

recherches entreprises à ce sujet ne se sont pas réalisées. Aujourd'hui cependant, grâce aux nombreux travaux publiés (principalement ceux de Metchnikoff), se dégage cette vérité, qu'il n'y a aucune parité à établir entre l'infection cholérique, véritable choléra de laboratoire, due à l'inoculation sous-cutanée, péritonéale ou intra-veineuse du vibrion cholérique et le choléra humain, qui se prend par ingestion du bacille de Koch et détermine une intoxication de l'organisme. Ainsi s'explique que les différents procédés de vaccination contre l'infection cholérique soient sans effet contre le choléra humain. Qu'il s'agisse des cultures chauffées préconisées par Brieger, Kitasato, Wasserman et les Klemperer, qu'il s'agisse des vaccins phéniqués de Haffkine, qu'on emploie la sérumthérapie, c'est-à-dire le sérum des animaux vaccinés par les cultures chauffées, qu'on ait même recours au sérum des malades atteints de choléra, on protège les animaux en expérience contre l'infection cholérique, on n'obtient rien contre le choléra humain.

Ces injections confèrent au sérum des animaux traités un pouvoir bactéricide, d'où son efficacité contre l'infection cholérique, mais ce sérum n'est pas antitoxique, d'où son action nulle dans le choléra humain.

*Influence des associations microbiennes.* — D'autre part Metchnikoff a montré que les conditions de l'immunité et de la prédisposition cholériques chez l'homme se trouvent dans les associations que le vibrion cholérique peut réaliser avec les autres microbes de l'intestin. Certains de ces germes sont empêchants, d'autres favorisants : parmi ces derniers il faut citer la torula blanche, la sarcine et un bacille coliforme. Mashevski a entrepris récemment l'étude systématique des microbes de l'intestin en symbiose avec le vibrion cholérique et confirme les conclusions de Metchnikoff.

Les jeunes lapins nouveau-nés qui résistent à l'ingestion d'une à deux cultures pures du bacille de Massaouah, succombent si on ajoute les microbes favorisants, même s'ils ont été au préalable vaccinés par les procédés déjà décrits. Ce résultat, en apparence paradoxal, s'explique facilement, car il suffit de répéter que les vaccinations protègent contre le choléra de laboratoire dû à l'inoculation sous-cutanée, péritonéale ou intra-veineuse du vibrion cholérique qui détermine une infection, tandis que le choléra pris par ingestion détermine une intoxication.

*Contre le choléra humain qui est une intoxication il faut un sérum antitoxique.*

Metchnikoff et Roux tirent un sérum antitoxique du sang d'un cheval traité par les toxines cholériques. Leur sérum est nettement préventif et donne 21 pour 100 de guérisons chez les animaux traités et soumis ensuite à l'ingestion du bacille cholérique et des microbes favorisants. Cependant, jusqu'ici du moins, c'est encore là un traitement de laboratoire non susceptible d'application à l'homme, car si l'on attend 24 heures après l'ingestion de la culture mortelle pour pratiquer l'injection du sérum, les animaux meurent tous sans exception. Peut-être qu'un avenir prochain nous donnera un sérum plus actif et vraiment curateur dont la clinique humaine pourra bénéficier.

## PESTE

PAR H. DE BRUN

Professeur à la Faculté de Beyrouth.

**Étiologie et prophylaxie.** — On a dit qu'en général les enfants étaient prédisposés à la peste plus que les adultes, et ceux-ci plus encore que les vieillards. Mais il n'y a rien de fixe sur ce point. Dans quelques épidémies comme dans celle de Marseille en 1720-1721, les enfants furent épargnés (Mahé). Ils ne le furent malheureusement pas dans les épidémies récentes ; et si à Bombay la plus grande mortalité s'observa surtout dans la seconde enfance et dans l'adolescence, à Hong-Kong les enfants de tout âge furent atteints dans de plus grandes proportions que les adultes.

