

pleurale; un pneumothorax à soupape se traduit par une pression supérieure à la pression atmosphérique.

Le second procédé consiste à injecter dans la cavité pleurale du bleu de méthylène en solution aqueuse: lorsqu'il y a communication entre le pyopneumothorax et le poumon, le bleu passe dans les crachats; lorsqu'il n'y a pas de fistule pleuro-pulmonaire ouverte, le bleu ne passe pas. Nous avons en particulier vérifié par plusieurs expériences que, dans les pleurésies communes, le bleu injecté dans le liquide ne se retrouve jamais dans les expectorations.

Les autopsies qu'il nous a été donné de faire nous ont confirmé que chaque fois que le bleu avait passé dans les crachats, il existait une ou plusieurs fistules pleuro-pulmonaires; et qu'inversement, lorsque le bleu n'avait pas passé, il n'y avait pas de fistule. Nous n'avons rencontré qu'une seule exception à cette règle: chez une femme, traitée par le pneumothorax artificiel, et chez laquelle le bleu injecté n'a pas passé dans l'expectoration, nous trouvâmes à l'autopsie une fistule pleuro-pulmonaire; mais chez ce sujet, le pneumothorax était multiloculaire, la cavité pleurale divisée en logettes multiples ne communiquant pas entre elles, et le bleu avait été injecté dans une logette alors que la perforation avait ouvert une autre poche dans les bronches.

L'association de ces deux méthodes nous a montré que dans tous les cas de pneumothorax naturels où les bacilles étaient abondants dans le liquide, le bleu passait dans les crachats, et la pression intra-pleurale, égale ou légèrement inférieure à la pression atmosphérique, ne pouvait pas être élevée par l'insufflation de gaz; en un mot, le pneumothorax était ouvert. Inversement, dans tous les cas où nous ne constatâmes pas de bacilles sur lames, il s'agissait d'un pneumothorax fermé, le bleu ne passant pas dans les