

Après un *stade d'incubation* de 13 à 17 jours, tout au plus, la maladie commence par l'apparition de vésicules de la grosseur d'une lentille ou un peu plus grandes, entourées d'ordinaire d'une petite aréole rouge, et dont le nombre varie à partir d'une douzaine jusqu'à cent et au-delà. La plupart des vésicules siègent au tronc, tandis que les extrémités sont atteintes à un degré moindre. L'éruption est parfois assez abondante à la face, elle est plus discrète au cuir chevelu. On voit quelquefois par-ci par-là quelques vésicules sur les muqueuses (de la bouche et du pharynx). L'exanthème n'est que bien rarement précédé de symptômes prodromiques particuliers. Par contre, la poussée éruptive elle-même est souvent accompagnée d'un léger *mouvement fébrile*. L'éruption est d'ordinaire achevée après quelques jours, bien qu'il y ait souvent plusieurs poussées successives, de sorte que la peau présente simultanément des vésicules de fraîche date et d'autres qui sont en voie de guérison. Chaque vésicule prise isolément se dessèche en peu de temps, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il y a une pustulation véritable, comme dans la variole. Après 1 à 1 ½ semaine le processus morbide a fait son évolution complète. Pendant tout ce temps la plupart des enfants sont dans un état de santé parfaite, et c'est à peine qu'on les entend se plaindre quelquefois de quelques douleurs articulaires, de manque d'appétit et d'un léger enchifrènement, etc. Des *complications* particulières (surtout des néphrites de faible intensité) se rencontrent exceptionnellement.

Il arrive que la maladie a une marche rudimentaire, de sorte qu'il ne se manifeste qu'une roséole varicelleuse qui disparaît sans formation de vésicules. Inversement, quelques cas sont accompagnés de symptômes généraux un peu plus marqués, d'une fièvre plus élevée, atteignant même momentanément 41°. Mais le plus souvent l'état général des enfants est si peu troublé qu'on s'adresse à peine au médecin.

Le *diagnostic* de la varicelle est presque toujours facile et sûr. Autrefois, on a fréquemment confondu cette maladie avec la variole et, de nos jours encore, l'école d'HÉBRA, à Vienne, soutient la thèse inconcevable de l'identité de la varicelle et de la variole. Quoi qu'il en soit, la différence essentielle entre ces deux maladies résulte, d'abord de l'indépendance complète des épidémies, de variole et de varicelle, puis de ce que l'une affection ne garantit nullement contre l'invasion éventuelle de l'autre, et en outre de ce que jamais encore on n'a provoqué une forme de variole en inoculant directement la varicelle et réciproquement. Il importe toutefois pour éviter des malentendus, de savoir que beaucoup de dermatologistes désignent sous le nom de varicelle, les cas les plus légers de la variole (les

professeurs de clinique interne pourtant sont à cette heure unanimement d'accord sur l'existence autonome de la varicelle).

Le *pronostic* de la varicelle est tout à fait favorable. Un *traitement* spécial est inutile, cependant on garde les enfants au lit jusqu'à la guérison de l'exanthème.

CHAPITRE NEUVIÈME.

ÉRYSIPIÈLE.

Étiologie. Sous le nom d'*érysipèle* on comprend une inflammation cutanée, due à la présence d'un micrococcus pathogène spécifique (v. plus bas), se traduisant par de la rougeur, du gonflement et de la douleur, et qui a cela de particulier qu'elle s'étend progressivement, par voie de *continuité*, de son point de départ à une surface plus ou moins considérable de la peau. On distingue communément un *érysipèle traumatique* et un *érysipèle idiopathique* (exanthématique). Le premier peut naître de toute lésion quelconque de la peau, quand le poison spécifique de l'érysipèle vient infecter la plaie. L'érysipèle traumatique est par conséquent un accident des plaies et ne doit pas être décrit en détail ici; il en est de même de l'*érysipèle puerpéral*, occasionné par les lésions des organes génitaux lors de l'accouchement, et de l'*érysipèle des nouveau-nés*, qui prend le plus souvent sa source dans de petites crevasses de la marge de l'anus ou dans la plaie de l'ombilic.

