égard bien peu de chose à désirer.

Trois méthodes ont été mises en pratique dans la séparation du bras d'avec l'épaule, et ce sont les mêmes que l'on emploie pour les amputations en général. Nous n'avons donc pas besoin de dire qu'il s'agit des méthodes circulaire, ovalaire et à lambeaux : les uns et les autres de ces modes opératoires ont été mis en pratique par des chirurgiens distingués. La désarticulation *circulaire* fut la première fois mise en usage par Garengot, qui, dans ses œuvres (t. III, 460, 2^me édit.), assure qu'elle était généralement adoptée de son temps. Bertrandi en parle aussi pour le blâmer; et Alanson en fait mention, et donne même des préceptes particuliers pour son exécution, qui ne diffère de son application dans la continuité de l'os du bras, qu'en ce que l'on coupe les chairs assez près de la jointure pour avoir seulement une quantité suffisante de celles-ci, afin de recouvrir la plaie.

Les procédés à cette méthode n'ont pas manqué : on compte ceux de Garengot, de Bertrandi, de Græfe, de MM. Samson, Velpeau, Cornuau, etc. Celui de ce dernier mérite d'être remarqué en ce qu'il fait un précepte de couper les vaisseaux et les nerfs en dernier lieu, lorsque l'articulation est déjà ouverte,

et que le bras ne tient plus que par sa partie interne. Nous croyons toutefois que son incision commence trop près de l'acromion, puisque l'auteur conseille de couper à un travers de doigt seulement au-dessus de cette proéminence osseuse : nous inciserions plus bas.

Comme la méthode circulaire, l'*ovalaire* a été attribuée à des auteurs qui n'en étaient pas les véritables pères. Il en est ainsi de la plupart des inventions humaines : plus l'on creuse dans les annales de la science, plus l'on reconnaît combien peu est exagérée l'expression du professeur Pitchoff : *nihil sub sole novum* ; expression, du reste, qui remonte à la plus haute antiquité. Selon M. Velpeau, ce serait au docteur Chasley ou à A. Blandin, qui, en 1803, trouva la méthode dont nous parlons. M. Scoutteten attira plus spécialement l'attention du praticien dans son travail sur cette méthode dont il généralisa et vulgarisa l'application.

Nous ne signalerons pas les nombreuses modifications apportées à cette manière de désarticuler, car nous aurions à décrire les procédés de Guthrie, de Béclard, de Dupuytren, de MM. Scoutteten, Velpeau, Larrey, etc. Le second mode de désarticulation proposé par ce dernier nous semble mériter la préférence, et nous l'avons vu plusieurs fois employer en Afrique, et surtout par M. Baudens. Ce procédé a l'avantage de ne pas dénuder l'acromion autant que celui de

M. Scoutteten, et, comme le faisait remarquer l'habile opérateur dont nous venons de parler, permettait l'exploration de l'extrémité supérieure de l'humérus, et de se contenter de la résection des parties fracassées ou altérées par une lésion organique.

C'est ainsi que se conduisit M. Baudens chez l'officier dont nous avons déjà rapporté l'observation : il commença donc par faire le premier temps du procédé Larrey, c'est-à-dire l'incision longitudinale descendant de l'acromion à six ou huit centimètres au-dessous, et reconnut la possibilité de conserver le membre en extrayant l'extrémité articulaire de l'humérus. Du haut de cette première incision en part une seconde oblique en dehors et s'étendant jusque sur la face postérieure du bras; une troisième incision en dedans, semblable à cette dernière, ne doit pas intéresser les vaisseaux. L'articulation, mise ainsi à nu, est ouverte largement, le bras est détaché; enfin une dernière incision presque transversale réunit les deux précédentes, coupe les vaisseaux et retranche le membre,

C'est à propos de la méthode à *lambeaux*, plus que jamais, que l'on doit reconnaître combien la médecine opératoire est surchargée de modifications multipliées et la plupart de bien faible utilité pratique. Les procédés à un lambeau transverse sont de Ledran, Lafaye, Garengéot, Dupuytren, Onsenort, de Grosbois, de Bell, de Laroche, etc. Lafaye taillait

un lambeau trapézoïde; Dupuytren le prenait dans toute l'épaisseur du deltoïde, et en allant de l'os vers la peau. Ce procédé nous semble bien préférable à celui de M. Lisfranc, qui expose à avoir un lambeau dont la base est écourtée, et qui d'ailleurs n'est pas aisé à pratiquer.

