

malade comme déjà convalescent, sans les signes fournis par la percussion et l'auscultation. Ce furent ces signes qui engagèrent M. Lermnier à maintenir le malade à un régime sévère, malgré l'apyrexie. Toutefois l'épanchement ne diminuait pas. Ainsi, dans ce cas, la nature, abandonnée à elle-même, semblait insuffisante pour opérer la guérison. Ce fut alors qu'un très-large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine; le malade semblait être dans les conditions les plus favorables au succès de ce moyen. En effet, peu de temps après son application, l'épanchement commença à diminuer; ce fut seulement après la résorption totale que le vésicatoire fut séché. Jusqu'à cette dernière époque, le malade ne prit qu'une très-petite quantité d'aliments. Ce régime sévère, auquel il est difficile de soumettre les malades, surtout lorsqu'il faut le prolonger, seconda sans doute très-efficacement l'action du vésicatoire. Malgré cette longue privation d'aliments, l'épanchement fut à peine résorbé, que le malade reprit avec une étonnante rapidité et la plénitude de ses forces et son embonpoint.

Un mois à peu près s'écoula entre le moment où l'épanchement commença à se former, et celui de sa résorption complète.

VIII^e OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de quarante-huit ans, cheveux châtains, peau brune, poitrine large, taille élevée, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit le 16 juin, sans aucune cause connue, un malaise général, des lassitudes dans les membres, de l'anorexie. Ces symptômes persistèrent jusqu'au 21; le malade prit alors un vomitif, et eut d'abondantes évacuations par haut et par bas. — Le soir même, il fut pris d'un violent frisson, et dans la nuit il ressentit au-dessous du

sein gauche une vive douleur que le mouvement et les grandes aspirations exaspéraient. Cette douleur persista jusqu'au 25, époque de l'entrée du malade à la Charité; jusqu'à ce moment il n'eut qu'une toux rare et sèche.

État du 26. Respiration courte, accélérée; toux rare, expectoration nulle; très-légère dyspnée; son mat à gauche en arrière, et latéralement depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes; dans cette même étendue, bruit respiratoire nul, égophonie évidente. A gauche, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration s'entend nette, mais faible; à gauche en avant et à droite, dans tous les points, elle est nette et très-forte. Le point de côté persiste; le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. Langue blanchâtre, soif, constipation. Diagnostic : *Épanchement pleurétique gauche encore peu considérable. (Saignée de douze onces; tisane de chiendent, avec addition de miel et de nitre; lavement de pariétaire; diète.)*

Le sang présenta un petit caillot, couvert d'une couenne épaisse à bords relevés.

Le malade se sentit notablement soulagé après la saignée; dès ce moment il ne s'aperçut plus d'aucune gêne dans la respiration; le point de côté disparut. Le soir, sueur abondante pour la première fois. Sommeil la nuit.

Le 27, le malade assurait qu'il ne sentait aucune oppression; cependant les côtes s'élevaient plus fortement et plus fréquemment que dans l'état de santé; l'abaissement du diaphragme était aussi plus marqué. La percussion et l'auscultation donnaient les mêmes renseignements. La toux était rare, le décubitus indifférent. Un léger dévoilement s'était établi; les urines étaient peu abondantes. (*Vésicatoire de six pouces sur le côté gauche; même tisane; deux bouillons.*) Dans la soirée, légère moiteur.

Jusqu'au 1^{er} août, l'état du malade resta stationnaire. La fièvre était modérée; il y avait chaque soir un peu de chaleur et de moiteur.

Le 1^{er} août, nous trouvâmes pour la première fois le pouls tout-à-fait apyrétique, et la peau de chaleur naturelle. Le son était sensiblement moins mat, le bruit respiratoire commençait à s'entendre un peu à gauche inférieurement, tandis que les jours précédents il y était nul; l'égophonie persistait. Le dévoisement avait cessé depuis quarante-huit heures, l'appétit était excellent; les urines ordinaires sous le rapport de leur qualité et de leur quantité. Le soir il n'y eut ni chaleur ni sueur. (*Tisane de chiendent miellée et nitrée; deux crèmes de riz; quatre bouillons.*)

Les jours suivants, les forces revinrent rapidement; les signes de l'épanchement furent de moins en moins évidents.