Par contre, l'*érysipèle* dit *idiopathique* se déclare presque exclusivement à la *face* (*érysipèle facial*); du moins, il y a le plus souvent son origine. En continuant sa marche, il se propage fréquemment au cuir chevelu (*érysipèle du cuir chevelu*), parfois aussi de proche en proche sur la peau du tronc. Il constitue une maladie parfaitement bien caractérisée en clinique. Malgré cela, on se demande si l'érysipèle de la face doit, en principe, être séparé de l'érysipèle traumatique, puisqu'on est autorisé à croire que l'érysipèle facial n'est au fond qu'un érysipèle traumatique qui a son point de départ dans des lésions cutanées minimales et pour ce motif le plus souvent inaperçues ou même introuvables. Cette hypothèse qui en réalité paraît très acceptable a priori, se justifie parfaitement pour beaucoup de cas. C'est ainsi, notamment, qu'on voit l'érysipèle naître d'excoriations au nez et au bord des narines ou de petites crevasses et écorchures du pavillon de l'oreille. Parfois l'invasion de l'érysipèle est précédée d'un *rhume du cerveau*, et on remarque alors au nez le premier gonflement inflammatoire de la peau.

Ce fait s'explique aussi en disant que le catarrhe de la muqueuse nasale y provoque facilement de petites érosions qui alors deviennent la cause occasionnelle de l'infection érysipélateuse. D'autre part cependant on ne saurait mettre en doute qu'il se rencontre des cas d'érysipèle de la face, où il est absolument impossible de découvrir une excoriation quelconque de la peau et qui sont précédés d'un stade fébrile initial de plusieurs jours de durée, avant que la détermination cutanée se fasse jour (v. plus bas). Des cas semblables tendent de nouveau à faire ranger l'érysipèle parmi les exanthèmes aigus, ou bien ils font croire tout au moins que, dans certaines conditions, l'infection peut avoir lieu d'une manière autre que celle que nous venons de décrire.

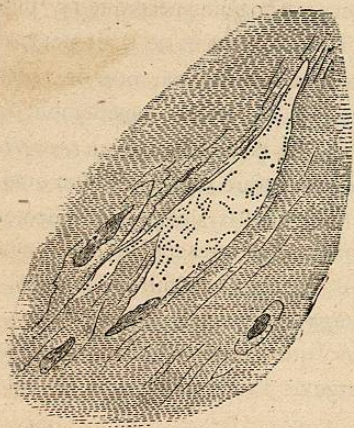


Fig. 8. Coccus érysipélateux, 700 : 1.
Section à travers un lymphatique cutané.

La découverte de l'agent morbide spécifique de l'érysipèle est dû principalement aux recherches de FEHLEISEN qui trouva un *micrococcus en chaînette* caractéristique (*streptococcus erysipellatus*, v. fig. 8) dans les vaisseaux lymphatiques et les conduits nourriciers de la peau malade. Ce micrococcus (*streptococcus*) se reconnaît à des signes propres dans les pures cultures faites sur de la gélatine nutritive et reproduit sûrement l'érysipèle quand on l'inocule au lapin et à l'homme.

L'érysipèle facial se déclare de préférence chez les individus jeunes, un peu plus fréquemment, paraît-il, chez les femmes que chez les hommes. Dans le public, le refroidissement (la frayeur également) joue un grand rôle comme cause de l'érysipèle, bien à tort cependant. Le plus souvent, à part les causes prédisposantes susmentionnées (rhinite, petites blessures etc.) on ne saurait fixer aucune raison déterminante à la genèse de la maladie. Parfois des *influences endémiques* y ont incontestablement leur part. On sait depuis longtemps, au sujet de l'érysipèle traumatique, que dans certains hôpitaux et certaines salles de malades, il s'est tellement bien niché que toute plaie qui y est traitée, court risque de se compliquer d'érysipèle. Pourtant l'érysipèle apparemment idiopathique se montre quelquefois avec une fréquence remarquable en des endroits déterminés. Il arrive également que plusieurs membres de la même famille sont atteints en même temps d'érysipèle de la face. Dans tous ces cas d'ailleurs la maladie provient

