

les urines ou les sueurs. Telles sont les idées qui ont longtemps régné dans les écoles, mais qu'on n'admet plus aujourd'hui, parce que l'existence de cette matière morbifique n'est prouvée par aucun fait, et que le danger de la suppression des crachats s'explique très-bien sans l'admettre. Que, sous l'influence d'une cause quelconque, l'inflammation du parenchyme pulmonaire soit exaspérée : la phlegmasie simultanée, dont la muqueuse bronchique est atteinte, est sympathiquement augmentée, et, comme dans toutes les inflammations des muqueuses, portées au plus haut degré, toute sécrétion cesse de s'y opérer. L'exacerbation de la phlegmasie cause alors et les accidents graves qui se développent, et la suppression de l'expectoration.

On voit toutefois des malades, parvenus au plus haut degré d'une pneumonie intense, cesser tout-à-coup d'expectorer sans qu'aucun accident immédiatement fâcheux en résulte. (Obs. XXXVIII). Dans ce cas, il faut donc avoir égard à l'ensemble des autres symptômes, et se garder de porter un pronostic quelconque, d'après la seule circonstance de la suppression des crachats.

Chez d'autres malades, mortellement frappés, les crachats ne se suppriment pas, mais ils changent d'aspect. Plusieurs de ces malades expectorent en petite quantité, pendant les dernières vingt-quatre heures de leur existence, quelques crachats opaques et plaqués d'un gris-rougeâtre sale : il y a la plus grande analogie entre cette espèce de crachats et ceux que rendent souvent les phthisiques peu de temps avant leur mort.

Enfin, dans quelques cas rares, l'expectoration continue à se montrer jusqu'à la mort avec la même abondance et les mêmes caractères que si la phlegmasie devait se terminer par résolution. Nous en avons vu un exemple frappant chez un

vieillard qui fut apporté à la Charité, présentant tous les symptômes d'une pneumonie très-grave. Il succomba le septième jour. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, il présenta des crachats transparents, réunis en une masse gélatiniforme, adhérant fortement au vase, remarquables par leur couleur safranée. Deux heures avant sa mort il avait encore expectoré une grande quantité de ces crachats. Nous trouvâmes le poumon gauche hépatisé en rouge depuis son sommet jusqu'à sa base : les bronches, examinées dans leurs gros troncs et jusque dans les plus petites ramifications, étaient d'un rouge rutilant très-intense.

La terminaison de la pneumonie par suppuration est-elle annoncée par une expectoration particulière? Les auteurs n'ont rien dit à cet égard. Parmi les individus morts d'une phlegmasie aiguë, chez lesquels nous avons trouvé le poumon en hépatisation grise, les uns avaient cessé d'expectorer dans les derniers temps de leur maladie; d'autres avaient rendu des crachats grisâtres, inodores, s'écoulant en nappe, véritablement purulents; chez d'autres, l'expectoration s'était conservée telle qu'elle se montre dans le cas d'hépatisation rouge. Enfin, chez un certain nombre de malades, nous avons vu, dans ce troisième degré, les crachats perdre leur aspect gélatiniforme, leur grande viscosité, leur teinte rouillée, et n'être plus formés que par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, d'un rouge-brunâtre plus ou moins foncé, quelquefois même tout-à-fait noir, assez semblable à du jus de réglisse ou de pruneaux. Souvent la seule présence de cette espèce d'expectoration nous a portés à annoncer l'existence du troisième degré de la pneumonie, et, presque toujours, l'ouverture du cadavre a justifié notre diagnostic (obs. XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII).

Cependant il ne faudrait pas regarder cette espèce de signe

comme infaillible, les règles les plus générales ont leurs exceptions; et quelquefois nous avons observé les crachats jus de pruneaux que nous venons de décrire, chez des individus dont les poumons n'étaient qu'en hépatisation rouge (observ. XXXIX, XL); nous les avons même rencontrés dans un cas où la pneumonie, assez légère, ne parut pas passer le premier degré et eut une issue favorable (obs. XLI).

Lorsque la pneumonie se termine par gangrène, cette terminaison est annoncée spécialement par l'expectoration d'un liquide d'abord verdâtre, puis d'un gris sale, rougeâtre par intervalle, exhalant une odeur fétide, qui rappelle celle de la gangrène des parties externes (obs. LXIII, LXIV).