Le 10 août, le son et le bruit respiratoire n'offraient plus de différence dans les deux côtés de la poitrine. L'égophonie n'existait plus. Le malade quitta bientôt l'hôpital.

Nous n'essaierons point de déterminer jusqu'à quel point le vomitif, pris quelques heures avant l'invasion de la pleurésie, en fut la cause occasionnelle. Si l'on admet cette cause, au moins faudra-t-il reconnaître chez cet individu une prédisposition toute particulière, en vertu de laquelle toute cause qui aurait porté un trouble quelconque dans l'économie aurait pu également produire une phlegmasie de la plèvre.

Lorsque le malade entra à la Charité, l'épanchement pleurétique était déjà formé. La saignée pratiquée alors enleva le point de côté, modéra l'inflammation et en suspendit peut-être les progrès. De plus, en diminuant la quantité de sang qui, dans un temps donné, devait traverser les poumons, elle diminua d'une manière toute mécanique la gêne de la respi-

ration. Souvent, dans les cas d'épanchements les plus considérables, on parvient à rendre la dyspnée beaucoup moindre, lorsqu'on a soin de ne faire passer à travers le pounon que la plus petite quantité de sang possible, soit par d'abondantes évacuations de ce liquide, soit par la soustraction des aliments et de toute espèce de stimulant. Voilà pourquoi l'absence de la fièvre est dans ce cas si avantageuse.

A la suite de la saignée, une sorte de crise s'opéra par les sueurs et par les selles; un soulagement notable eut lieu. Cependant la persistance de la fièvre, la gêne de la respiration, plus sensible pour le médecin que pour le malade, mais surtout les signes bien autrement précis fournis par la percussion et l'auscultation, indiquaient que l'épanchement était loin d'être encore résorbé. A cette époque, les symptômes d'un état aigu avaient en grande partie disparu. La fluxion, suivant le langage de l'école de Montpellier, assez juste dans ce cas, était le phénomène principal (*l'élément*) qu'il fallait surtout combattre. Dans ce but, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté malade. D'abord la fièvre persista, puis elle disparut, et dès lors l'épanchement commença à se résorber avec assez de rapidité; les forces revinrent. L'on put s'assurer dans ce cas que la résorption du liquide ne fut point favorisée par le mouvement fébrile, ainsi qu'on l'a souvent écrit. Nous voyons ici, au contraire, que les signes de la résorption ne furent manifestes que lorsque le pouls eut perdu sa fréquence.

Cette observation, comme plusieurs des précédentes, prouve que lorsque l'épanchement n'est pas très-considérable, le bruit d'expansion pulmonaire peut s'entendre là où existe la collection, mais seulement beaucoup plus faible qu'ailleurs. Cette observation prouve aussi l'insuffisance des signes fournis par le décubitus; ici, en effet, le malade ne resta jamais couché sur le côté affecté.

Quant à la modification particulière de la voix, qui constitue l'égophonie, elle fut ici très-prononcée tant que dura l'épanchement.

IX^e OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se fatigua beaucoup dans la matinée du 24 août, et s'exposa à un courant d'air froid pendant qu'il était en sueur. Le soir il sentit de la céphalalgie et un peu de frisson. Dans la nuit du 24 au 25, il se réveilla avec une vive douleur au-dessous du sein gauche; cette douleur persista toute la journée. Le malade garda le lit; le soir il commença à tousser. Le 26, la douleur n'avait pas diminué; il consulta alors un médecin, qui se contenta de lui prescrire des tisanes adoucissantes. Le 27, on lui donna deux grains d'émétique: d'abondants vomissements bilieux et plusieurs selles eurent lieu; il se sentit dans la journée notablement soulagé: le point de côté diminua, la toux devint plus rare et la respiration plus libre. Se croyant à peu près guéri, il essaya de se lever le 28; mais, effrayé de sa faiblesse, il se recoucha, et entra à la Charité le 29 août. Depuis l'invasion jusqu'à cette époque, des sueurs abondantes avaient eu lieu chaque nuit.