presque toujours de la même source d'infection externe, attendu que la transmission directe du poison érysipélateux d'un malade à un individu sain ne se rencontre que bien rarement. Cependant par *inoculation* directe, comme la démonstration en a été faite, l'érysipèle peut parfaitement se communiquer d'un malade à une autre personne ou à des animaux.

A l'encontre des exanthèmes aigus, l'érysipèle a la propriété d'atteindre plusieurs fois avec une prédilection marquée la même personne. On cite des gens qui presque tous les ans ou tous les deux ans sont affligés d'un érysipèle de la face. La cause probable en réside souvent dans quelque affection chronique qui prédispose à l'érysipèle (comme l'ozène); dans d'autres cas il n'y a pas moyen de découvrir de motif à cette disposition. Les malades atteints de marasme y paraissent particulièrement enclins. Du moins nous avons vu, dans les hôpitaux, l'érysipèle facial se montrer avec une fréquence relativement grande chez les phthisiques, les cancéreux, etc. dans la dernière période de la maladie.

Marche et symptômes de la maladie. Dans nombre de cas les premiers symptômes morbides subjectifs commencent en même temps que le gonflement cutané observé par le malade et sont alors surtout de nature locale : tels que la *douleur* et le *sentiment de tension*. Aussitôt après se déclarent communément des *symptômes fébriles* subjectifs, du malaise général, de l'anorexie et des maux de tête. D'autres fois la maladie débute par des symptômes généraux plus violents, par un frisson initial, une céphalalgie intense et une prostration générale. Presque en même temps, mais parfois aussi *après deux ou trois jours* seulement, les malades remarquent un gonflement à la face. Dans un petit nombre de cas, des *douleurs angineuses* prononcées ouvrent la scène. Nous avons vu, il y a longtemps déjà, dans une même famille, trois cas presque simultanés d'érysipèle facial, dont la manifestation cutanée était précédée pendant quatre à cinq jours d'une angine intense. Depuis lors plusieurs cas isolés semblables se sont présentés à notre observation et nous croyons avoir eu affaire le plus souvent à une véritable *angine érysipélateuse*, c'est-à-dire à un érysipèle du voile du palais, lequel s'était propagé à travers la cavité nasale jusqu'au tégument externe.

La *dermite érysipélateuse* naît toujours en un endroit circonscrit, ordinairement au nez, plus rarement à la joue, aux oreilles ou au cuir chevelu. La peau se gonfle à vue d'œil, devient rouge, lisse et luisante, chaude au toucher et la rougeur et le gonflement s'étendent de proche en proche. La ligne qui sépare la peau malade de la peau encore saine est habituellement formée par un rebord net, élevé, appréciable à la vue et au toucher. Tant que l'érysipèle poursuit sa marche envahissante, on voit, se détachant de ce

bourrelet, ou à quelque distance de lui, de petites stries ou taches rougeâtres qui se dessinent et s'étendent de plus en plus pour se fondre ensuite les unes dans les autres. Les forts plis cutanés opposent parfois à la progression de l'érysipèle une barrière momentanée. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit l'érysipèle s'arrêter au sillon naso-labial. La ligne de frontière de la chevelure forme aussi quelquefois la limite jusqu'où l'érysipèle s'avance. Il arrive encore que la calotte tout entière est envahie et que l'affection ne s'éteint qu'à la ligne de séparation du cuir chevelu et de la nuque. Dans un très petit nombre de cas seulement, elle s'avance plus loin encore, se propage au dos, aux bras, à la partie antérieure du tronc pour descendre même jusqu'aux pieds (*Érysipèle migrateur*). En pareil cas, l'érysipèle a depuis longtemps disparu de la face, quand il se promène encore toujours sur le bas du corps. Vers la fin de sa migration, l'inflammation érysipélateuse est visiblement plus faible, n'apparaît plus que sous forme de taches isolées, jusqu'à ce qu'enfin elle s'épuise complètement. Dans la majorité des cas, la face, les oreilles et une partie du cuir chevelu sont seules atteintes.