Il nous resterait encore à parler de l'expectoration, dans le cas où la pneumonie aiguë passe à l'état chronique, ou bien dans le cas de pneumonie chronique primitive; mais alors les crachats n'offrent plus aucun caractère particulier; ce sont ceux du catarrhe pulmonaire, dont ils peuvent affecter toutes les nuances. S'il arrive que les symptômes de la pneumonie chronique s'exaspèrent, de manière à ce que la maladie repasse momentanément à l'état aigu, ce changement est annoncé par la nature de l'expectoration, qui reprend sa viscosité, sa transparence et sa couleur rouillée.

Lorsqu'une pneumonie complique une maladie déjà ancienne du poumon, les crachats présentent des caractères variables qu'il est important de connaître. Quelquefois l'expectoration qui appartenait à l'affection préexistante du poumon, telle que bronchite chronique, tubercules, disparaît entièrement, et est remplacée par l'expectoration qui annonce l'inflammation du parenchyme pulmonaire; mais souvent aussi l'on observe un mélange de l'une et de l'autre; leurs caractères se masquent mutuellement, et l'on ne peut plus en tirer aucune induction relative au diagnostic ou au pronostic de

la maladie. D'autres fois, après que les crachats qui appartiennent à la pneumonie se sont montrés seuls pendant long-temps, on voit reparaitre, vers le déclin de la phlegmasie, l'ancienne expectoration. De là une nouvelle source d'erreurs. On pourrait regarder, par exemple, comme appartenant encore à la pneumonie, et même comme en opérant la crise, des crachats blancs et opaques qui lui sont tout-à-fait étrangers, et qui dépendent d'un ancien travail bronchique, lequel, suspendu ou modifié par la pneumonie, revient à son premier état, dès que l'inflammation du parenchyme commence à se résoudre.

Les considérations précédentes démontrent suffisamment combien l'étude approfondie de la nature de l'expectoration dans la pneumonie est importante, combien elle en éclaire le diagnostic. Cependant il s'en faut que toutes les pneumonies soient accompagnées d'une expectoration caractéristique: il est des pneumonies légères ou graves, qui parcourent leurs diverses périodes, et qui se terminent les unes par la santé, les autres par la mort, et qui n'ont jamais présenté que les crachats d'une simple bronchite (obs. XLII, XLIII, XLIV, XLV). L'absence complète d'expectoration caractéristique s'observe surtout dans les cas de pneumonies intercurrentes (obs. LVIII, LIX).

Rappellerons-nous ici que l'absence de toute expectoration pendant le cours d'une pneumonie a été regardée comme d'un aussi fâcheux augure que sa suppression? Ainsi Cullen pensait qu'il était très-rare qu'une pneumonie sans expectoration se terminât par résolution. Frank, tout en regardant avec Cullen l'absence des crachats comme un symptôme très-grave dans la pneumonie, avoue cependant qu'il a vu un assez grand nombre de malades guérir parfaitement, bien qu'ils n'eussent jamais eu aucune expectoration remarquable;

mais il dit avoir observé chez eux un dépôt sédimenteux dans l'urine, et des sueurs très-abondantes qui, d'après lui, ont suppléé avantageusement à l'évacuation qui devait avoir lieu par les crachats. Nous n'avons observé rien de semblable.

La couleur des crachats de la pneumonie dépend-elle constamment de la présence du sang ? Ne sont-ils pas souvent aussi colorés par la bile ? Nous sommes loin de prétendre nier cette dernière cause de coloration ; nous en avons même cité un exemple (obs. LV) ; mais nous la regardons comme plus rare qu'on ne le pense communément ; et nous croyons pouvoir généralement attribuer les couleurs variées des crachats à la quantité variable de sang qu'ils contiennent. Si, en effet, l'on mêle à de l'eau pure rendue visqueuse par l'addition d'un mucilage, un peu de sang dont on augmente graduellement la proportion, on la voit se teindre tour-à-tour en jaune de plus en plus foncé, puis en jaune verdâtre, puis en un jaune qui se confond avec le rouge, d'où résulte la couleur rouille de fer ; puis enfin en un rouge intense. On retrouve également dans le sérum du sang, séparé du caillot, les diverses nuances du jaune, du vert et du rouge, selon la quantité plus ou moins grande de matière colorante qu'il a retenue. Les crachats pneumoniques sont très-communément jaunes au début de la maladie ; ils acquièrent ensuite une teinte rouge bîea prononcée ; puis, à mesure que l'inflammation diminue, on les voit devenir de nouveau jaunes ou verdâtres. Admettra-t-on que la bile et le sang s'y succèdent tour-à-tour, tandis que ce changement alternatif de couleur s'explique tout naturellement, en le regardant comme dû à la quantité variable de sang contenu dans la matière expectorée ?

