

tuberculose pulmonaire concomitante avait été très discuté, vu les antécédents scrofuleux de cet homme, et les signes fournis par l'auscultation. Je fis une incision du deuxième espace intercostal, je décollai soigneusement la plèvre pariétale et je pus ainsi explorer avec le doigt tout le sommet de l'organe. Les sensations ainsi recueillies me parurent très nettes, le poumon vivant, aussi mou, aussi souple que le plus fin duvet, laisse percevoir la moindre induration, la plus petite rugosité. Le sommet était uniformément souple; je fis la cure radicale de la hernie et je refermai par une suture à quatre étages la plaie ainsi faite. Au septième jour mon malade était guéri et de mon intervention et de sa hernie. Je l'ai présenté à la Société de chirurgie, et je puis ajouter que notre exploration a été valable, car le malade n'a eu depuis cette époque aucune accident de tuberculose.

Je ne fais que vous signaler incidemment cette première intervention, qui m'enhardit dans cette voie, et j'arrive à la *résection* que vous m'avez vu pratiquer. Voici d'abord l'histoire de mon malade: c'est un jeune homme de vingt-cinq ans, de taille moyenne, assez vigoureux encore et dont les accidents pulmonaires ont débuté il y a deux mois. Il n'est pas issu d'une souche tuberculeuse; nous ne relevons dans son passé aucun stigmate avéré de scrofule. Son état général était parfait quand il vint exercer à Paris, il y a trois ans, la profession de cuisinier. Il subit progressivement l'anémie liée à sa profession, puis tomba dans la misère il y a trois mois environ. C'est depuis cette époque seulement que l'amaigrissement, la faiblesse, les sueurs nocturnes, une rauçité de la voix et une toux quinteuse sans hémoptysie se sont manifestés. Dans ces conditions, il est entré à l'hôpital Beaujon, le 25 avril, dans le service de M. Gombault, qui constata une tuberculose au début. Les signes stéthoscopiques étaient les suivants:

Au sommet du poumon droit et en avant, submatité, respiration rude et saccadée, expiration prolongée, craquements secs pendant la toux; ces signes sont limités à la région sous-claviculaire; en arrière, mêmes symptômes exactement localisés à la fosse sus-épineuse. Le sommet gauche paraît intact. Le malade, peu amélioré par les divers traitements qu'il a subis, accepte une intervention dont toutes les chances lui sont exposées.

La méthode opératoire que j'ai employée est un peu spéciale, et voici sur quelle base elle est établie.—La grosse difficulté dans cette opération consiste à faire passer un volumineux sommet du poumon à travers un espace intercostal étroit; pour cela, il faut ou diminuer l'objet qui doit le traverser, ou agrandir l'orifice. On peut agrandir le passage par une résection costale, comme on l'a généralement fait. Désirant avant tout pratiquer une opération simple sans grands délabrements et permettant une guérison rapide, je ne voulus pas employer ce procédé. Il me fallait donc diminuer le volume du poumon; mais le morcellement n'est guère