L'épiderme aux endroits affectés se soulève assez souvent en ampoules plus ou moins grandes et on désigne alors l'érysipèle sous le nom d'*Érysipèle vésiculeux ou bulleux*. Si le contenu des vésicules devient purulent, on a affaire à un *érysipèle pustuleux*. L'infiltration cutanée peut être tellement intense, qu'il se produit une nécrose ou une gangrène locale (*É. gangréneux*). C'est aux paupières que cela s'observe le plus fréquemment.

L'examen microscopique de la peau atteinte d'érysipèle fait voir une forte hyperémie de tous les vaisseaux et une infiltration séreuse et celluleuse très considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. C'est surtout aux endroits où se forment des bulles qu'on voit le réseau de Malpighi parsemé de tous côtés de cellules épithéliales détruites et déformées. Nous avons signalé plus haut la présence de nombreux *micrococcus* spécifiques en chaîne.

La guérison de l'affection cutanée s'opère le plus souvent, en quelque endroit de la peau qu'elle siège, dans l'espace de 4 à 5 jours. Ensuite, l'épiderme se détache d'ordinaire dans une grande étendue. Enfin, après le décours de la maladie, la face a parfois un plus beau teint qu'auparavant.

Les autres symptômes morbides, principalement les symptômes généraux et la fièvre, correspondent en général pour leur intensité à l'étendue et à la gravité de l'affection cutanée. Il est rare qu'il y ait un défaut de rapport entre les manifestations locales et générales.

La fièvre dans l'érysipèle de la face atteint d'ordinaire rapidement, dès le

début, un degré élevé. Nous avons vu des cas où une fièvre intense ne se déclarait qu'un ou deux jours seulement après l'apparition de l'affection cutanée. Les degrés thermiques extrêmes atteints dans l'érysipèle sont parfois très considérables. Des températures de 41°,0 ne sont pas rares du tout. Le chiffre le plus élevé que nous ayons vu est de 41°,8. Pendant le temps que l'érysipèle dure et progresse, la fièvre n'est presque jamais continue, et rarement elle est rémittente à un faible degré; le plus souvent elle est interrompue par de fortes intermissions qui descendent même jusqu'à la normale, pour remonter de nouveau brusquement à une grande hauteur. La défervescence définitive se fait parfois sous forme de véritable crise. Dans les érysipèles qui envahissent de larges surfaces au contraire, et dans l'érysipèle migrateur, la défervescence se fait plus souvent sous forme de lysis plus ou moins prolongée. Nous avons vu dans l'érysipèle ambulante l'affection cutanée continuer à marcher d'une façon rudimentaire, quand la fièvre avait déjà complètement cessé.

Parmi les autres symptômes, mentionnons en premier lieu la *céphalalgie* qui est souvent très intense et ne dépend pas uniquement de l'affection locale du cuir chevelu, mais probablement aussi de troubles circulatoires dans les parties profondes. D'autres symptômes cérébraux graves se déclarent encore dans l'érysipèle de la face. Les malades sont parfois très agités, surexcités et privés de sommeil; la nuit ils ont du délire, tantôt léger et tantôt violent. Dans d'autres cas, ils sont profondément assoupis. Tous ces phénomènes sont dus en partie à l'infection générale, mais on peut aussi les imputer en partie, comme il a été dit, à des troubles circulatoires dans les méninges et le cerveau même, occasionnées par l'état du cuir chevelu. Chez les buveurs on voit parfois éclater le délirium tremens.