Nous n'avons pas ici à insister sur les modes de propagation et de transmission de la peste. Rappelons pour mémoire que le bacille pesteux qui peut garder sa vitalité pendant plusieurs mois dans un milieu obscur et à une température convenable, perd rapidement toute virulence quand il se trouve dans un milieu défavorable. Il est d'une extrême fragilité. S'il résiste assez bien au froid, par contre une température trop élevée lui est nuisible. A 42 degrés son développement subit un retard considérable ; il ne vit pas plus d'une heure à 50 degrés ; une température de 100 degrés le tue en une minute. La lumière solaire le tue en moins d'une heure. Il résiste mal à la dessiccation. L'action des désinfectants est extrêmement vive sur lui. Le sublimé à 1/1000°, l'acide phénique, les acides minéraux très dilués, les vapeurs de formaldéhyde, la fumée de bois de sapin le tuent rapidement. Rappelons également que la peste qui, dans quelques cas relativement rares, est transmise directement (pénétration dans les voies respiratoires de bacilles pesteux émanant de crachats de pneumonie pesteuse), dans la grande majorité des cas est transmise indirectement, soit par des objets inertes infectés (vêtements, draps, linges, sol humide), soit par des parasites (puces et peut-être punaises, mouches, moustiques<sup>1</sup>).

Il est donc nécessaire, en cas d'épidémie, de soustraire les enfants au contact des différentes substances et des parasites qui pourraient les contaminer. Il faudra les empêcher de marcher pieds nus, les tenir dans la plus grande propreté, leur faire prendre chaque jour un bain savonneux (une solution savonneuse à 50 degrés tue le bacille de la peste en une demi-heure), leur laver les mains plusieurs fois par jour, examiner fréquemment la surface de leur corps, et y rechercher, pour la soigner avec sollicitude, la moindre petite plaie, la plus légère excoriation. Leur linge de corps doit être changé chaque jour, et chaque jour aussi leurs vêtements de la veille doivent être exposés au soleil pendant plusieurs heures. La localisation fréquente et

(<sup>1</sup>) LA BONNARDIÈRE et XANTHOPULIDES.

presque exclusive des bubons à la région sous-maxillaire chez les très jeunes enfants, semble indiquer que l'orifice buccal est chez eux la porte d'entrée la plus habituelle du germe pesteux. Il faudra donc veiller à ce qu'ils ne portent à la bouche aucun objet suspect. Aucune substance capable d'avoir été contaminée ne doit entrer dans leur appartement. Dans la classe pauvre, se défier surtout du sac de serpillière (Luis Agote et A. J. Medina), qui trop fréquemment séjourne dans les habitations. Les chambres occupées par les enfants seront maintenues dans un état de propreté irréprochable; le soleil y pénétrera largement et en permanence; le plancher en sera fréquemment lavé à l'eau chaude savonneuse. Enfin, dans le cas où la peste éclaterait dans la maison, il faudrait songer aux injections préventives de sérum, et donner la préférence à la préparation de Haffkine qui paraît avoir donné des résultats plus positifs que le sérum de Yersin ou celui de la Commission allemande.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue anatomo-pathologique, la peste est principalement caractérisée par des lésions ganglionnaires qu'on ne retrouve au même degré dans aucune autre affection, et par des altérations hémorragiques et congestives.

Les *lésions ganglionnaires* sont plus ou moins généralisées, mais présentent une intensité toute particulière au niveau du *bubon primitif* (pli de l'aîne, aisselle, région cervicale). Celui-ci est formé par un grand nombre de ganglions congestionnés, durs, présentant des extravasations sanguines qui tranchent sur le fond jaune paille du parenchyme. Ces altérations s'étendent aux parties voisines, envahissant le tissu conjonctif, la peau, parfois les aponévroses et les muscles voisins, de sorte que les ganglions et les tissus extra-ganglionnaires se trouvent englobés dans un même processus d'infiltration hémorragique caractérisée, sur toute son étendue, par la présence d'une énorme quantité de bacilles pesteux, infiltration qui, parfois, remontant le long des vaisseaux, fuse au loin, soit dans le bassin, soit dans le médiastin. Lorsque la maladie s'est prolongée, le parenchyme d'un ou de plusieurs ganglions donne naissance à une suppuration rougeâtre ou jaunâtre circonscrite pendant quelque temps par la capsule fibreuse de la glande. Dans quelques cas, heureusement rares de nos jours, on constate la mortification de tous les tissus infiltrés qui constituent le bubon primitif.

