

des autres, mobiles et roulant sous le doigt. Dans les cas graves, ils peuvent acquérir un volume considérable, mais restent quand même distincts les uns des autres et peuvent être pris entre les doigts et déplacés latéralement.

Au contraire, dans la diphtérie associée au streptocoque, ils sont englobés dans une zone d'infiltration œdémateuse qui les réunit et les soude en quelque sorte; en outre, ils sont plus ou moins douloureux à la pression. Dans les formes légères et moyennes, le doigt qui explore retrouve encore les ganglions qui, au milieu des tissus infiltrés, se reconnaissent facilement à une sensation de résistance plus marquée; dans les cas graves, on ne les distingue plus, perdus qu'ils sont dans une gangue molle ou plus ou moins ferme, offrant quelquefois une consistance lardacée. Le cou présente alors dans son ensemble une tuméfaction souvent énorme et offre une apparence spéciale qui, en raison de l'analogie qu'elle offre avec les bustes de Vitellius, a été désignée sous le nom de *cou proconsulaire* (de Saint-Germain). Arrivée à ce point, cette variété d'adénopathie est d'un pronostic très grave : elle *sent sa peste*, suivant l'expression de Trousseau, traduisant la phrase de Mercatus (*pestiferi morbi naturam redolens*).

Les ganglions lymphatiques peuvent être, dans la diphtérie, le siège de suppurations; mais ce phénomène n'est pas en rapport avec la diphtérie elle-même, c'est le résultat d'une infection secondaire. Aussi cette complication peut-elle se développer à une période quelconque de la maladie, le plus souvent au moment de la convalescence, alors que l'angine est en voie de guérison, ou même complètement terminée. Elle est assez souvent plus précoce dans la strepto-diphtérie primitive.

Le début est annoncé par une élévation de la température et une aggravation des phénomènes généraux; en même temps se manifestent une douleur quelquefois assez vive et une tuméfaction plus marquée et cependant limitée à la zone du ganglion atteint. Dans certains cas, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement convenable et en particulier par l'antisepsie de la gorge, l'adéno-phlegmon se termine par résolution; mais, dans d'autres cas, il aboutit à un abcès qui s'ouvre directement par la peau ou est incisé; même dans ces conditions, la guérison peut survenir et elle n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser; toutes choses égales d'ailleurs, la suppuration ganglionnaire dans la diphtérie n'aggrave pas beaucoup le pronostic.

Troubles digestifs. — Assez peu marqués dans les formes légères, ils présentent, au contraire, dans les formes toxiques, une grande importance; très rapidement l'appétit est perdu et les malades ont même souvent un véritable dégoût pour les aliments. Les vomissements annoncent quelquefois l'invasion de la maladie, mais cela est rare et en tout cas ils ne se répètent pas; cependant, à la suite de vomitifs donnés d'une façon abusive, les vomissements peuvent persister et deviennent quelquefois alors incoercibles : il faut donc toujours être très réservé dans l'emploi de cette médication.

A une époque plus tardive, les vomissements, coïncidant avec une anorexie absolue, constituent un symptôme de mauvais augure, indice presque constant d'une intoxication profonde.

A cette période aussi, on peut observer des diarrhées profuses, ordinairement fétides, quelquefois sanguinolentes. On a prétendu que les troubles gastro-intestinaux pouvaient amener par eux-mêmes un collapsus grave et la mort : il y a là une erreur d'interprétation. Assurément, le collapsus peut succéder aux accidents en question, mais cela ne veut pas dire qu'il en soit la conséquence : ce sont des phénomènes du même ordre, traduisant également l'intoxication profonde de l'organisme. Les matières des garde-robes et des vomissements contiennent quelquefois des débris de fausses membranes; elles proviennent de la gorge, mais n'ont pas été formées dans l'estomac ou l'intestin.

Modifications des urines. — Les urines présentent, dans la diphtérie, des caractères variables : souvent claires et limpides, assez abondantes, elles sont, dans d'autres cas, plus foncées qu'à l'état normal, quelquefois troubles et chargées de sels.

La *quantité* rendue en 24 heures est variable; elle peut s'abaisser à 100 grammes et l'on peut même observer une *anurie* complète qui est toujours d'un pronostic très grave : pendant les années 1892 et 1893, Goodall¹ a observé 50 cas d'anurie plus ou moins complète, qui se sont terminés 27 fois par la mort; tantôt brusque, tantôt graduelle, elle s'était manifestée du 3^e au 10^e jour de la maladie; l'urine renfermait toujours beaucoup d'albumine. La mort avait été précédée de symptômes d'affaiblissement du cœur, avec ralentissement du pouls qui cessait d'être perceptible; la terminaison funeste, survenue par arrêt du cœur, et dans le quart des cas à la suite de convulsions, s'était produite, en général, vers le 7^e, 8^e ou 9^e jour, en tout cas, entre le 6^e et le 17^e jour de la maladie. Dans les cas où la guérison a été observée, elle a été complète. Pour ces raisons, et d'autres qu'il serait trop long de reproduire, Goodall pense que l'anurie, dans la diphtérie, n'est pas due à une néphrite aiguë, mais plutôt à une action directe des toxines diphtériques sur le mécanisme nerveux qui gouverne l'excrétion de l'urine. Ces observations antérieures à la sérothérapie méritent d'être relevées; car elles répondent par avance aux assertions de ceux qui voudraient rattacher l'anurie à l'action du sérum.

