

graves; nous devons cependant signaler que, dans le pneumothorax artificiel, l'apparition d'un épanchement est ordinairement marquée par une ascension thermique, qui généralement ne persiste pas longtemps.

Mais leur histoire bactériologique n'est pas close avec la constatation de leur nature bacillaire. Un fait nous a vivement frappés: les épanchements, séro-purulents ou purulents, tous dus au bacille de Koch, ainsi que suffit à l'attester l'inoculation positive, contiennent le bacille soit à l'état d'unités, trop rares pour être retrouvées à l'examen direct, soit avec une abondance tout à fait remarquable. Rappelons que pour nos pneumothorax naturels, nous trouvâmes 5 fois sur 9 le bacille en quantité sur lames; pour nos pneumothorax artificiels, nous ne décelâmes ce phénomène qu'une seule fois, et en même temps qu'une complication survenue au cours d'un épanchement jusque-là dépourvu de bacilles à l'examen direct.

Nous devions nous demander quelle pouvait être la raison de cette différence singulière, et à première vue inexplicable.

Dans ce but nous avons cherché à vérifier l'état de la cavité pleurale, à savoir si le pneumothorax était ouvert ou fermé.

Deux moyens, que nous avons constamment associés, nous ont permis de poursuivre cette investigation.

Le premier consiste à mesurer la pression intra-pleurale à l'aide de l'appareil à pneumothorax de Küss: un pneumothorax ouvert se caractérise par une pression égale ou inférieure à la pression atmosphérique, et l'injection de gaz dans la plèvre n'élève pas la pression de manière durable, car il s'échappe par la fistule presque au fur et à mesure de l'insufflation; un pneumothorax fermé se caractérise par une pression inférieure à la pression atmosphérique, mais l'injection de gaz est capable d'élèver la pression intra-