En général on trouve, partant du bubon primitif, d'autres ganglions engorgés (*bubons primitifs de second ordre*) formant souvent une chaîne non interrompue (ganglions iliaques, ganglions du médiastin, etc.), et présentant des altérations analogues à celles que je viens de décrire, avec cette différence que plus on s'éloigne du foyer initial, plus le processus hémorragique a de la tendance à s'atténuer. Ces ganglions infectés par voie lymphatique, tantôt directe, tantôt rétrograde, diffèrent des *bubons secondaires* (dont l'infection, le plus souvent tardive, s'est faite par voie sanguine) qui sont durs, de couleur foncée ou grisâtre à la coupe, régulièrement congestionnés, dont le volume dépasse à peine celui d'une noisette, et qui peuvent apparaître sur tous les points où existent des ganglions lymphatiques.

Les *hémorragies*, très fréquentes au niveau de la peau, surtout autour du bubon primitif où elles ont souvent des dimensions considérables, sont

parfois dispersées sur différents points du tégument sous forme de foyers de volume variable d'origine embolique, et dans lesquels on trouve de nombreux bacilles pesteux. Elles s'observent également sur les séreuses pleurale, péritonéale et péricardique, à la surface des muqueuses, dans les parenchymes du foie, du rein, du poumon, dans les parois des veines et plus rarement des artères, dans les muscles, en particulier dans les temporaux et les muscles droits de l'abdomen, dans l'épaisseur du périoste.

Quant aux autres lésions, elles n'ont rien de bien caractéristique, et, à part de rares manifestations gangreneuses, on les retrouve dans toutes les maladies infectieuses graves (augmentation de volume et ramollissement de la rate, myocardite avec dilatation considérable du cœur droit et des veines caves, catarrhe du tube intestinal avec tuméfaction des follicules clos, dégénérescence granulo-graisseuse des cellules du rein, congestion et œdème sanguinolent du cerveau, de la moelle et des méninges; rarement méningite purulente). Signalons plus spécialement les lésions du poumon: pneumonie pesteuse primitive, à surface de section d'un rouge jaunâtre légèrement chagrinée, mais non granuleuse, donnant issue à un suc visqueux qui contient d'énormes masses de bacilles pesteux; — pneumonie secondaire embolique, caractérisée par de petits foyers le plus souvent disséminés à la surface.

**Symptômes.** — La peste se présente sous trois formes distinctes: la *forme bubonique* la plus fréquente, la *forme pneumonique* et la *forme septicémique*. Quelques auteurs décrivent également la *forme abdominale*.

1° *Peste bubonique.* — Dans la majorité des cas, elle débute brusquement soit par des convulsions, soit, dans la seconde enfance, par un frisson violent précédé ou accompagné de vomissements, et bientôt suivi de douleurs épigastriques et de céphalalgie. La fièvre est vive, et dès le soir du second jour la température atteint et dépasse fréquemment 41 degrés. L'agitation du malade, son angoisse, son anxiété, la fréquence des douleurs dorsales achèvent de caractériser ce début qui souvent ressemble à celui de la variole.

Mais, le plus ordinairement, dès le premier jour, l'attention est attirée par une tuméfaction ganglionnaire qui, chez les nourrissons, se développant le plus souvent dans la région sous-maxillaire ou dans la région cervicale, immobilise la tête dans une rectitude absolue et parfois comprime la trachée, le larynx, l'œsophage et gêne rapidement la déglutition et la respiration. Dans la seconde enfance, la tumeur siège en général au pli de l'aîne ou à l'aisselle. Ce *bubon*, qui, dans les formes légères, est formé par la tuméfaction isolée d'un ou de deux ganglions lymphatiques et présente alors le volume d'une petite noix, est le plus souvent, dans les formes sévères, caractérisé par une rougeur vive de la peau et par une énorme infiltration des tissus. Son volume peut dépasser celui du poing. Il est d'ordinaire extrêmement douloureux; le moindre attouchement à son niveau provoque parfois de telles souffrances que le petit malade refuse d'en laisser faire l'examen, et prend bientôt une position en rapport avec le siège du mal; il fléchit la cuisse sur l'abdomen quand le bubon occupe la région inguinale; il reste couché sur le dos et écarte le bras du tronc si le bubon siège dans l'aisselle.

