

NOUVEAU PROCÉDÉ

N° 53.

POUR

LA CURE DE LA TUMEUR

23.

ET DE LA FISTULE LACRYMALE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 13 MAI 1837 ;

PAR

PEIXOTO (ANTONIO-JOSÉ),

De Minas (BRÉSIL) ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN CHIRURGIE.

« Je ne crois pas qu'il y ait jamais eu un philosophe à système qui n'ait avoué, à la fin de sa vie, qu'il avait perdu son temps ; il faut convenir que les inventeurs des arts mécaniques ont été bien plus utiles aux hommes que les inventeurs des syllogismes : celui qui imagina la navette l'emporte furieusement sur celui qui imagina les idées innées. »

VOLTAIRE.

MONTPELLIER,

Imprimerie de Veuve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.

1837.

A

F. LALLEMAND,

MON MAITRE,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu St-Eloi, membre de la Légion d'honneur, etc., etc.

Reconnaissance et admiration.

A MON BEAU-FRÈRE, **J. JORGE DA S.**,

ET A MES AMIS INTIMES, **M. A. DOS S^{tes} LIMA,**

ET **HIDALGO DE RAMIRES.**

A M^{rs} **THÉODOSE ET GUSTAVE PRIVAT** (de Mèze).

Vous qui, loin de mes foyers, m'avez tenu lieu de père, recevez ce faible témoignage de ma reconnaissance.

A.-J. PEIXOTO.



NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR

LA CURE DE LA TUMEUR

ET DE LA FISTULE LACRYMALE.



QUELQUE confiance que l'on accorde *à priori* à l'un des nombreux procédés opératoires inventés pour la cure de la fistule lacrymale ; quelque séduisants que ces procédés puissent paraître enrichis des perfectionnements de la chirurgie moderne , soumis à la sanction indispensable de la pratique médicale , tous ces beaux rêves ne tardent pas à s'évanouir devant une réalité désespérante , le très-petit nombre de malades guéris , quelque méthode et procédé opératoire que l'on emploie d'ailleurs pour cette cure.

Les chirurgiens qui se sont d'abord occupés , d'après des vues rationnelles , du traitement de la tumeur lacrymale , ont bien senti l'importance qu'il y avait de ne pas toucher avec l'instrument tranchant

au petit appareil excréteur des larmes. Il est facile de comprendre, en effet, de prime-abord, les dégradations qui peuvent être la conséquence d'opérations sanglantes pratiquées sur des canaux d'une ténuité extrême et placés au centre de la face.

C'est sur cette idée fondamentale qu'ont été conçues les méthodes d'Anel, de Méjan et de Laforest.

Anel, fondé surtout sur cette idée que la tumeur et la fistule lacrymales dériveraient le plus ordinairement de l'obstruction des conduits excréteurs des larmes par des humeurs épaissies, établit la nécessité de déboucher le conduit pour parvenir à la guérison de ces maladies, et se servit, pour arriver à cette fin, des injections et du cathétérisme des voies lacrymales. Les injections par le procédé d'Anel sont restées dans la pratique chirurgicale; mais le cathétérisme avec un stylet d'or, par le point lacrymal supérieur, a été depuis long-temps abandonné, à cause de la difficulté du procédé opératoire et de l'impossibilité presque complète d'arriver ainsi jusqu'à sortir du canal nasal par son orifice inférieur sans se dévier, et produire des déchirures plus ou moins graves de la membrane muqueuse.

Méjan, acceptant toutes les difficultés du cathétérisme d'Anel, proposa de conduire un fil de soie dans le canal nasal, pour engager ensuite dans ce canal, au moyen de ce fil conducteur, des corps dilatants. Méjan s'était fait évidemment de la maladie une idée plus nette et plus vraie que le précédent

auteur ; mais la difficulté de l'introduction et du passage régulier de l'aiguille armée d'un fil de soie , dans les voies lacrymales par le point et le conduit lacrymal supérieur , ont paru à tous les chirurgiens d'une telle difficulté , que cette méthode opératoire a été forcément et bien à regret abandonnée. Méjan , en effet , avait bien compris l'importance d'une méthode applicable également à la tumeur et à la fistule lacrymales. Cette circonstance qu'elle ne nécessitait pas d'incision , ni intérieure ni extérieure , permettait de l'appliquer non-seulement à toutes les phases de la maladie , mais même chez tous les sujets , chez les femmes surtout , qui repoussent habituellement avec tant de crainte les opérations de la chirurgie , et dont l'aversion pour les opérations qui peuvent altérer tant soit peu la régularité de la face est bien connue.