Aux procédés à deux lambeaux se rattachent celui de Sharp qui découvrait et liait les vaisseaux axillaires avant de tailler complètement ses lambeaux; celui de Pojet qui désarticule l'humérus au moyen d'une incision longitudinale partant de l'acromion, et s'étendant à l'attache inférieure du deltoïde, et qui termine l'opération en coupant la partie postérieure du bras; le premier procédé du baron Larrey qui coupe deux lambeaux latéraux en plongeant le couteau dans l'épaisseur du deltoïde, et en découvrant ainsi la jointure en dernier lieu; enfin, celui de M. Lisfranc, bien difficile à faire convenablement, à cause de la gêne que la voûte acromio-coracoïdienne offre à l'opérateur.

Hâtons-nous de terminer notre tâche, en nous efforçant d'apprécier la valeur des principales méthodes dont nous venons de parler. Chacune de ces méthodes peut offrir certains avantages sur la méthode opposée, avantages qui dépendent plutôt des cas qui nécessitent la désarticulation que de la méthode en elle-même; nous en dirons de même de la plupart de leurs procédés, qui ne diffèrent point par une grande

importance pratique. Ainsi, suivant que les chairs seront altérées en avant, en arrière ou en dehors, il faudra choisir le procédé de Pojet, celui de Delpech, ou ceux de Dupuytren et Lisfranc. Quand on croira pouvoir conserver le membre en se contentant de réséquer et d'extraire les fragments fracassés, nous croyons, avec M. Baudens, convenable de donner la préférence au dernier procédé du baron Larrey, et nous en avons exposé les motifs. Enfin, nous ne pensons pas nécessaire de faire préalablement la ligature de l'axillaire, et il nous semble préférable de comprimer l'artère sous-clavière pendant l'exécution de la désarticulation scapulo-humérale.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De l'époque à laquelle se soudent les pièces osseuses qui entrent dans la composition des os du crâne, des vertèbres, du sternum et des côtes.

Cette question présente de grandes différences, soit qu'on l'examine dans les os du crâne ou dans ceux des os de ces autres régions. Lorsque l'on considère l'application que l'on en peut faire à la chirurgie, et surtout dans les commotions cérébrales ou dans les différents procédés orthopédiques employés dans les déviations de la colonne vertébrale ou du sternum, cette question acquiert un haut degré d'importance. Nous allons, pour traiter successivement les objets qui ont le plus de rapports les uns avec les autres, commencer par les différentes parties du crâne.

Non-seulement les auteurs ne sont point d'accord sur le nombre des points d'ossification qui entrent dans la composition des os du crâne, mais il en est qui admettent des divisions que le plus grand nombre rejette; il en est ainsi pour les points de démarcation que l'on établit entre les quatre points osseux prin-

cipaux de l'occipital. Nous admettrons dans notre exposé les opinions les plus généralement adoptées.

Occipital. — Les points d'ossification de cet os sont, suivant Meckel, au nombre de huit : Béclard les a réduits à quatre, dont quelques anatomistes ont fait autant d'occipitaux distincts. Ce qui a pu engager ces anatomistes à admettre cette division, c'est l'époque tardive à laquelle leur ossification a lieu, de quinze à vingt ans. Si Meckel a raison, ce ne pourrait être que dans le cas où la soudure des quatre noyaux osseux bien déterminés dans le jeune âge, s'effectuait à une époque peu avancée de la vie intra-utérine.

Sphénoïde. — Dans le fœtus, il y a deux divisions bien tranchées à faire des différentes parties du sphénoïde : l'une formée par les petites ailes supportées par la moitié antérieure du corps, et l'autre représentée par les grandes ailes et la portion postérieure du corps du même os. Les deux points du corps du sphénoïde postérieur se soudent au troisième mois, et celui-ci ne se soude aux grandes ailes qu'à cinq ou six mois. Les deux points du corps du sphénoïde antérieur se soudent aux petites ailes avant de se souder entre eux. Les deux corps du sphénoïde ne se soudent que vers le dixième mois, et ce n'est guère que vers dix-huit ans qu'a lieu la soudure des cornets avec cet os.