État du 30: La douleur ne se faisait plus sentir que pendant la toux et par la percussion ou la simple pression; la toux était peu fréquente et sèche; la respiration courte, précipitée. Les grandes inspirations étaient douloureuses et provoquaient la toux. Le malade restait à moitié assis dans son lit; le décubitus à plat augmentait considérablement la dyspnée. Dans tout le côté droit le son était très-clair et la respiration grande et nette; à gauche en arrière et latéralement, depuis la cinquième côte jusqu'en bas, le son était très-mat, la respiration

nulle et l'égophonie douteuse; plus haut, de ce même côté, la sonorité reparaisait, mais la respiration s'entendait beaucoup plus faiblement qu'à droite: c'était le résultat mécanique de la compression que le poumon avait subie, et qui ne permettait l'accès que d'une moindre quantité d'air dans un temps donné. Le pouls était peu fréquent, dur, la peau moite et peu chaude. Langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais; anorexie, soif; pas de selle depuis trois jours.

Diagnostic: *Pleurésie gauche terminée par épanchement.* Empêcher celui-ci d'augmenter et en favoriser la résorption en diminuant le travail inflammatoire, telle parut être l'indication à remplir. (*Saignée de seize onces, quarante sangsues sur le côté gauche; une infusion de bourrache et de violette miellée; looch; diète.*)

Sous l'influence de cette double émission sanguine la dyspnée devint moins forte dans la journée; le soir, augmentation de la fièvre. Le sang tiré de la veine ne présenta aucune couenne.

Le 31, l'égophonie, douteuse la veille, était devenue évidente; même état du reste. (*Deux vésicatoires aux jambes; même boisson.*)

1^{er} septembre, le point de côté avait entièrement disparu; sueur la nuit, fièvre, constipation. (*Lavement avec addition de séné et de sulfate de soude.*)

Du 2 au 6 septembre, les symptômes de l'état aigu disparurent peu à peu, la peau perdit sa chaleur, le pouls devint moins fréquent et plus souple; mais chaque soir il y avait un redoublement fébrile très-marqué et des sueurs la nuit. La respiration, assez libre lorsque le malade avait depuis longtemps gardé un repos absolu, s'accélérait singulièrement dès qu'il se plaçait sur son séant ou qu'il parlait; le décubitus avait lieu sur le dos. L'auscultation et la percussion fournissaient les mêmes renseignements; l'égophonie continuait à être évi-

dente. Ainsi l'épanchement ne paraissait pas avoir augmenté depuis l'entrée du malade ; mais il n'avait pas non plus diminué : la pleurésie semblait tendre à passer à l'état chronique. Dans cet état de choses, M. Lerminier fit couvrir le côté gauche d'un très-large vésicatoire, et en même temps il chercha à entretenir une utile diaphorèse par l'administration de la poudre de Dower (quinze grains en trois doses).

Après l'application du vésicatoire, la respiration devint de plus en plus libre ; la fièvre diminua ; les sueurs nocturnes ne cessaient pas. Vers le 15, l'on commença à entendre très-faiblement la respiration à gauche en arrière, là où, quelques jours auparavant, elle était tout-à-fait nulle. Le 18, nous trouvâmes pour la troisième fois le pouls entièrement sans fréquence : le malade se trouvait très-bien ; il se levait sans éprouver de dyspnée, il demandait avec instance des aliments : un demi-quart lui fut accordé ; il n'avait pris jusque là que des bouillons, des vermicelles et des crèmes de riz. La fréquence du pouls ne reparut pas les jours suivants. Le 22, la respiration s'entendait encore un peu plus fortement à gauche en arrière ; il n'y avait plus d'égophonie. Le malade, qui se croyait rendu à une santé parfaite, nous annonça qu'il était décidé à quitter l'hôpital sous peu de jours, et, malgré nos remontrances, il voulut qu'on fit sécher son vésicatoire.

Le 26, nous examinâmes de nouveau sa poitrine : le son était encore mat à gauche en arrière et latéralement, depuis les dernières côtes jusques un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate ; dans tout cet espace, la faiblesse de la respiration contrastait avec sa force dans les autres points du thorax : il s'en fallait donc beaucoup que l'épanchement fût résorbé. Du reste, l'état général du malade était très-satisfaisant ; il se promenait dans les salles sans ressentir ni fatigue, ni dyspnée. Il sortit le 27.