Toutefois , voici en résumé les inconvénients sur lesquels on s'est fondé pour abandonner cette méthode : 1° la difficulté d'introduire le stylet aiguillé par le point lacrymal supérieur , et de le faire sortir par l'orifice inférieur du canal nasal , à cause de l'angle que forme en dedans le conduit lacrymal au point de jonction avec le nasal : cette difficulté est telle , que si , éprouvant de la résistance , l'opérateur persiste à pousser le stylet , l'extrémité du frêle instrument se coude sur elle-même , et ce n'est qu'à grand-peine que l'on peut ensuite le retirer.

2° La crainte de déchirer la membrane muqueuse et de produire des désordres graves dans les autres

tissus qui sont en rapport avec l'aiguille que l'on cherche à engager.

3° L'inflammation et l'oblitération du point et du conduit lacrymal supérieur après l'extraction du fil de soie.

Imbu des principes d'Anel et de Méjan, Laforest proposa de sonder les voies d'excrétion des larmes par leur orifice inférieur dans les fosses nasales : il avait pour but, dans certains cas, de les injecter et de les désobstruer, et lorsqu'il existait un rétrécissement du canal nasal, de le dilater par l'introduction des sondes pleines. Toutefois il ne paraît pas que Laforest se soit servi, pour cette dilatation, d'un système de sondes successivement plus volumineuses. Il faisait usage, d'après le Professeur Boyer, d'une sonde pleine d'un volume donné, qu'il engageait de gré ou de force dans le canal nasal par son orifice inférieur.

Mais la méthode de Laforest, réduite à elle seule, n'a pas obtenu beaucoup de succès parmi les praticiens, et cela devait être par l'appréciation de la difficulté qu'il y a d'introduire, sans guide, des sondes dans le canal nasal par son ouverture inférieure, et des accidents qui peuvent en résulter, tels que la fracture du cornet inférieur, la déchirure de la membrane muqueuse, les fausses routes, etc.

Combinée avec la méthode de Méjan, par Cabanis, qui se servait d'un fil de soie pour conduire les sondes dans le canal nasal, la méthode de Laforest

est devenue plus facile, en ce sens que le cathétérisme a pu être opéré avec un guide sûr, mais elle s'est aussi compliquée de toutes les difficultés de la méthode de Méjan, et la modification a dû nécessairement être abandonnée à cause de ces difficultés même.

La perforation de l'os unguis pour ouvrir une route artificielle aux larmes, a été tentée depuis long-temps (Ætius, Paul d'Égine), et renouvelée ensuite par plusieurs chirurgiens modernes (Volhouse, entre autres). Toutefois cette méthode, qui consiste à établir une voie nouvelle pour les larmes à travers les cellules ethmoïdales, à part les essais des propagateurs, n'a été généralement employée qu'en désespoir de cause, et lorsque les méthodes d'Anel et de Méjan avaient été mises en usage sans succès. Elle a dû cependant disparaître de la pratique, à cause de l'impossibilité de maintenir la perforation artificielle ouverte, et conséquemment d'assurer à toujours les résultats de l'opération.

Je ne mentionnerai que pour repousser comme elle le mérite, la méthode qui consiste à faire fondre des rondelles de nitrate d'argent dans le sac lacrymal, introduites, soit par l'ouverture de la fistule, soit par une incision faite comme dans la méthode de J.-L. Petit. Il est évident qu'introduit ainsi et abandonné sans guide, le nitrate d'argent peut produire les plus graves désordres dans le petit appareil des voies lacrymales, et mettre un obstacle insur-

montable à la guérison ultérieure de la maladie par les méthodes rationnelles. L'emploi du nitrate d'argent de cette manière est une opération barbare, indigne des lumières et des progrès de la chirurgie moderne.

Après ces essais infructueux, il semble que les chirurgiens n'ont vu d'autre ressource, pour la cure de la tumeur et de la fistule lacrymale, que dans l'incision plus ou moins étendue du sac pour dilater le canal nasal, soit par la peau, soit par la conjonctive près de la caroncule lacrymale.