79. Les différentes fonctions de la vie organique et animale

éprouvent dans la pneumonie aiguë un trouble plus ou moins grand.

Au début de la maladie, la face est ordinairement rouge ; mais nous n'avons point observé, ainsi qu'on l'a souvent répété, que la joue du côté du poumon affecté fût plus rouge que l'autre. L'anatomie démontre d'ailleurs la futilité d'une pareille opinion. La coloration plus vive de la joue du côté affecté ne se manifeste que lorsque le décubitus a eu lieu pendant quelque temps sur le côté malade, et alors la rougeur plus grande de la joue ne doit être considérée que comme un phénomène purement mécanique. La rougeur des pommettes persiste tant qu'il y a une forte réaction. Si la dyspnée devient considérable, la face présente une teinte livide qui augmente avec la gêne de la respiration. Lorsque le poumon commence à s'infiltrer de pus, une pâleur caractéristique, une teinte quelquefois analogue à celle des affections cancéreuses se répand le plus ordinairement sur toute la face. Cet aspect de la face est souvent si tranché, qu'il nous a servi, dans quelques cas, plus qu'aucun autre signe, à diagnostiquer le troisième degré de la pneumonie.

80. Le délire se manifeste assez fréquemment pendant le cours de la pneumonie. Tantôt n'existant que par intervalles, et surtout pendant le redoublement du soir, c'est un symptôme peu grave. Tantôt, au contraire, il se montre d'une manière continue, et est accompagné d'autres phénomènes nerveux. Dans ce cas il peut être produit par une véritable méningite ; mais le plus souvent on ne trouve d'autre lésion qu'une certaine quantité de sérosité limpide épanchée dans les ventricules, et surtout à la base du crâne. Le délire, dû à cette cause, se manifeste principalement lorsque la respiration est très-gênée ; il semble qu'ici, comme chez les anévrysmas

tiques, comme dans tous les cas où il y a commencement d'asphyxie, l'épanchement séreux du cerveau résulte de la difficulté toute mécanique qu'éprouve le sang veineux à revenir de l'encéphale aux poumons à travers le cœur droit, gorgé et comme obstrué par le sang. D'autres fois, enfin, pour expliquer le délire des pneumoniques, on ne trouve aucune lésion appréciable dans l'encéphale ni dans ses dépendances.

81. Le décubitus dans la pneumonie a fixé depuis longtemps l'attention des praticiens; on a donné comme l'un des signes caractéristiques de l'inflammation du poumon, le décubitus constant sur le côté malade. Or, rien n'est moins exact. Au début de la pneumonie, comme dans son cours, il y a à peine un malade sur quinze qui affecte ce décubitus: tous les autres restent constamment couchés sur le dos. Ce n'est pas dans la pneumonie, mais dans certains épanchements pleurétiques, qu'on observe ce décubitus sur le côté affecté, ainsi que nous l'établirons plus tard.

82. L'état du pouls est infiniment variable; son caractère le plus commun est d'être fréquent et large. Lorsque l'inflammation est très-intense, il présente quelquefois une petitesse remarquable, qui disparaît après d'abondantes émissions sanguines. Chez d'autres malades, il existe une faiblesse réelle du pouls, qui est augmentée par la saignée. Autant de nombreuses évacuations sanguines sont utiles dans le premier cas, autant elles seraient nuisibles dans le second. La brusque suppression des crachats, l'augmentation de la dyspnée, une prostration rapidement mortelle, ont été plus d'une fois le résultat de ces saignées intempestives. C'est au contraire le cas d'employer alors des révulsifs énergiques. Il est souvent bien difficile d'établir *à priori*, et d'après la seule considération

des autres symptômes, la distinction du pouls réellement faible, de celui qui n'en a que l'apparence. Les effets de la saignée peuvent surtout servir à établir cette distinction.