En même temps, les vomissements du début persistent ou s'accroissent,

constituant par leur fréquence un phénomène d'une grande importance. La langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre qui est parfois remarquablement uni, ce qui lui donne une apparence nacrée que quelques auteurs ont considérée comme caractéristique. Parfois elle est très chargée, et dans les cas graves elle ne tarde pas à prendre l'aspect de la langue typhique. L'abdomen est normal et souple; parfois la pression profonde provoque un peu de douleur au niveau des ganglions iliaques. Le plus souvent, le malade est constipé; plus rarement, il présente une légère diarrhée bilieuse.

Il se plaint d'un violent mal de tête accompagné de vertiges, et présente dès le premier ou le second jour des manifestations nerveuses graves qui vont s'accroître avec une grande rapidité. Indifférent à ce qui se passe autour de lui, il reste en général couché sur le dos ou sur le côté, paraissant dormir d'une façon normale, mais plongé en réalité dans une sorte de torpeur dont il sort momentanément quand on l'interpelle. Il répond alors d'un mot, d'un monosyllabe prononcé avec lenteur; après quoi il retombe dans son immobilité. Quelque complet qu'il paraisse, cet assoupissement doit être surveillé de très près. Fréquemment, en effet, avec une soudaineté imprévue, l'enfant se redressant tout à coup, en proie à un délire furieux, se précipite hors de son lit, résistant avec une incroyable violence et une étonnante vigueur aux personnes qui essayent de le maintenir. Il s'agite, se débat, vocifère, la figure animée par une étrange exaltation; mais la crise de violence dure peu, et bientôt le malade retombe dans une prostration plus prononcée qu'auparavant. Ces accès doivent être prévus et maîtrisés dès leur apparition. Il n'est malheureusement pas rare qu'au plus fort de son agitation l'enfant s'affaisse subitement et meure par le fait d'un collapsus cardiaque. Le délire n'a pas toujours la forme du délire maniaque; il présente les plus grandes variétés; et si chez quelques-uns il est caractérisé par une certaine loquacité ou par de la turbulence issue d'hallucinations désagréables ou effrayantes, chez beaucoup d'autres il se traduit simplement soit par une réponse incohérente, soit, plus rarement, par un marmottement de paroles sans suite prononcées d'une voix basse et inintelligible. Parfois le délire est précédé par certains troubles de la parole. Celle-ci devient lente, hésitante, lourde, épaisse; quelques malades ont de la tendance à omettre certaines syllabes, particulièrement les finales. Ces altérations de la parole d'origine cérébrale ne doivent pas être confondues avec celles qui résultent des bubons et de l'œdème de la région cervicale ou de la sécheresse de la langue et des fuliginosités des lèvres.

Au milieu des phénomènes précédents, il est fréquent de voir éclater des convulsions. Unilatérales ou bilatérales, cloniques ou toniques, elles peuvent, quand elles sont violentes, réaliser le type épileptiforme. On les voit parfois se répéter à de courts intervalles; elles peuvent même durer un ou plusieurs jours, laissant après elles un épuisement extrême, trop souvent avant-coureur du coma.

A des symptômes nerveux d'une pareille gravité, se joignent les signes d'une infection profonde. Les urines, toujours fébriles, fréquemment albumineuses, assez souvent sanguinolentes, traduisent l'existence soit d'une

altération grave du sang, soit, plus rarement, d'une néphrite. La rétention d'urine est fréquente. Fréquentes aussi sont les manifestations respiratoires (bronchite infectieuse semblable à celle de la fièvre typhoïde; plus rarement broncho-pneumonie, complication très grave mais non fatale qu'il ne faut pas confondre avec la broncho-pneumonie primitive qui constitue la forme pneumonique). Plus fréquentes encore sont les complications cardiaques (myocardite pesteuse qui se traduit par de la petitesse et une grande fréquence du pouls, de l'arythmie, de l'assourdissement des bruits du cœur, et qui, trop souvent, provoque la mort subite soit au cours de la maladie, soit pendant la convalescence). Les hémorragies, plus rares que dans les épidémies du moyen âge (pétéchies, épistaxis, hématuries, hémoptysies, hémartémèses), sont surtout fréquentes autour des bubons.

Tels sont les symptômes qui constituent habituellement la période d'état, pendant laquelle la température oscille irrégulièrement entre 38°,5 et 40 degrés, le pouls battant entre 120 et 160, période dont la durée varie de quelques heures pour les cas graves à plus d'une semaine pour les cas légers, et au cours de laquelle on peut voir apparaître, dans les formes sévères, de nouvelles tuméfactions ganglionnaires.