J.-L. Petit le premier songea à plonger un bistouri au grand angle de l'œil, en dessous du tendon direct du muscle orbiculaire, de manière à pouvoir, par cette ouverture, introduire des corps dilatants pour le canal nasal. Le procédé de Pouteau ne diffère de la méthode de Petit, que parce que l'incision est faite au grand angle de l'œil sur la face du sac lacrymal recouverte par la conjonctive.

Si la pratique de tous les jours ne nous donnait la mesure de la valeur de la méthode de J.-L. Petit pour le traitement de la fistule lacrymale, il serait déjà facile de comprendre ses inconvénients par la réflexion et le raisonnement. Cette méthode ne peut être employée que lorsque la maladie est avancée, et lorsque la fistule existe : car serait-il raisonnable d'établir une fistule par une incision à la face, quand il n'existe qu'une tumeur lacrymale qui peut se dissiper par des moyens plus simples et moins chanceux ?

Et n'est-il pas commun, dans ces circonstances, de voir cette fistule artificielle persister, quoi que l'on fasse, avec les inconvénients et la difformité qu'elle entraîne? Ne voit-on pas aussi souvent la fistule artificielle compliquer la fistule naturelle, quand on opère pour guérir la fistule lacrymale confirmée? N'est-il pas évident qu'avec une pareille méthode on s'expose à beaucoup aggraver le mal en opérant de bonne heure? Et on a des chances nombreuses de n'arriver à aucun résultat, d'établir une complication, et de donner lieu à une difformité plus grande en opérant tard comme la prudence semble l'exiger.

Le procédé de Pouteau me paraît avoir moins d'inconvénients que la méthode de Petit : elle n'entraîne pas au moins, quoi qu'il arrive d'ailleurs, de difformité; mais une incision du sac lacrymal, faite même avec une lancette, amène nécessairement une division considérable des fibres de ce petit réservoir : cette ouverture étendue fournit des chances nombreuses au développement de l'inflammation de la conjonctive, et puis elle rend difficile la cicatrisation; quand on songe qu'il en est ici comme de tous les réservoirs d'excrétion qui, incisés largement, ne se cicatrisent que difficilement, à cause du passage continu, par l'ouverture, de l'humeur excrémentitielle.

Quant à la méthode de Foubert, qui est la plus généralement employée de nos jours, et qui consiste dans l'usage d'une canule à demeure destinée à livrer passage aux larmes, je pourrais en indiquer les in-

convénients, qui se résument dans le peu d'avantage qu'on en retire généralement dans la pratique, à cause des accidents déterminés habituellement par la présence de la canule, et de la difficulté du passage des larmes par ce conduit artificiel.

Je ne viens de mentionner que les méthodes opératoires mises en usage à diverses époques pour la cure de la tumeur et de la fistule lacrymale ; j'aurais pu facilement aussi présenter le tableau critique des nombreux procédés nés de ces diverses méthodes, et fondés spécialement sur des particularités de l'appareil instrumental, soit pour l'incision, soit pour la dilatation et l'injection des voies lacrymales, etc. Mais ces détails seraient évidemment des longueurs inutiles, et ne présenteraient qu'un faible intérêt : je poursuis donc dans la direction et le but que je me suis proposés.

En songeant au nombre considérable de méthodes et de procédés opératoires mis en usage pour la cure de la fistule lacrymale, on pourrait croire, de prime-abord, que rien n'est plus facile que de guérir cette maladie, et qu'on n'a, sous le rapport des moyens à employer, que l'embarras du choix. Cependant l'observation clinique, comme nous l'avons déjà mentionné, nous apprend tous les jours le contraire, et on pourrait avec raison poser en fait, je crois, que la fistule lacrymale est une des maladies les plus rebelles encore aux secours de la chirurgie.

L'histoire de ce qui a été fait dans la science chi-

rurgicale sous ce rapport, prouve évidemment que ce qui forme la grande difficulté du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale, peut se rapporter à trois chefs principaux : 1° à l'insuffisance des connaissances anatomo-pathologiques, relativement à la maladie dont il est question. S'agit-il, en effet, d'une obstruction par des matières épaissies ? de l'engorgement de la membrane muqueuse, de ses diverses transformations par l'inflammation ? La lésion est-elle quelquefois dans le périoste ou dans les os ? Et en admettant que tous ces cas puissent se présenter, se trouve-t-elle aux orifices internes des conduits lacrymaux, dans le sac lacrymal, dans le canal nasal, à l'orifice inférieur de ce conduit ?