Un des symptômes les plus constants dans l'érysipèle de la face, ce sont les *désordres du côté de l'estomac et de l'intestin*. L'appétit est le plus souvent complètement perdu, la langue est couverte d'un enduit épais. Des vomissements, tant au début que pendant le cours de la maladie, se déclarent souvent. Les garde-robes sont retardées, quoique souvent il y ait une assez forte diarrhée. La cause anatomique de tous ces symptômes n'est pas connue.

La durée totale de la maladie est très diverse dans les différents cas. Les cas très légers guérissent après peu de jours. La plupart des cas d'intensité moyenne durent d'une semaine à une semaine et demie. Dans l'érysipèle ambulante, au contraire, la durée totale de l'affection peut s'étendre à plusieurs semaines. Parfois nous avons vu, après un intervalle complètement afebrile de plusieurs jours, récidiver l'érysipèle, soit à la face soit à un endroit de la peau, intact jusqu'alors.

Les **complications** de nature locale sont proportionnellement rares dans l'érysipèle. Les *ganglions lymphatiques* du cou et de la nuque sont fréquemment un peu gonflés, mais ce gonflement n'atteint presque jamais de fortes dimensions. La *bronchite* et les *pneumonies lobulaires* peuvent venir compliquer les cas graves, mais elles n'ont rien de caractéristique. Quelques observateurs ont particulièrement appelé l'attention sur la *pleurésie*, l'*endocardite* et la *péricardite* qui peuvent survenir, mais ces complications sont probablement de nature secondaire, le plus souvent. La *rate* gonfle d'ordinaire à un faible degré. Parfois il y a un *ictère* léger. L'*urine* contient quelquefois un peu d'albumine, la *néphrite aiguë hémorrhagique* vraie se rencontre également dans une proportion relativement assez notable au cours de l'érysipèle grave. A diverses reprises on a observé des *gonflements articulaires*. Ceux-ci sont plus fréquents dans les formes sévères d'érysipèle chirurgical qui sont combinées avec des états généraux septiques et pyémiques. La *méningite purulente* peut venir s'ajouter à l'érysipèle de la tête ; elle est très rare cependant, et même lors des phénomènes cérébraux les plus intenses, on n'en formulera le diagnostic qu'avec réserve.

Les complications du côté de la *peau* même sont relativement fréquentes. Nous avons vu assez souvent l'*herpes labialis*, quelquefois aussi l'*urticaire* s'associer à l'érysipèle de la face. On considère comme beaucoup plus importants les *abcès dermiques* qui se forment dans les cas graves et les inflammations phlegmoneuses, même gangréneuses, du tissu cellulaire. A la face, comme nous l'avons dit, les paupières sont le plus souvent menacées de gangrène jusqu'à offrir du danger pour l'œil. Après le décours de l'érysipèle ambulante, on voit parfois se former de nombreux abcès cutanés au tronc et aux extrémités, qui retardent longtemps la convalescence définitive.

Le **diagnostic** de l'érysipèle ne présente presque pas de difficulté, dès que l'affection cutanée s'est déclarée. En y prêtant une attention suffisante, on évitera de la confondre avec les inflammations phlegmoneuses de la peau et les lymphangites. Cependant, à un examen superficiel, un eczéma aigu et intense de la face ou même l'urticaire de cette région, pourraient en imposer pour un érysipèle. Il faut surtout avoir égard au rebord caractéristique de l'érysipèle et à sa façon de progresser.

Le **pronostic** de l'érysipèle de la face, quand il s'agit de personnes saines d'ailleurs, est, en règle générale, avantageux. Chez les buveurs, parfois affectés du délirium tremens, l'issue est souvent défavorable dans les cas graves. Nous avons observé un cas à terminaison funeste par suite de la gangrène de la paupière avec inflammation purulente consécutive du tissu

cellulaire de l'orbite. L'érysipèle migrateur peut, chez des gens débiles, devenir dangereux par affaiblissement général. — Le pronostic de l'érysipèle chirurgical est proportionnellement beaucoup moins propice, mais sa description n'est pas en place ici.

