

taele. Le feuillet pariétal de la séreuse se laisse assez facilement décoller en haut, en avant et en arrière ; mais, en dedans, le canal thoracique, le nerf phrénique passant entre le péricarde et la plèvre qu'il faut dissocier, restent accolés au feuillet pariétal et menacent d'être enserrés dans la ligature. La possibilité d'un pareil accident me fit renoncer à cette méthode. Une thérapeutique nouvelle des lésions pulmonaires parut un instant si efficace, que j'abandonnai ensuite toute tentative de ce côté, jusqu'au jour où ce traitement sembla tomber en défaveur.

Je reviens alors à l'idée d'une *résection du poumon* ; mais une pareille intervention nécessitait l'éclaircissement préalable de plusieurs questions.

Comment le parenchyme pulmonaire normal supporterait-il une ligature ? Quels sont les modes et la rapidité de la réparation de ses pertes de substance ? Que devons-nous craindre de ses innombrables vaisseaux ? Que diraient les réflexes respiratoires sous l'influence de cette striction chez un malade chloroformé ? Et surtout, comment se comblerait l'espace laissé vide dans la cage thoracique par suite de l'ablation d'une partie du poumon ?

Sans doute les faits cliniques publiés et des recherches antérieures pouvaient répondre en partie à ces questions, mais avec une rigueur insuffisante pour établir une base certaine. Aussi, pour les résoudre, je me suis adressé à l'expérimentation sur les animaux. J'ai fait une série de recherches au laboratoire de M. Dastre, à la Faculté des sciences, recherches très longues, car les résections pulmonaires chez le chien sont bien plus délicates, bien plus difficiles à parfaire que chez l'homme. La minceur de la plèvre, son adhérence et surtout la gravité extrême du pneumothorax qui est presque fatalement double, à cause de l'absence du médiastin, vous expliquent ces difficultés. Ces expériences m'ont donné des résultats dont le détail trouvera place ailleurs, mais dont je vous dois ici les données ayant une importance pratique.

La ligature d'un fragment de poumon provoque des réflexes respiratoires et cardiaques sans syncope ; la cicatrisation de ces plaies est rapide, on peut tenter d'unir le tissu pulmonaire au muscle intercostal, et là encore il se fait une fusion intime des tissus. Quant au vide laissé dans le thorax par suite de l'extirpation du tissu pulmonaire, il se comble rapidement par l'expansion du reste du parenchyme, pourvu que la portion enlevée ne soit pas trop considérable, sans que je puisse vous donner de proportions mathématiques. Fort de ces résultats expérimentaux, j'ai abordé deux opérations sur l'homme.

Chez un premier malade, je pratiquai le 13 novembre dernier une cure radicale d'une hernie spontanée du poumon, et j'en profitai pour faire l'exploration chirurgicale du sommet de l'organe. Il s'agissait d'une tumeur occupant le deuxième espace intercostal et présentant tous les signes de cette affection. Le diagnostic de