

praticable à ce niveau, il peut créer une auto-inoculation, et faire un pneumothorax d'emblée me paraissait périlleux; voici comment j'ai tourné la difficulté: Je décolle la plèvre pariétale autour du sommet du poumon, sauf à la partie la plus interne, je crée ainsi un pneumothorax *extra-pleural* qui, agissant comme un pneumothorax vrai, permet au poumon de se rétracter, mais dans la seule région correspondant au décollement, c'est-à-dire au sommet de l'organe, qui se trouve ainsi réduit de volume, affaissé dans une certaine mesure; c'est ce que vous avez pu voir pendant notre opération. On peut alors l'amener dans le champ opératoire, le faire sortir à travers l'espace intercostal; ce décollement de la plèvre pariétale a un second avantage: quand on amène le poumon à travers l'espace intercostal, la plèvre pariétale se déchire, comme vous l'avez vu pendant notre opération; mais, comme elle est plus ou moins flottante, elle s'applique sur le poumon et empêche ou limite ainsi la pénétration de l'air dans la plèvre.

Le 5 mai vous m'avez vu opérer ce malade au pavillon Dolbeau, avec le concours de M. Théophile Anger et de nos internes.

Toutes les précautions de rigoureuse asepsie étant réalisées, le malade étant chloroformé, je fais porter à faux l'épaule du côté opéré en plaçant un coussin étroit en long sous l'échine. Le creux sous-claviculaire est ainsi diminué de profondeur. Puis je reconnais le *deuxième espace intercostal* que je choisis à cause de son siège et de ses dimensions, je fais une incision parallèle à cet espace et aboutissant à 2 centimètres du sternum au niveau de la mammaire interne. Le grand pectoral, puis les deux intercostaux incisés et réclinés, je vous ai fait voir à travers la plèvre les aréoles pulmonaires. Alors commence le travail délicat de *décollement de cette plèvre pariétale*. En dehors et en haut la libération est facile, en dedans au contraire vous avez vu qu'à un moment donné la séreuse a cédé, un léger sifflement nous a indiqué que quelques centimètres cubes d'air entraient dans la séreuse, j'ai appliqué le doigt, puis un tampon de gaze iodoformée sur la perforation et il n'y a eu aucun incident. Le décollement étant opéré, j'ai nettement senti l'induration du sommet de l'organe et j'ai pu préciser son étendue.

Passant ensuite mon doigt derrière le sommet du poumon, j'ai pris l'organe avec une pince spéciale qui ménage la friabilité du tissu, et je l'ai amené au dehors, déchirant ainsi la plèvre pariétale qui faisait collerette autour du poumon. Il n'y avait pas trace d'adhérence entre les deux feuillets de la séreuse; là nous avons pu examiner à loisir les lésions. La couche corticale la plus superficielle était saine. Au-dessous, nous sentions nettement l'induration pulmonaire, ferme au centre, légèrement granuleuse à sa périphérie, le tout présentant le volume d'une grosse noisette; les moindres détails de cette induration sont perceptibles à un degré dont l'examen que nous faisons généralement sur le cadavre ne peut donner une idée. J'ai ensuite passé au-dessous de ma pince un fil