Traitement. Un traitement spécial est inutile dans la plupart des cas de légère et de moyenne intensité. Pour calmer le malaise local, on saupoudre d'ordinaire la peau avec de l'amidon pulvérisé, ou bien on l'enduit d'huile d'olive (carbolisée au besoin) ou de vaseline. Une vessie de glace sur la tête fait du bien à la plupart des malades. Si on veut prescrire quelque chose, une mixture d'acide muriatique (2,00 d'acide sur 120,0 d'eau et 15,0 de sirop de framboises) est ce qui convient le mieux.

Dans l'érysipèle grave, au contraire, l'intensité de la fièvre et les symptômes nerveux réclament une intervention thérapeutique. Il n'y a pas de moyen plus recommandable dans ces circonstances que les *bains froids* (2 à 3 par jour) que les érysipélateux supportent d'ordinaire parfaitement. Rarement se présente l'indication d'administrer la quinine, l'antipyrine ou l'antifébrine, par suite de la tendance spontanée de la chaleur corporelle à des intermissions profondes. — Si l'érysipèle de la face donnait naissance à un *érysipèle ambulante*, l'objet principal de la thérapeutique serait de mettre une borne à la progression incessante de la maladie. Malheureusement, les moyens recommandés dans ce but ne répondent que rarement à l'attente. La méthode usitée autrefois et consistant à pratiquer une cautérisation à la pierre infernale sur la limite de l'érysipèle est presque généralement abandonnée de nos jours comme inefficace. HUETER recommande de faire à quelque distance du rebord de l'érysipèle des *injections* sous-cutanées avec une solution de 2 % d'*acide phénique*. Nous n'avons guère vu de résultats marquants à la suite de cette méthode d'ailleurs rationnelle en elle-même. Nous avons institué à diverses reprises le traitement au *camphre* de PIROGOFF. Le malade prend toutes les heures ou toutes les deux heures 0,15 de camphre en poudre, et en outre on lui fait avaler de grandes quantités de thé chaud, pour provoquer une forte diaphorèse. Dans des cas graves, cette méthode mérite d'être essayée. On a recommandé contre l'érysipèle une foule d'autres remèdes internes que nous pouvons nous dispenser d'énumérer. Nous n'avons pas constaté que de grandes doses d'acide salicylique ou de benzoate de soude eussent de l'influence sur la marche progressive de l'érysipèle. En Angleterre, on a employé la *liqueur de sesquichlorure de fer* (d'ordinaire sous forme de teinture de BESTUSCHEFF) à la dose de 6 à 10 grammes *par jour*. L'essentiel est, dans les cas graves, de maintenir autant que possible les forces du malade, par une hygiène

et une alimentation bien ordonnées. Les abcès cutanés qui se forment demandent à être ouverts en temps opportun si l'on veut qu'ils guérissent rapidement.

CHAPITRE DIXIÈME.

DIPHTHÉRIE.

(Diphthérie, croup, esquinancie contagieuse.)

Étiologie et Pathologie générale. Nous comprenons sous le nom de « diphthérie » pris dans un sens *clinique*, une *maladie infectieuse aiguë, spécifique*, bien caractérisée, consistant en une inflammation croupale-diphthéritique dont la localisation anatomique principale se fait dans le pharynx et la partie supérieure des voies respiratoires. Dans le sens purement *anatomique*, les expressions « croup » et « diphthérie » ont au contraire une signification plus étendue. Elles servent à désigner une forme inflammatoire déterminée qui peut atteindre la plupart des muqueuses (principalement la muqueuse intestinale et vésicale) et être produite par des influences nocives *de nature* complètement *différente*.