Quelquefois, au contraire, après d'abondantes saignées, et lorsque tout annonce que l'inflammation diminue, le pouls ne perd rien de sa force et de sa dureté; mais souvent alors, et c'est surtout ce qu'on observe chez les vieillards, la dureté du pouls n'annonce pas l'intensité de l'inflammation ou la force de la réaction générale; elle est liée à une hypertrophie du cœur, bornée au ventricule gauche, dont les parois sont épaissies aux dépens de la cavité. On sent combien une pareille constance est importante à connaître sous le rapport du traitement.

Il est rare que, même dans les cas les plus graves, à moins de complication de lésion organique du cœur, le pouls présente une intermittence ou une irrégularité bien prononcée.

La grande fréquence du pouls annonce le danger de la maladie. Il est rare que la guérison ait lieu lorsque l'on compte plus de cent quarante battements par minute. La fréquence des pulsations artérielles est toujours en raison directe de la fréquence des mouvements inspiratoires; toutefois, dans les derniers temps de la vie on observe assez souvent que le pouls perd sa fréquence et semble être revenu à son état naturel, bien que la respiration devienne de plus en plus accélérée. C'est un signe constamment mortel.

Lorsque les différents symptômes rationnels de la pneumonie ont disparu, qu'il n'y a plus ni dyspnée, ni expectoration, ni toux, ni fièvre proprement dite, il arrive quelquefois que le pouls reste plus fréquent que dans son état physiologique. Cette fréquence inaccoutumée, sans qu'il y ait d'ailleurs élévation du pouls ni chaleur à la peau, ne doit pas être négligée; elle doit faire craindre la persistance d'un reste de travail pa-

thologique dans les poumons, et le plus ordinairement l'auscultation en donne la certitude. D'autres fois, au contraire, en raison sans doute de la différence d'activité des sympathies chez les différents individus, la circulation cesse d'être troublée lorsqu'il y a encore un peu de dyspnée et de toux, et lorsque l'auscultation annonce que la phlegmasie n'est pas encore complètement résolue.

83. Un des phénomènes les plus constants que l'on observe dans la pneumonie, c'est l'état couenneux du sang. Nous avons noté avec soin, dans la plupart des observations particulières, les différences offertes par la couenne, sous le rapport de sa consistance, de son épaisseur, de sa couleur, de sa forme. Nous avons pu voir dans quelques cas la relation évidente qui existait entre la présence de cette couenne et l'existence actuelle de la phlegmasie pulmonaire. En effet, des individus ont été saignés avant qu'ils eussent encore présenté aucun signe de pneumonie, ou bien après la cessation de celle-ci. Leur sang n'était pas alors couenneux. Ces mêmes individus furent aussi saignés pendant le cours de la pneumonie, et alors leur sang se couvrit d'une couenne (obs. xxii).

84. Les fonctions digestives n'ont présenté de phénomène notable, hors les cas de complication, que la blancheur de la langue, l'anorexie, une soif plus intense. Ces phénomènes se retrouvent dans les maladies les plus graves comme dans les plus légères; ils démontrent les liens intimes qui unissent les fonctions digestives à celles de tous les autres organes.

Nous aurions encore à traiter ici de l'état des différents liquides sécrétés, et spécialement de la sueur et de l'urine. Nous nous réservons d'en parler plus bas.

85. Nous venons de passer en revue les différents symptômes

de la pneumonie; mais, pour mieux les étudier, nous les avons considérés isolément les uns des autres; étudions maintenant comment ils apparaissent, se combinent et se succèdent dans les différentes phases de la maladie. Exposons d'abord les cas les plus communs; nous signalerons ensuite les exceptions.