2° A l'imperfection des notions anatomiques positives relativement aux variétés de forme, de longueur, de courbure, du sac lacrymal et du canal nasal ; aux variétés de configuration et de grandeur de l'orifice inférieur de ce dernier conduit.

3° A l'exiguïté de l'appareil excréteur sur lequel on est obligé d'opérer, et conséquemment à l'étroitesse du sac lacrymal, du canal nasal et de son orifice inférieur.

Quoi que l'on fasse, on peut comprendre qu'il sera toujours difficile de vaincre cette dernière difficulté, et de rectifier la science relativement aux autres points que j'ai mentionnés : le temps seul pourra nous éclairer sous le rapport de l'anatomie pathologique ; car on comprend que, comme on ne meurt pas de

la fistule lacrymale, on sera toujours obligé d'attendre que le hasard fournisse les cas susceptibles d'éclairer le problème.

Toutefois, convient-il d'attendre que la science ait répondu à ces questions, et de s'arrêter jusque-là dans les perfectionnements à apporter au traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale? Je ne le pense pas : que de temps ne faudra-t-il pas encore pour que l'on soit bien éclairé! Et cependant que de malades atteints de l'infirmité dont je m'occupe, et réclamant les secours de l'art de guérir! Est-il bien sûr qu'il ne soit pas possible d'arriver à un traitement convenable dans l'ignorance où nous sommes encore de certains faits?

Je suis convaincu, pour ma part, qu'il importe à l'humanité et à la science que chacun apporte tous les jours, pour l'édifice commun, le tribut de ses réflexions et de ses veilles, et les soumette avec candeur au jugement des hommes aux lumières desquels il s'est éclairé, et auxquelles il veut s'éclairer encore.

En revenant, par un coup d'œil général, aux différentes méthodes employées pour le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale, je suis toujours resté convaincu que la méthode de Méjan, à part la difficulté de faire passer un stylet aiguillé dans les voies lacrymales par le conduit lacrymal supérieur, était le plus en rapport avec les indications d'une thérapeutique rationnelle; d'autant mieux, qu'au moyen du fil de soie engagé par le stylet aiguillé dans les voies

lacrymales, j'ai compris qu'il devenait facile d'appliquer, au traitement de la tumeur et de la fistule en question, les trois méthodes: 1° de l'injection, 2° de la dilatation, 3° et de la cautérisation.

Mais comment simplifier la méthode de Méjan, et la rendre facilement praticable? Le voici: *Faire une simple ponction au sac lacrymal en dessous de la caroncule lacrymale, et introduire l'aiguille par l'écartement des fibres du sac opéré par cette ponction.*

Entrons actuellement dans les détails de cette opération telle que je la conçois, et que je l'ai à plusieurs reprises pratiquée sur le cadavre.

Le petit appareil nécessaire pour l'opération se compose :

1° D'une aiguille (voyez la planche, fig. 1) montée sur un manche: la pointe est figurée en fer de lance, d'une ligne de diamètre verticalement, et d'une demi-ligne en travers; la tige qui la supporte doit avoir un demi-pouce environ; le manche est long et taillé à pans, comme celui des aiguilles à cataracte.

2° D'un stylet aiguillé en argent (voyez la planche, fig. 2), long de trois pouces environ, mousse à une de ses extrémités, fenêtré à l'autre, de façon à pouvoir admettre un fil de soie d'un huitième de ligne de diamètre.

3° D'une paire de pinces à pansement.

4° D'un fil de soie, long d'un pied et demi, légèrement ciré.

5° D'une sonde courbe à injection, en argent (voy.

la planche, fig. 6), offrant un pavillon évasé à une de ses extrémités, et percée de plusieurs trous en arrosoir à l'autre.

6° D'une seringue en argent (voy. la planche, fig. 7), un peu moins volumineuse que celle d'Auel, sans pas de vis au point d'insertion avec la canule.

7° De plusieurs sondes pleines, en gomme élastique (voyez la planche, fig. 8), de trois pouces et demi de long, terminées par un pavillon en cire d'Espagne d'une part, fenêtrées de l'autre, de façon à pouvoir être saisies avec un fil de soie accessoire au fil principal.

Ces sondes doivent être faites d'après le procédé du docteur Barthélemy, de Paris, et être dilatables par l'influence de l'humidité du canal nasal. On peut les faire faire de volume différent, suivant les âges, les sexes, les individus ; mais la progression ne doit guère varier depuis un quart de ligne de diamètre jusqu'à deux lignes.