La caractéristique *anatomique* de l'inflammation croupale-diphthéritique consiste dans la formation d'un *exsudat fibrineux* qui, sous forme de membranes d'un blanc-grisâtre passablement fermes, élastiques et assez faciles à arracher, adhère à la muqueuse dénudée de son épithélium (*membranes croupales*) ou qui, en outre, imprègne à une profondeur plus ou moins grande le *tissu propre de la muqueuse elle-même* (*infiltration diphthéritique avec nécrose du tissu*). Il n'existe pas de différence essentielle entre le croup et la diphthérie : l'inflammation diphthéritique est la forme la plus grave de la maladie et l'inflammation croupale la forme la plus légère. Dans la première il s'agit d'une nécrose de l'épithélium et du tissu muqueux sous-jacent, laquelle précède l'exsudation fibrineuse ; dans l'inflammation croupale, au contraire, il n'est question que d'une nécrose épithéliale. La membrane croupale ne se superpose pas à la muqueuse intacte, mais aux endroits où l'épithélium a été détruit préalablement en totalité ou du moins pour la majeure partie. Parfois on retrouve encore dans l'intérieur du feutrage à mailles plus ou moins serrées de cette membrane fibrineuse, des amas de débris d'épithélium dépourvu de noyaux. La destruction préalable de l'épithélium est par conséquent de nécessité indispensable pour la production de l'inflammation fibrineuse (croupale) et c'est seulement aux endroits où la cause productrice de l'inflammation tue en même temps l'épithélium,

que l'exsudat fibrineux peut se former. L'épithélium ne participe probablement pas, à moins que ce ne soit à un faible degré, à la constitution de celui-ci. La matière de la formation fibrineuse dérive beaucoup plus de la fibrinogène du transsudat inflammatoire et des produits de décomposition des leucocytes qui ont émigré et qui pénètrent de toutes parts dans les membranes elles-mêmes de même que dans le tissu muqueux situé au-dessous de l'exsudation croupale ou diphthéritique. Si la guérison a lieu, il suffit, quand il s'agit de croup, que l'épithélium se régénère après l'élimination de la membrane, régénération que l'épithélium resté sur la limite de l'inflammation peut à lui seul accomplir. Au contraire, la guérison de l'inflammation diphthéritique ne saurait s'opérer qu'après que toute la partie de la muqueuse mortifiée s'est détachée par une suppuration éliminatrice et a été remplacée par un *tissu de cicatrice*.

Voilà en quelques grands traits l'opinion actuelle sur les inflammations croupales-diphthéritiques, telle qu'elle s'est graduellement édifiée par les travaux de E. WAGNER, de WEIGERT et d'autres. Avec cela, nous avons à peine touché la question des *agents étiologiques*. Mais de ce qui précède il ressort clairement combien ceux-ci peuvent être complexes. Car toutes les nombreuses influences nocives qui tendent à désorganiser l'épithélium muqueux et qui en même temps excitent un travail inflammatoire, sont en état de provoquer le croup ; ainsi les *facteurs mécaniques* (matières stercorales stagnantes, calculs biliaires et urinaires), les *irritants chimiques* (caustiques, principalement l'ammoniaque et les acides), finalement une série de *poisons morbides, spécifiques et infectieux*. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le germe spécifique de la *diphthérie pharyngée*.

Il est hors de doute que le poison diphthéritique appartient à la classe des poisons *organisés*. Cependant jusqu'à cette heure on a rencontré les plus grandes difficultés pour en faire la démonstration positive, parce qu'on trouve dans les foyers diphthéritiques une foule de microorganismes de nature diverse qui dérivent secondairement des cavités buccale et pharyngée et qui, bien qu'étant naturellement tout différents des « bactéries » spécifiques « de la diphthérie », n'en peuvent être distingués qu'avec la plus grande peine. Toutefois les recherches méthodiques récentes instituées par LÖFFLER ont mis au jour un bacille qu'on retrouve la plupart du temps en cas de diphthérie, tandis qu'on ne l'observe que très exceptionnellement dans la bouche en d'autres circonstances. Ces bacilles de LÖFFLER consistent en bâtonnets qui à leurs extrémités présentent un renflement particulier sous forme de massue. Ils sont groupés en foyers distincts dans les membranes croupales. Inoculés à des animaux, ils ont