Nous pouvons remarquer dans cette observation ce que nous avons déjà essayé de faire ressortir dans plusieurs autres, savoir, la différence des symptômes qui signalent l'existence d'un épanchement pleurétique selon le degré d'ancienneté de la maladie, la quantité du liquide épanché étant d'ailleurs à peu près la même. Ainsi, au début, les symptômes les plus graves se manifestent : douleur de côté déchirante, gêne extrême de la respiration, fièvre intense, anxiété générale portée au plus haut degré. Dans cet état de choses, rien de plus facile que le diagnostic d'une telle maladie ; mais un peu plus tard ces symptômes très-aigus se modèrent et disparaissent en partie : la dyspnée, moins considérable, ne se fait sentir que lorsque quelque changement dans l'état habituel du malade, occasionné par un mouvement insolite, par l'introduction des aliments dans l'estomac, par une impression morale, etc., accélère momentanément le cours du sang ; la peau perd sa chaleur brûlante, et bientôt une légère accélération du pouls est le seul signe qui annonce que la circulation n'est pas encore revenue à son état normal. Parvenus à ce degré, les malades ne se plaignent plus que du défaut de rétablissement de leurs forces, et ils croient toucher au moment de leur convalescence. S'il n'était éclairé par la percussion et l'auscultation, le médecin lui-même partagerait souvent cet espoir. Plus tard encore, le pouls perd complètement sa fréquence, les forces reviennent ; la marche, l'action de parler, etc., n'occasionnent plus de dyspnée ; il semble alors que le poumon resté sain a acquis un surcroît d'action et de vie qui rend en quelque sorte inutiles les fonctions du poumon comprimé par l'épanchement. Mais, à cette époque, si on percute de nouveau la poitrine, si on ausculte la respiration, on trouve que l'épanchement

n'est point encore complètement résorbé. C'est alors que l'observation sévère des règles de l'hygiène est de la plus haute importance pour le malade : s'il s'y soumet, on peut espérer que le liquide épanché se résorbera peu à peu ; s'il les néglige, une rechute ne tardera pas à survenir, l'inflammation de la plèvre repassera à l'état aigu et deviendra plus ou moins rapidement mortelle.

Nous avons pu observer ces différentes phases chez notre malade ; nous avons vu que le traitement a été modifié dans chacune d'elles. Pendant que les symptômes étaient à leur plus haut degré d'acuité, on les combattit par d'abondantes saignées, générales et locales. Un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine, l'action de la peau fut sollicitée par la poudre de Dower, lorsque la maladie commença à passer à l'état chronique et que la réaction générale ne fut plus à craindre. Nous n'oublierons pas de noter le soulagement momentané qui suivit l'administration des deux grains de tartre stibié pris par le malade avant son entrée à la Charité.

Rapportons maintenant d'autres cas, dans lesquels la pleurésie a été presque latente, ou même complètement latente dès le début.

X^e OBSERVATION.

Un charretier, âgé de quarante ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, jouissant habituellement d'une bonne santé, se fatigua beaucoup le 2 juillet ; il s'exposa à un courant d'air froid tandis qu'il était en sueur. Bientôt malaise général, puis frisson, et douleur à la partie antérieure droite du thorax, entre le sein et la clavicule : cette douleur augmentait par la toux, la pression et les grandes inspirations. Dans