8° D'une sonde à cautériser, avec trois mandrins (voyez la planche, fig. 3, 4 et 5). Cette sonde, configurée comme celle pour la cautérisation du canal de l'urètre, de M. le professeur Lallemand, doit offrir d'abord, comme cette dernière, deux mandrins : l'un propre à cautériser en arrière, et l'autre en avant, et un troisième, enfin (fig. 5), destiné à cautériser en haut. Ce dernier porte, dans sa partie la plus élevée, une cuvette assez profonde destinée à recevoir le nitrate, au moyen duquel on peut arriver à cau-

tériser le sac lacrymal lui-même, ou du moins on peut fondre une partie du nitrate dans l'humeur que ce petit réservoir contient. Ces trois mandrins doivent être fenêtrés, pour être attachés au fil de soie et entraînés par lui dans le canal nasal.

Il faut encore avoir de l'eau tiède, de l'huile, des compresses fines, un bandeau pour fixer le fil de soie, soit qu'il serve d'attache à une sonde du docteur Barthélemy, soit qu'on l'abandonne seul à demeure pour servir de conducteur aux instruments des injections et de la cautérisation.

La simple énumération des pièces de l'appareil suffirait déjà à l'indication du manuel opératoire pour l'*injection*, la *dilatation* et la *cautérisation* des voies lacrymales. Toutefois je vais indiquer ce manuel opératoire tel que je le conçois, en insistant spécialement sur les particularités les plus notables de l'opération que je propose.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête maintenue par un aide, comme dans l'opération de la cataracte, le chirurgien se place en face de lui, fait relever par l'aide, placé derrière le malade, la paupière supérieure, tandis qu'il abaisse lui-même l'inférieure. Alors il saisit, avec la main restée libre, l'aiguille en acier, et fait une ponction au sac lacrymal, à un quart de ligne environ au-dessous de la caroncule lacrymale. Il est convenable de ne pas trop enfoncer l'aiguille, et de cesser de l'enfoncer dès l'instant que l'on sent une résistance vaincue.

Cette ponction une fois opérée, on fait passer par l'ouverture le stylet aiguillé en argent, armé du fil de soie, qui parcourt les voies lacrymales, et va sortir par l'orifice inférieur du canal nasal, d'où l'opérateur le retire soit avec les doigts, soit avec des pinces à pansement. Le stylet aiguillé une fois sorti, on le dégage du fil de soie qui doit rester à demeure, et servir ensuite de guide pour l'introduction des instruments à *injection*, à *dilatation* et à *cautérisation*. Toutefois il est toujours nécessaire d'adapter un fil de soie *accessoire* au fil *principal*, afin de conserver ce dernier intact autant que possible.

On se fait difficilement une idée de la facilité avec laquelle tous ces temps opératoires peuvent être exécutés. J'ai eu l'occasion de pratiquer souvent cette opération sur le cadavre, et je suis toujours parvenu sans le moindre obstacle et très-rapidement, à établir le fil de soie dans les voies lacrymales, par une ponction au sac faite avec une simple aiguille à cataracte.

L'introduction de la sonde à injection ne présente rien de spécial : saisie par les yeux de sa pointe, elle est entraînée dans le canal nasal, et reçoit dans l'ouverture de son pavillon le tube de la seringue, qui ne doit pas présenter de pas de vis, afin de ne pas être vissée, mais simplement enfoncée dans la canule : circonstance dont il est facile d'apprécier les motifs.

Quant à la dilatation, je n'en parlerai que pour mentionner de nouveau les sondes du docteur Barthélemy, qui, introduites dans un canal quelconque,

se dilatent d'un tiers de leur volume environ, sous l'influence de l'humidité des conduits dans lesquels on les introduit. Il est facile de comprendre de quelle importance est cette découverte pour la dilatation des conduits naturels et artificiels, quand on songe que ces sondes se dilatent d'une manière régulière, et dilatent uniformément les parois des canaux rétrécis; tandis que les corps dilatants que l'on possédait avant cette découverte, n'opéraient la dilatation que d'une manière irrégulière.

La cautérisation doit être ici mise en usage d'une manière rationnelle, comme dans les cas de rétrécissement de l'urètre, non pas pour détruire des excroissances, que l'on guérit bien mieux par la dilatation, la compression et le fenêtrage des tissus malades, mais pour enflammer activement des tissus gorgés de fluides, tuméfiés, et affectés d'inflammation chronique. La cautérisation, dans ces circonstances, ranime, en quelque sorte, les fonctions ralenties des divers systèmes organiques, favorise spécialement l'innervation et la circulation; et, par cette heureuse médication, la membrane muqueuse, auparavant fongueuse et blafarde, reprend son état normal et ses fonctions.

