

3 cas, ce caractère nous a permis de faire le diagnostic, que l'autopsie devait confirmer.

A quoi pouvons-nous attribuer ce phénomène intéressant? Pourquoi, lorsqu'une communication persiste entre la plèvre et le poumon, les bacilles pullulent-ils? On peut supposer qu'il se fait alors un déversement direct de produits bacillifères du poumon dans la plèvre, que les malades "crachent" en quelque sorte dans leur plèvre.

L'anatomie pathologique fournit encore une explication.

D'après ce que nous avons constaté dans les pneumothorax naturels, il appert que les lésions pleurales qui provoquent les épanchements appartiennent à deux variétés différentes: la première variété relève d'une pachypleurite fibreuse pauvre en follicules, qui ne jette guère de bacilles dans le liquide; il s'agit ici d'un processus inflammatoire dû à l'ensemencement de la plèvre par le bacille qui y a pénétré par effraction; cette pleurite donne un exsudat qui se transforme graduellement, grâce à la persistance de la diapédèse leucocytaire et à la production lente d'un pus véritable par déintégration des leucocytes; mais derrière ce pus, pauvre en bacilles, se dresse une barrière fibreuse, qui, après la cicatrisation de la perforation pulmonaire, ne permet pas l'établissement ni d'une fistule durable ni de nouvelles perforations.

Dans la seconde variété, les lésions sont toutes différentes: la plèvre, épaissie, est capitonnée par des masses caséuses, qui se fondent dans la cavité pleurale, y entraînant en quantité des bacilles; cette fonte des gros tubercules caséux pleuraux amène facilement des perforations pulmonaires nouvelles.

Les épanchements consécutifs aux pneumothorax artificiels semblent bien dus à la rupture par les insufflations hypertensives, d'adhérences pleurales préalables.