la soirée, sueur très-abondante. Le deuxième et le troisième jour, persistance de la douleur, sueur le soir : d'ailleurs, le malade ne toussait ni ne crachait ; il ne sentait pas d'oppression. Le quatrième jour, douze sangsues appliquées sur le siège de la douleur la firent disparaître. Le cinquième jour, le malade entra à la Charité ; il ne se plaignait alors que d'une douleur très-obtuse un peu au-dessous du sein droit. Il était venu à pied à l'hôpital. Il assurait ne sentir aucune espèce de dyspnée ; il se couchait indifféremment et à plat dans toutes les positions ; il se plaçait facilement sur son séant, et y restait long-temps sans éprouver ni fatigue, ni dyspnée. La parole était libre, la toux nulle, l'apyrexie complète ; la bouche était un peu pâteuse, et un léger dévoiement existait. Le malade nous disait qu'il n'était entré à l'hôpital que pour *se remettre* et pour recouvrer ses forces, que la fièvre des jours précédents lui avait, dit-il, enlevées. A en juger effectivement d'après l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, rien ne semblait moins alarmant que son état : il paraissait n'avoir eu qu'une pleurésie assez légère qu'une saignée locale avait enlevée, et on pouvait le regarder comme convalescent. Quel fut notre étonnement lorsqu'en percutant la poitrine nous reconnûmes que dans tout le côté droit le son était très-mat ! De ce même côté, en avant et en arrière, depuis la clavicule et l'épine de l'omoplate jusqu'au niveau des dernières côtes, le bruit respiratoire ne s'entendait pas ; de l'autre côté, il était fort, puéril. En appliquant l'oreille sur le côté droit et faisant parler le malade, on entendait une résonnance de la voix qui se rapprochait de l'égophonie, et qu'on aurait pu regarder comme produite par l'épanchement ; mais de l'autre côté cette résonnance était la même : c'était donc un état physiologique. Quoi qu'il en soit, l'existence d'un épanchement pleurétique ne pouvait point être révoquée en doute. Un large vésicatoire

fut appliqué sur le côté gauche du thorax ; on l'entretint les jours suivants. Le cours des urines fut sollicité par le nitre et les scillitiques : l'absence complète de fièvre était une circonstance favorable à l'emploi de ces médicaments.

Du sixième au quinzième jour, le malade, vu, soit dans la soirée, soit à différentes époques de la journée, ne présenta jamais le moindre signe de fièvre ; il se promenait dans le jardin de l'hôpital, montait et descendait les escaliers, sans que sa respiration lui parût en aucune manière gênée : cependant, en l'examinant attentivement, on remarquait qu'à chaque mouvement inspiratoire l'élévation des côtes était plus grande que chez un homme bien portant ; les inspirations étaient aussi plus rapprochées. *Il ne voulait pas se persuader qu'il fût malade* ; il avait un grand appétit, et ce n'était que malgré lui qu'il prolongeait son séjour à la Charité. Les urines étaient très-abondantes ; une grande quantité de sérosité s'écoulait chaque jour de la surface du vésicatoire.

Le seizième jour, on entendit pour la première fois un faible bruit respiratoire immédiatement au-dessous de la clavicule droite, près de l'union des côtes avec le sternum ; le son nous parut aussi moins mat dans cette même partie. Ainsi l'épanchement avait un peu diminué : l'absence complète de fièvre, l'état très-satisfaisant des forces, tout, en un mot, semblait donner presque la certitude qu'à l'aide du temps et d'un traitement convenable, on obtiendrait la résorption entière du liquide ; mais le malade, malgré nos représentations, voulut quitter l'hôpital le 22 juillet.

Quelques jours après, nous le rencontrâmes dans une rue de Paris, conduisant ses chevaux. Il était plein de force et de gaieté, et nous assura qu'il se portait à merveille.

Nous avons fait ressortir, dans le cours de cette observation, ce qui la rend surtout intéressante : on ne conçoit pas véritablement comment une aussi abondante collection, rapidement survenue, peut exister sans gêner notablement la respiration, sans troubler en aucune manière l'économie. Certes, on n'admettrait point *à priori* la possibilité de pareils faits. Nous pourrions rapprocher de l'histoire de ce malade celle d'un jeune élève en pharmacie, auquel nous avons donné nos soins il y a environ deux ans, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 21. Ce jeune homme, d'une assez faible constitution, ressentit d'abord dans les parois thoraciques du côté gauche des douleurs vagues qui furent regardées comme rhumatismales ; elles devinrent bientôt plus intenses, et la fièvre s'alluma. Le côté gauche fut couvert de sangsues ; d'abondantes saignées générales furent pratiquées. Nous vîmes alors le malade : la poitrine, percutée, rendait un son très-mat dans tout le côté gauche, tant en avant qu'en arrière : dans tout ce côté, le bruit respiratoire était nul ; il n'y avait aucune résonnance particulière de la voix. D'ailleurs, le malade ne toussait ni ne crachait, il se couchait indifféremment et à plat dans toutes les positions ; il assurait ne sentir aucune oppression : cependant la respiration était évidemment accélérée et la parole un peu haletante. La fièvre, très-modérée pendant le jour, devenait un peu plus forte chaque soir. Nous ne pouvions avoir de doute sur la nature de la maladie. M. T... avait été déjà abondamment saigné : nous pensâmes que durant quelques jours il ne fallait faire aucun traitement actif, donner quelques tisanes émollientes, et recommander une diète sévère. Nous espérions ainsi voir céder la fièvre, et nous attendions ce moment pour appliquer un vésicatoire. En effet, le mouvement fébrile ne tarda pas à s'éteindre, et nous couvrîmes le côté gauche d'un très-large vésicatoire : ce topique irrita beaucoup le malade et

