

crachats, et la pression intra-pleurale étant inférieure à la pression atmosphérique mais pouvant être élevée par l'injection de gaz.

L'autopsie confirma ces présomptions ou plutôt cette règle dans tous les cas où elle fut pratiquée; sur les 5 cas de pneumothorax naturel avec épanchement richement bacillifère, trois purent être autopsiés et montrèrent une ou plusieurs fistules pleuro-pulmonaires. Sur les 4 cas de pneumothorax naturel avec épanchement pauvrement bacillifère, trois furent autopsiés et nous ne pûmes découvrir de fistule.

Dans le seul cas de pneumothorax artificiel où nous avons constaté l'abondance de bacilles de Koch dans le liquide, l'autopsie vint nous montrer l'existence d'une fistule. D'ailleurs rappelons qu'il s'agissait vraisemblablement d'une perforation secondaire survenue au cours du traitement, puisque les accidents graves et en particulier l'emphysème sous-cutané se déclarèrent en même temps que l'apparition de nombreux bacilles dans le liquide et du bleu intra-pleural dans les crachats, alors que jusque-là les bacilles avaient manqué et le bleu n'avait pas passé. La pression intra-pleurale restait d'ailleurs élevée à $+ 12$, en dépit de la perforation; il s'agissait sans doute d'une perforation à soupape; de fait, la malade succomba rapidement.

Il résulte donc de tout ce qui précède que les épanchements consécutifs aux pneumothorax, naturels ou artificiels, des tuberculeux, sont dus au bacille de Koch; que ce microbe s'y trouve en grande abondance lorsqu'il y a une communication établie entre le poumon et la plèvre, et qu'il y reste extrêmement rare au contraire lorsque pareille communication n'existe pas ou n'existe plus.

La richesse d'un épanchement en bacilles de Koch, au cours du pneumothorax, est donc l'indice d'un pneumothorax ouvert; dans