Ethmoïde. — Développé par trois points d'ossifica-

tion, les noyaux osseux de cet os s'unissent vers trois à quatre ans, et ce n'est que vers sept ans que les cornets s'y attachent.

Frontal. — L'époque de la soudure des deux points d'ossification du frontal peut-elle être déterminée d'une manière précise? Non, car il n'est peut-être pas un os dont les points osseux se soudent à des époques aussi variables. On a dit, mais sans fondement, que la trace des sutures des pièces osseuses du frontal était plus long-temps distincte chez la femme que chez l'homme. La soudure a lieu de quinze à vingt ans.

Temporal. — Il y a à considérer dans cet os quatre points d'ossification se réunissant à des époques différentes : la portion mastoïdienne, l'écailleuse et la pierreuse se soudent dans la première année; l'apophyse styloïde de trois à quatre ans.

Pariétal. — Par un seul point d'ossification.

Vertèbres. — Les points osseux qui entrent dans la composition des vertèbres en général, commencent leur réunion par ceux du corps; les points latéraux se soudent même avec le corps vers un an, avant de se réunir entre eux à quatre ou cinq ans. De vingt à vingt-cinq ans, les points épiphysaires des apophyses transverses et épineuses effectuent leur réunion, et ce n'est réellement qu'à trente ans qu'a lieu la soudure des lames épiphysaires des vertèbres. A trois ans a lieu la soudure de l'apophyse odontoïde de l'axis;

les lames et le corps de cette vertèbre ne sont soudés qu'à cinq ans.


Quoique le sacrum soit la continuation de la colonne vertébrale, sa description étant une partie distincte de celle des vertèbres, je m'abstiendrai d'en parler.

Côtes. — Les points épiphysaires de ces os se soudent, à vingt-cinq ans, seulement au corps de l'os, et forment l'un la tête, l'autre la tubérosité.

Sternum. — Cet os se divise en trois parties : la première, supérieure, est appelée *transversale* ; la seconde, ou moyenne, *verticale* ou *corps* ; et la troisième, ou inférieure, *appendice xiphoïde*. Aucun os n'est plus irrégulier dans sa forme, son mode de développement et sa soudure.

La soudure des parties latérales de la portion transversale précède toujours celle de la partie transversale elle-même. Le point articulaire qui correspond à la première côte s'ossifie ordinairement le premier, et la réunion se fait successivement jusqu'en bas ; mais alors commence seulement la soudure de la portion transversale qui a lieu par les deux pièces inférieures qui n'en forment plus qu'une à laquelle vient s'unir la deuxième portion ou corps : ce n'est, selon M. Cruveilhier, que vers vingt à vingt-cinq ans qu'a lieu la réunion des parties qui forment la première pièce ; l'appendice xiphoïde formant la troisième portion se développe isolément.

Plusieurs opinions existent sur la soudure de ces trois parties : a-t-elle lieu complètement ou non ? L'affirmative ne nous appartient pas ; nous nous contenterons de mettre en regard deux hommes du plus grand mérite , Bèclard et Cruveilhier , et qui sont loin de s'accorder sur tous les points : ils conviennent que l'appendice s'unit au corps à l'âge de quarante à cinquante ans ; mais , selon Cruveilhier , la portion transversale ne s'unit jamais au corps , tandis que Bèclard pense le contraire. Pour détruire l'opinion de ce dernier , Cruveilhier prétend qu'en sciant le sternum , dont les parties paraissent les mieux soudées , il existe toujours entre elles une couche osseuse très-mince.



SCIENCES MÉDICALES.

De l'hypertrophie simple de l'estomac ; des caractères anatomiques qui distinguent les squirrhes du même viscère.