ralluma momentanément la fièvre; on en diminua la surface et on entretint le reste; on administra en même temps de légers diurétiques, soit en frictions, soit à l'intérieur. Peu de jours s'étaient à peine écoulés, que nous commençâmes à entendre un faible bruit respiratoire au-dessous de l'épine de l'omoplate et de la clavicule gauche, preuve manifeste que l'épanchement avait un peu diminué. Les quinze jours suivants, il resta stationnaire. Cependant tous ceux qui voyaient le malade le regardaient comme convalescent: nous l'aurions aussi considéré comme tel, si l'auscultation et la percussion n'eussent continué à indiquer l'existence d'un épanchement considérable. Dans cet état de choses, M. T... désira vivement retourner dans son pays, où il voulait, disait-il, passer le temps de sa convalescence. Persuadé que l'emploi bien dirigé des moyens hygiéniques était désormais pour lui une des grandes voies de guérison, nous accédâmes à ses désirs. M. T... passa un mois à la campagne au sein de sa famille; il faisait tous les jours un léger exercice, mangeait peu et buvait du lait. A son retour à Paris, il ne nous offrit plus aucune trace d'épanchement, et il jouissait d'une santé parfaite.

XI^e OBSERVATION.

Un Bavaois, tailleur, âgé de vingt-deux ans, taille élancée, peau blanche, muscles grêles, vint à pied, il y a quatre mois, d'Alsace à Paris, en portant sur son dos un sac assez lourd. Depuis cette époque, il a habituellement une toux sèche, et se plaint d'être un peu asthmatique; jamais il n'a éprouvé la moindre douleur dans la poitrine. Dans les cinq jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a expectoré une assez grande quantité de sang vermeil, écumeux. Entré le 14 mars, il présente, le 15, l'état suivant :

Face pâle, pouls fébrile, peau moite; son très-mat dans tout le côté droit du thorax, excepté sous la clavicule; de ce même côté le bruit respiratoire ne s'entend que dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. La voix ne présente aucune résonance particulière. Le côté droit, mesuré, est plus large que l'autre de sept à huit lignes. A gauche, le bruit respiratoire est fort, puéril, mêlé en quelques points de râle muqueux. Décubitus indifférent; respiration courte, accélérée; continuation de l'hémoptysie, forces bien conservées, fonctions digestives intactes. Diagnostic: *Pleurésie chronique à gauche, avec épanchement, compliquée d'hémoptysie.* (Saignée de douze onces.) Le sang présentait une couenne.

Le lendemain 16, l'hémoptysie était moins abondante et le pouls moins fréquent. (Saignée de douze onces; tisane d'orge; une crème de riz; deux bouillons.) Le sang était sans couenne. Le 17, l'hémoptysie avait presque entièrement cessé, il n'y avait plus de fièvre, mais tous les signes de l'épanchement persistaient. Le 18, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit; dans la nuit qui suivit cette application le crachement de sang augmenta. Du 19 au 23, le malade n'expectora plus, dans chaque vingt-quatre heures, que deux ou trois crachats teints de sang; à dater du 24, l'hémoptysie cessa entièrement. Depuis cette époque jusqu'au 11 avril, le malade fut constamment sans fièvre; il toussait très-peu et ne se plaignait que d'avoir l'haleine un peu courte: cependant rien n'annonçait une diminution de l'épanchement. Le 11 avril, cet homme, se sentant fort et se croyant bien portant, voulut quitter l'hôpital.

—
Cette observation nous offre l'exemple d'une pleurésie encore plus latente que la précédente. Ici, en effet, l'existence