La douleur est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste avec ou sans frisson initial; en même temps la respiration est gênée, le malade tousse sans expectorer; l'auscultation, pratiquée dès cette première période, fait le plus souvent entendre un peu de râle crépitant, qui n'est point encore assez fort pour masquer entièrement le bruit d'expansion pulmonaire. La poitrine percutée résonne encore très-bien. — Il y a un mouvement fébrile plus ou moins prononcé. Cet ensemble de phénomènes constitue la première période de la maladie. Du deuxième au troisième jour, de nouveaux symptômes apparaissent; l'expectoration, jusqu'alors nulle ou purement catarrhale, se caractérise; elle n'est d'abord que médiocrement visqueuse, et diversement colorée, suivant la quantité variable de sang qu'elle contient. Le râle crépitant plus intense masque de plus en plus le bruit d'expansion pulmonaire; la sonorité des parois thoraciques commence à devenir moindre du côté où existent le râle crépitant et la douleur; celle-ci est ordinairement moins vive qu'au début. La dyspnée augmente; on la reconnaît facilement aux inspirations courtes, rapprochées, qu'exécute le malade, bien que très-souvent il assure ne ressentir aucune oppression. Si la douleur est vive, le décubitus sur le côté affecté est impossible; le malade ne se couche pas non plus sur le côté sain, parce qu'il respire alors plus difficilement; presque constamment il reste couché sur le dos. La fièvre persiste avec des nuances infinies sous le rapport des caractères du pouls, de la température de la peau, de son degré d'humidité ou de sécheresse.

Dans cet état, la pneumonie, déjà parvenue à un assez haut degré d'acuité, n'est encore cependant qu'à son premier degré. Souvent alors elle reste plus ou moins long-temps stationnaire, puis elle rétrograde : la dyspnée diminue; la légère matité du son disparaît; le râle crépitant est peu à peu remplacé par le bruit naturel d'expansion pulmonaire; les crachats redeviennent ceux de la simple bronchite; le mouvement fébrile est d'abord moins intense, puis il cesse entièrement.

D'autres fois, au lieu de rétrograder vers la résolution, la pneumonie devient plus grave, bien qu'elle ne dépasse pas encore le premier degré. Cette augmentation de gravité est le résultat ou bien de la propagation de l'engouement inflammatoire à une plus grande étendue du parenchyme pulmonaire (obs. VII, VIII), ou bien d'une inexplicable idiosyncrasie; toujours est-il que la dyspnée augmente de plus en plus, et que la mort peut survenir, la pneumonie n'étant pas au-delà de son premier degré (obs. VIII, IX).

Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, il n'en est pas ainsi. Ordinairement, si l'engouement inflammatoire ne se résout pas, si les symptômes qui l'annonçaient s'exaspèrent, on doit redouter l'invasion du second degré. On a la certitude qu'il existe lorsqu'on observe les symptômes suivants : La respiration devient de plus en plus gênée, courte, accélérée; la parole cesse d'être libre; le malade ne peut plus prononcer qu'en haletant quelques mots entrecoupés. Les crachats acquièrent une viscosité telle, qu'ils ne peuvent plus être détachés du vase. Le son de la poitrine, du côté affecté, est décidément mat; d'abord on entend encore un peu de râle crépitant sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire; puis ce râle disparaît, et alors en appliquant l'oreille sur les parois thoraciques, ou bien on ne perçoit plus aucune espèce de bruit, ce

qui est infiniment rare (1), ou bien on entend, là où le son est mat, la respiration bronchique qu'accompagne presque constamment une résonnance toute spéciale de la voix. Le décubitus continue d'avoir lieu sur le dos. Le pouls, très-fréquent, reste fort et plein, ou bien il présente une faiblesse quelquefois réelle, le plus souvent apparente. A ce degré, le pronostic est toujours fort grave; les malades succombent rapidement dans un véritable état d'asphyxie.

Toutefois à ce degré la résolution peut encore s'opérer. Alors la matité du son diminue; la respiration bronchique disparaît; on entend de nouveau du râle crépitant, d'abord seul, puis mêlé au bruit naturel d'expansion pulmonaire, qui s'entend seul à son tour. Les crachats repassent à l'état catarrhal; en même temps la dyspnée et la fièvre diminuent, puis cessent entièrement (obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII).

Il est souvent impossible de distinguer, d'après la nature des symptômes, ce second degré du troisième. Celui-ci n'a véritablement d'autre signe caractéristique que l'expectoration aqueuse et brunâtre, plus ou moins semblable à du jus de pruneaux, que nous avons précédemment décrite; mais ce signe lui-même n'est pas infaillible, car d'une part cette expectoration peut se montrer sans qu'il y ait hépatisation grise (observations XXXIX, XL, XLI), et d'autre part celle-ci peut exister sans une semblable expectoration (obs. XLII, XLVI, LV, LVI, LVII). L'extrême pâleur de la face, son aspect comme cadavérique plusieurs jours avant la mort, ne peuvent que fournir de simples probabilités.