Si nous voulions donner à cette question toute l'étendue que son étude pourrait comporter, il nous faudrait décrire minutieusement les caractères anatomiques de l'hypertrophie de l'estomac ; traiter dans un chapitre séparé de l'étiologie de cette altération, nous occuper ensuite des symptômes, et, enfin, aborder la thérapeutique en lui donnant toute l'attention et toute l'extension que demandent les progrès de la science. Mais nous avons déjà traité la désarticulation du bras avec assez de détails, et le temps ne nous permet pas d'en agir de même à l'égard de la question des sciences médicales. Il nous faut donc tracer rapidement l'histoire des squirrhes de l'hypertrophie gastrique.

Dans l'hypertrophie, les trois tuniques de l'estomac ont pris une épaisseur très-marquée qui, parfois, est le double et même le triple de l'état normal ; parfois c'est la tunique muqueuse seule qui s'est hypertrophiée, et qui pousse des végétations

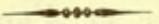
partielles ou générales, et ordinairement rapprochées du pylore. Mais souvent aussi l'on rencontre la membrane musculuse dont l'épaisseur plus grande la rend beaucoup plus distincte ; elle est rougeâtre, ses fibres sont très-marquées, et presque toujours alors le tissu cellulo-fibreux ou la membrane nerveuse des anciens participe à cet accroissement de substance. Le péritoine participe rarement à cet état morbide. Certains auteurs ont prétendu qu'il y avait hypertrophie quand l'estomac devenait plus ample sans que ses parois en fussent amincies.

Les causes de cette altération sont en général la gastrite chronique, certaines névroses dans lesquelles le sujet mange prodigieusement : c'est ainsi que l'infirmier Tarras, dont parle Percy, présenta un estomac très-ample et fort hypertrophié. Le pronostic de cette lésion est grave en ce qu'elle est rarement curable, et qu'elle détermine un trouble continuel dans les fonctions gastriques. Cependant le traitement qui lui convient est celui de l'inflammation chronique ; il doit donc être antiphlogistique en général et longtemps prolongé.

Les caractères du squirrhe de l'estomac sont assez difficiles à déterminer ; plusieurs auteurs voient dans cette dernière maladie l'effet d'une inflammation chronique, et ceux même qui reconnaissent la spécificité du squirrhe, avouent qu'il est peu aisé de distinguer anatomiquement l'une de l'autre altération. Bien

plus, des médecins distingués avancent que les symptômes de ces deux lésions sont à peu près les mêmes. Le docteur Dalmaś, moins exclusif, s'exprime en ces termes : s'il n'est pas rare, comme nous nous empressons de le reconnaître, de trouver entre ces deux ordres de maladies une analogie frappante sous le rapport des symptômes, de la marche, de la terminaison, etc. ; il est encore plus fréquent de voir les premières revêtir les formes qui leur sont propres.

Si nous rappelons les remarques que nous avons eu occasion de faire sur les cadavres d'individus morts de l'une ou de l'autre de ces deux lésions, nous mentionnerons, dans le squirrhe, une densité plus grande des parois, une teinte jaunâtre de la membrane musculeuse et du tissu cellulaire sous-muqueux, un aspect lardacé surtout vers le pilore, une friabilité plus grande du viscère. En ce cas, la valvule pylorique est presque toujours dégénérée et resserrée au point d'empêcher l'introduction du doigt indicateur ; l'estomac lui-même peut être rapetissé ; mais nous l'avons vu aussi fort ample. Enfin, les personnes qui succombent au squirrhe gastrique ont toutes le cachet de la cachexie cancéreuse dont nous ne devons pas parler sur une question purement anatomo-pathologique.



SCIENCES ACCESSOIRES.

Donner les caractères des plantes de la famille des rubiacées et l'indication des ordres qui y ont été établis.

Les rubiacées constituent une famille très-naturelle distinguée des autres par le grand nombre de genres exotiques qu'elle contient; voici quels sont ses caractères : calice adhérent, limbe à cinq dents, corolle monopétale infundibuliforme à cinq divisions, cinq étamines incluses; capsule ovoïde, allongée, couronnée par les cinq dents du calice, biloculaire, bivalve; fleurs en panicules, grands arbres, tige ligneuse.