Quand l'affection doit se terminer par la mort, qui arrive généralement vers le 5<sup>e</sup> jour, les symptômes typhiques augmentent d'intensité par le fait du passage des bacilles pesteux dans le sang (état septicémique). Le délire s'accroît ou change de caractère, la carphologie apparaît, la température s'élève rapidement ou s'abaisse au-dessous de la normale, le pouls devient filiforme puis imperceptible; le petit malade, la peau couverte d'une abondante transpiration, laissant échapper ses urines et ses matières fécales, meurt le plus souvent par faiblesse cardiaque.

Si la guérison doit avoir lieu, la température s'abaisse en général par lysis du 5<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour, et tous les symptômes s'atténuent rapidement. Le plus souvent le bubon initial suppure, et l'on peut constater alors que les bacilles pesteux qui inondaient les tissus ganglionnaires et périganglionnaires infiltrés, ont disparu pour faire place à des microbes pyogènes. Parfois le bubon se résorbe lentement; d'autres fois il persiste pendant des semaines et même des mois à l'état de gonflement dur et indolent. Dans des cas heureusement rares de nos jours, le bubon se sphacèle en entier; et, lorsque le petit malade a résisté aux accidents qu'entraînent la mortification et l'élimination d'une énorme masse de tissus, on se trouve en présence d'une cavité considérable dont la suppuration est interminable. Les foyers gangreneux disséminés que les anciens désignent sous le nom de *charbons* n'ont guère été constatés dans les épidémies récentes.

La convalescence, au cours de laquelle on peut observer des paralysies diverses, de l'aphasie et des accidents multiples (apparition de nouveaux bubons, furoncles, abcès, suppurations cutanées qui provoquent ou entretiennent la cachexie), est souvent indéfiniment longue et peut durer plusieurs semaines, voire même plusieurs mois. Parfois une maladie intercurrente (pneumonie, érysipèle) ou une complication grave (sphacèle d'un vaisseau sanguin important et hémorragie mortelle) emportent rapidement le patient.

Ajoutons que c'est surtout pendant la convalescence que les malades meurent subitement en se redressant dans leur lit ou en essayant de se lever.

Aux formes sévères que je viens de décrire on peut opposer une variété beaucoup plus légère, fréquemment observée chez les enfants, c'est la *peste ambulatoire*, *pestis minor*, *pestis mitior*, *pestis ambulans*. Sans fièvre ou avec une fièvre modérée ou tout ou moins passagère, apparaît un petit bubon. L'état général reste parfait, et n'était la douleur au niveau de l'engorgement ganglionnaire, parfois provoquée par la marche, le petit malade pourrait souvent vaquer à ses occupations habituelles ou aller à l'école. C'est donc le bubon qui constitue ici pour ainsi dire toute la maladie; c'est pour lui exclusivement que le médecin est consulté. On comprend toutes les erreurs de diagnostic que peut entraîner pareille éventualité, erreurs d'autant plus graves que la tuméfaction glandulaire, tout aussi bien que dans les formes sévères, regorge de bacilles pesteux. Est-il nécessaire de dire qu'il y a entre la peste ambulatoire et la peste bubonique maligne toute la série des intermédiaires?

2° *Peste pneumonique*. — Elle est caractérisée par l'apparition des signes d'une broncho-pneumonie spéciale se développant au milieu d'un ensemble de phénomènes très graves. L'invasion est brusque et ressemble à celle de la peste bubonique. Bientôt, et souvent dès le début, le malade se plaint de douleurs dans toute la poitrine. La toux est fréquente et s'accompagne, dans la seconde enfance, d'une expectoration variable, qui, le plus souvent, est abondante, aqueuse, rougeâtre, mais qui, dans quelques cas plus rares, est gluante et peu différente de celle de la pneumonie. Dans les deux cas, elle renferme des quantités considérables de bacilles pesteux. Les phénomènes d'auscultation ont beaucoup moins de précision et de netteté que dans la pneumonie franche. Le plus souvent les signes de condensation font défaut, et l'altération pulmonaire se traduit simplement par des râles crépitants fins qui bientôt font place à des râles sous-crépitanants. Fréquemment le malade, au milieu de symptômes dénotant une infection d'une incontestable malignité, ne présente ni dyspnée ni accélération de la respiration. La mort est la règle; elle survient au cours des phénomènes typhiques décrits dans la forme précédente, et le plus souvent sans qu'aucune manifestation ganglionnaire ait attiré l'attention.