L'introduction de la sonde à cautériser par l'orifice inférieur du canal nasal, ne diffère pas du procédé pour l'introduction de la sonde à injection et des sondes dilatatrices. Elle présente, à son olive finale, des yeux dans lesquels l'opérateur engage le fil de soie *accessoire*, fil qui sert de conducteur à la sonde à

cautériser comme aux autres instruments qu'on introduit dans le canal nasal par son orifice inférieur. On pratique ensuite la cautérisation par des mouvements de circumduction latérale, en engageant la sonde et en la dégageant par des mouvements, selon la direction du canal, etc.

Après ces détails opératoires, je pourrais mettre en rapport le procédé nouveau que je propose avec les méthodes connues, et faire ressortir les avantages de la modification que j'indique; mais la revue critique que j'ai faite de ces méthodes au commencement de cette dissertation peut m'en dispenser, et je suis bien-aise d'abandonner cet examen à la sagacité et au jugement du lecteur.

En résumé, de l'exposition que je viens de faire du nouveau procédé opératoire et de ce qui précède, je erois être autorisé à conclure :

1° Que la ponction du sac lacrymal, l'introduction d'un stylet aiguillé et d'un fil conducteur par cette ouverture, constituent une opération simple, presque sans douleur et d'une très-facile exécution.

2° Que cette opération peut remplacer avec avantage, sous tous les rapports, la méthode de Méjan et le procédé de Pouteau, dont elle se rapproche le plus, aussi bien que toutes les autres méthodes employées jusqu'à ce jour.

3° Qu'elle ne peut aucunement compromettre les parties au milieu desquelles la ponction est faite et dans lesquelles le stylet et le fil de soie sont introduits.

4° Que rien n'empêche de l'employer à toutes les époques de la maladie, qu'elle peut l'être même dès le début de la tumeur lacrymale sans inconvénient.

5° Qu'elle n'entraîne pas de difformité à la face, en sorte qu'elle peut, sous ce rapport, être employée avec beaucoup d'avantage chez le sexe.

6° Enfin, qu'embrassant à la fois les méthodes d'*injection*, de *dilatation* et de *cautérisation*, elle peut s'appliquer à tous les cas, et remplir toutes les indications pour la cure de la tumeur et de la fistule lacrymale:

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

- MM. CAIZERGUES, Doyen, Clinique médicale.
BROUSSONNET, Clinique médicale.
LORDAT, Physiologie.
DELILE, *Examineur*, Botanique.
LALLEMAND, *Présid.* Clinique chirurgicale.
DUPORTAL, Chimie.
DUBRUEIL, Anatomie.
DUGÈS, Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS, Accouchements.
GOLFIN, Thérap. et matière médic.
RIBES, Hygiène.
RECH, *Supp.* Pathologie médicale.
SERRE, *Examineur*, Clinique chirurgicale.
BÉRARD, *Exam.* Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ, Médecine légale.
N..... Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, <i>Suppléant</i> .	MM. FACES.
KUHNHOLTZ.	BATIGNE.
BERTIN, <i>Examinat.</i>	POURCHÉ.
BROUSSONNET.	BÉRTRAND.
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR, <i>Examinat.</i>
BOURQUENOD.	

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.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 5.

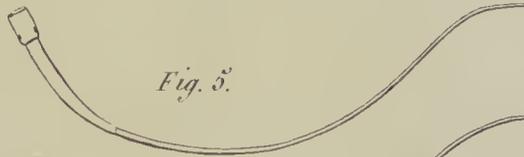


Fig. 4.

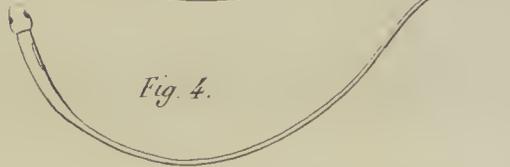


Fig. 6.

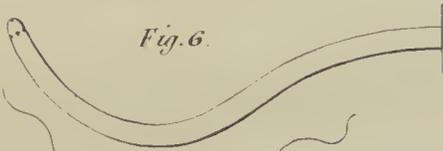


Fig. 7.



Fig. 8