Quant à la seconde partie de la question, nous ne pouvons donner l'indication de tous les ordres de cette famille; nous serions entraîné beaucoup trop loin, puisque M. Achille Richard, dans un mémoire sur les rubiacées qui se composent d'environ cent soixante genres, a établi onze sections ou tribus naturelles. (Voy. mém. Soc. hist. nat., t. V.) Nous ne parlerons donc que du petit nombre de ces genres qui donnent quelques produits à la thérapeutique.

PREMIÈRE TRIBU. *Aspérulées.* — Cette tribu contient

le galiet jaune, *galium verum* ; l'aspérule, herbe à l'esquinancie, *asperula cynanchica* ; la garance des teinturiers, *rubia tinctorum*. Ces diverses plantes croissent en France, mais sont peu usitées maintenant en médecine.

DEUXIÈME TRIBU. *Cofféacées*. — On y trouve le caféier d'Arabie, *coffea arabica*, les différents genres d'ipécacuanha, ipécacuanha annelé, *cephelis ipécacuanha* ; ipécacuanha strié, *psychotria emetica*.

TROISIÈME TRIBU. *Cinchonées*. — Cette tribu comprend deux genres : le genre *quinquina* et le genre *exostema*.

Le genre *quinquina* se distingue, dans la famille des rubiacées, par les caractères suivants : le tube de la corolle est étroit et velu, les étamines sont incluses, la capsule s'ouvre par la base et de bas en haut.

Le genre *exostema*, peu nombreux, a des caractères opposés.

Les espèces de *quinquina* des officines sont distinguées en *quinquina gris*, *rouge*, *jaune*, *blanc*. D'après M. Guibourg, le *quinquina gris* et le *quinquina rouge* ne sont que des écorces de variétés de même espèce, de l'espèce décrite par Umboldt et Bonpland sous le nom de *quinquina condaminea*. Quant au *quinquina jaune officinal*, ou *quinquina jaune royal*, l'espèce qui le fournit, d'après M. Guibourg, est encore inconnue. Le *quinquina blanc* est le *quin-*

quina ovata de la flore péruvienne, variété du *cinchona cordifolia* de Mutis, auquel cet auteur a rapporté à tort le quinquina jaune.

M. Guibourg a divisé les quinquinas en cinq sections : *gris*, *jaune*, *rouge*, *blanc* et *faux*. Il a été porté à faire cette division autant par le résultat de ses analyses, que par l'examen des caractères physiques. Par l'analyse, il a trouvé : dans le gris surtout de la *cinchonine* et peu ou pas de *quinine* ; dans le jaune, beaucoup de *quinine* et peu de *cinchonine* ; dans le rouge, à peu près parties égales de ces deux alcalis végétaux ; dans le blanc, pas de *cinchonine* ; et il est douteux qu'on doive les regarder tous comme de véritables quinquinas.

Quant aux quinquinas faux, ce sont pour la plupart des écorces produites par le genre *exostema* ; on n'y rencontre généralement ni *quinine* ni *cinchonine*, et ils ne jouissent que très-faiblement des propriétés des quinquinas.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

M ^{rs} CAIZERGUES *.	Doyen.	Clinique médicale.
BROUSSONNET * *		Clinique médicale.
LORDAT *.		Physiologie.
DELILE *.		Botanique.
LALLEMAND *.		Clinique chirurgicale.
DUPORTAL *.		Chimie médicale et Pharm.
DUBRUEIL *.		Anatomie.
DELMAS *		Accouchements.
GOLFIN, <i>Président</i> .		Thérapeutique et Mat. méd.
RIBES.		Hygiène.
RECH *.		Pathologie médicale.
SERRE *.		Clinique chirurgicale.
BÉRARD *.		Chimie générale et Toxicol.
RENÉ, <i>Exam.</i>		Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR *.		Pathologie et Thérap. génér.
ESTOR.		Opérations et Appareils.
BOUISSON.		Pathologie externe.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. AUG. PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M ^{rs} VIGUIER.	M ^{rs} JAUMES.
BERTIN, <i>Exa.</i>	POUJOL.
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCÉLLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS fils.	FRANC.
VAILHÉ.	JALAGUIER.
BROUSSONNET fils, <i>Examin.</i>	BORIES.
TOUCHY.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Reboul.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle au lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