3° *Peste septicémique*. — Caractérisée par la pénétration directe des bacilles pesteux dans le sang, elle éclate avec une brusquerie et une violence qu'on ne constate que dans les cas mortels de la forme bubonique, et la maladie évolue, comme elle a débuté, au milieu de symptômes infectieux d'une excessive gravité, sans qu'on puisse observer nettement les manifestations ganglionnaires ou pulmonaires propres aux deux premières formes. La maladie se termine très rapidement par la mort. C'est à la peste septicémique qu'appartiennent la plupart des cas dits foudroyants.

4° Enfin signalons pour mémoire la *peste abdominale* dont l'existence est discutée, et qui serait caractérisée par l'ensemble des phénomènes généraux de la peste auxquels s'ajouteraient des douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée, du ballonnement du ventre. Au bout de quelques

jours on observerait parfois un certain degré d'engorgement ganglionnaire. Les selles contiendraient des bacilles pesteux.

**Pronostic.** — La peste est presque constamment mortelle dans ses formes pulmonaire et septicémique. La forme bubonique paraît être moins grave chez les enfants que chez les adultes, d'après les épidémies récentes. La forme ambulatoire est surtout fréquente chez les enfants de 10 à 12 ans.

**Diagnostic.** — La peste bubonique, dont le début ressemble fréquemment à celui de la variole, du typhus exanthématique, de certaines rémittences palustres et des dengues sévères, s'en distingue dès les premiers jours par le bubon qui renferme des quantités considérables de bacilles pesteux. Dans les cas douteux, l'examen bactériologique du liquide, retiré à l'aide d'une seringue de Pravaz de la zone empâtée qui entoure le ganglion, mettra fin à toute hésitation, et permettra de distinguer, par exemple, la peste ambulatoire de certaines adénites simples, et la peste bubonique ordinaire des infections survenant à la suite de plaies septiques et accompagnées de manifestations ganglionnaires. La forme pneumonique se distingue de la pneumonie par la rapidité de l'attaque, la hauteur de la température, la céphalalgie, la petitesse du pouls, l'absence de dyspnée, l'absence de phénomènes nets de condensation pulmonaire, la différence de l'expectoration qui contient une grande quantité de bacilles pesteux.

En raison de l'absence de bubons et de manifestations pulmonaires, le diagnostic de la forme septicémique serait très difficile si l'on ne tenait compte de l'épidémie régnante. Dans certains cas, l'examen bactériologique du sang, les cultures et les inoculations aux animaux constituent les seuls procédés permettant de reconnaître avec certitude la nature de l'infection.

**Traitement.** — Il faudra prescrire les stimulants diffusibles, cognac, acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann; on peut y joindre le chlorure de sodium (6 à 8 grammes par jour en solution dans 200 ou 500 grammes d'eau de menthe poivrée), procédé qui aurait récemment donné à Fragoso (Indes Portugaises) de très bons résultats; si la température s'élève, on devra faire au petit malade des lotions froides ou lui donner des bains tièdes ou frais; mais avant tout il faut surveiller le myocarde avec la plus grande attention. C'est par le cœur que meurent la plupart des sujets. Dès que les bruits s'assourdisent, dès que le pouls faiblit, il faut prescrire la digitale, sans attendre l'arythmie qui trop souvent est un symptôme d'une extrême gravité. La caféine, la spartéine, la strophanthine, la strychnine en injections sous-cutanées peuvent rendre de très grands services.

Mais au-dessus de tout il faut placer les injections de sérum antipesteux. Celles-ci, pour être efficaces, doivent être faites à une période aussi précoce que possible et à des doses élevées. Un enfant de 10 à 11 ans supportera très bien plusieurs jours de suite 40 à 50 cc. de sérum de Yersin en injections sous-cutanées. Dans les formes pneumonique et septicémique, les injections intra-veineuses devront être tentées sans qu'on ait, malheureusement, le droit de s'illusionner sur leurs résultats. Le malade gardera le lit; ses mouvements seront surveillés de très près. On lui donnera du lait et du bouillon. Les bubons suppurés seront incisés et pansés avec une rigoureuse antiseptie.