Ce n'est pas non plus sur l'époque de la maladie que l'on peut se fonder pour annoncer l'existence du second ou du

(1) Je ne retrouve plus maintenant, dans les cas de pneumonie aiguë, cette absence complète de tout bruit respiratoire, mais toujours la respiration bronchique. (Note de la quatrième édition.)

troisième degré; car tantôt dès le cinquième jour le poumon est en suppuration, tantôt, après quinze ou vingt jours, il n'est encore qu'en hépatisation rouge.

S'il arrivait que le pus disséminé dans le parenchyme pulmonaire se réunit en un foyer, et que l'abcès qui en résulterait communiquât avec les bronches, l'auscultation ferait entendre vraisemblablement et du gargouillement et de la pectoriloquie, comme dans le cas d'excavations tuberculeuses.

Une fois que la pneumonie a atteint le troisième degré, est-elle encore susceptible de se guérir? Nous ne possédons aucun fait qui puisse donner la solution de cette question. Peut-elle même être résolue dans l'état actuel de la science? Dans tous les cas de guérison, quel signe pourra donner la certitude qu'il y a eu véritablement suppuration du poumon? On a publié à la vérité des observations d'abcès du poumon, suite de pneumonie, terminés par guérison; mais les signes tirés de l'auscultation, qui ont été regardés dans les cas de ce genre comme annonçant l'existence d'un abcès pulmonaire, et qui ont disparu ensuite à mesure que la guérison s'opérait, sont précisément ceux que nous regardons, d'après de nombreuses vérifications faites sur le cadavre, comme caractérisant simplement une hépatisation rouge ou grise (respiration bronchique, et modification de la voix qui coïncide avec elle). Nous pensons en conséquence que, dans les observations de ce genre récemment publiées, on a rapporté exclusivement à un abcès les signes de l'hépatisation.

La terminaison par gangrène est annoncée par la fétidité de l'haleine et par les crachats caractéristiques précédemment décrits (obs. LXIII, LXIV, LXV).

86. La résolution de la pneumonie, comme celle de toutes les maladies, peut s'opérer avec ou sans crises, c'est-à-dire être ou non accompagnée de phénomènes dont l'apparition

coïncide d'une manière tranchée avec l'amélioration lente ou subite des symptômes. Parmi ces phénomènes critiques, le plus commun et le plus évident est l'augmentation de la transpiration cutanée. Sous ce point de vue, l'on peut distinguer dans la pneumonie plusieurs espèces de sueurs. Les unes existent pendant tout le cours de la maladie; le travail continuel dont la peau est le siège semble être une circonstance favorable qui rend la maladie moins grave et en facilite la résolution; mais cette espèce de sueur n'est pas proprement une sueur critique, elle est symptomatique (obs. x).

A quelques exceptions près (obs. VIII), on peut établir, en principe général, que l'humidité habituelle de la peau, dans la pneumonie, est d'un bon augure. Il arrive souvent que, dans ce cas, et sans qu'aucun autre phénomène notable ait apparu, la pneumonie se termine peu à peu par la résolution; mais d'autres fois la sueur se montre tout-à-coup en quantité beaucoup plus grande, si elle existait déjà, ou bien elle s'établit brusquement, si la peau était jusqu'alors restée sèche; et, dans ces deux cas, on voit les symptômes de la phlegmasie s'amender rapidement; souvent alors les malades passent en quelques heures d'un état fort grave à la convalescence (obs. I, IV, XI, XV).

Dira-t-on que la sueur n'est ici qu'un simple effet? Mais, dans ce cas, pourquoi, avant l'apparition du phénomène critique, observerait-on le plus souvent une exaspération momentanée des symptômes? Le contraire ne devrait-il pas arriver? L'amélioration ne devrait-elle pas précéder la sueur, loin de la suivre?

Il n'est aucune maladie dans laquelle l'existence des sueurs critiques nous semble plus parfaitement démontrée que dans la pneumonie: *Ut plurimum per sudores terminatur peripneumonia* (Frank). Quant à l'explication du fait, elle ne nous semble pas aisée à donner d'une manière rigoureuse.