Les urines peuvent contenir du *sang* : c'est une complication rare, qui a pu dernièrement être attribuée à l'action du sérum, mais que l'on a cependant observée chez des enfants qui n'avaient pas subi d'injection : tel est le cas rapporté par Schwalbe², relatif à un enfant de dix ans et demi, qui fut pris le 25^e jour d'une hématurie, et guérit après sept jours.

L'*albuminurie* est au contraire extrêmement fréquente. Signalée pour la première fois en 1857 par Wade et presque en même temps par G. Sée, elle a depuis été constatée par tous les observateurs, qui diffèrent seulement dans l'appréciation de sa fréquence. Sée la rencontra dans la moitié des cas, Eberth, Empis et Bouchut dans les deux tiers; Sanné l'a trouvée 224 fois sur 410 cas, ce qui fournit une proportion de 54,63 pour 100. Cadet de Gassicourt donne une proportion de 74 pour 100 et Barbier 78 pour 100.

⁽¹⁾ *The Lancet*, 1873, p. 269.

⁽²⁾ *British med. Journ.*, janvier 1893.

Tous ces chiffres sont antérieurs à la sérothérapie. On observe d'ailleurs des différences notables suivant les épidémies et suivant les formes de la maladie. Elle peut survenir à toutes les époques de la diphtérie, depuis le premier jour jusqu'à une époque fort éloignée du début. Les statistiques de Sanné ont montré que la plus grande fréquence se trouve du 2^e au 11^e jour, et plus spécialement encore du 5^e au 6^e; dans quelques cas exceptionnels, elle a été observée pour la première fois le 26^e, le 29^e et même le 57^e et 58^e jour.

La proportion d'albumine est variable, oscillant en général de quelques centigrammes à plusieurs grammes; elle peut même atteindre 10 ou 15 grammes par litre sans que le malade succombe, mais le plus souvent ces albuminuries massives correspondent à des formes très graves. Dans le cas le plus intense que nous ayons observé et dans lequel, d'ailleurs, la quantité d'urine était très peu abondante, ce liquide se prenait en masse et l'analyse donnait une proportion d'albumine de 52 grammes par litre¹.

La marche de l'albuminurie est variable: tantôt fugace, elle ne dure que un ou deux jours; tantôt plus ou moins tenace, elle persiste fort longtemps. Sa durée la plus commune est comprise entre un et dix jours; pendant ce temps, elle peut persister au même degré, avec quelques variations légères d'un jour à l'autre; ou bien elle est intermittente, disparaissant, puis revenant à différentes reprises. L'albuminurie de la diphtérie n'est pas grave par elle-même, car nous verrons plus loin qu'elle donne rarement lieu à des complications; mais elle est très importante pour le pronostic et donne en quelque sorte la mesure de l'intoxication. Les recherches des différents auteurs, et en particulier celles de Chaillou et Martin², celles que nous avons nous-même fait poursuivre pendant plusieurs années à l'hôpital des Enfants-Malades, montrent que l'albuminurie est à la fois plus précoce et plus intense dans les formes graves et dans la strepto-diphtérie.

Au total, l'albuminurie, bien que favorisée par l'association du streptocoque, est une des manifestations de la diphtérie elle-même; elle s'observe dans une proportion variable suivant les époques de l'année et suivant les formes de la maladie, mais qui, généralement, se trouve comprise entre les chiffres de 40 à 75 pour 100. Elle est surtout fréquente et précoce dans les formes graves. Lorsque la diphtérie guérit, l'albuminurie peut persister à un degré atténué pendant plusieurs semaines ou même un ou deux mois, mais en général cependant elle finit par disparaître, sans laisser de traces.

Elle donne d'ailleurs rarement lieu à des complications. L'*anasarque* est exceptionnelle, et ne figure qu'en proportion très restreinte, même dans les statistiques les plus importantes: 7 fois sur 224 cas (Sanné), 12 fois sur 528 cas (Cadet de Gassicourt). Elle peut être générale ou limitée à la face; on a mentionné, comme se rattachant à l'albuminurie de la diphtérie, des cas d'œdème de la glotte (Sanné) ou d'œdème du poumon (Moizard); ce sont de véritables exceptions. Quant à l'*urémie*, elle est aussi absolument

⁽¹⁾ MICHAUX. Des albuminuries massives dans la diphtérie. *Thèse de Paris*, 1900.
⁽²⁾ *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1894.

rare; on en a pourtant signalé quelques cas, se rapportant à la forme éclamptique ou à la forme comateuse.

Les autres modifications de l'urine par le fait de la diphtérie sont encore assez mal déterminées. L'azoturie est signalée comme étant assez marquée; la proportion de l'urée atteindrait souvent le chiffre de 12 à 15 grammes pour 24 heures, et Bouffé aurait même observé les chiffres de 59, 49, 51 et 56 grammes. D'après Labbé¹, la courbe de l'urée est ascendante vers un maximum qui sera atteint au moment de l'accalmie des symptômes initiaux. Il est nécessaire d'ajouter que ces faits ont été observés sur des enfants soumis à l'action du sérum. Il y a généralement aussi de la phosphaturie; au contraire, la proportion des chlorures est souvent inférieure à la normale. Ajoutons que l'examen au spectroscope révèle souvent l'existence de l'urobiline. Enfin nous devons signaler l'opinion de Bernhard² qui soutient que le pronostic de la diphtérie dépend presque exclusivement de l'état des reins et que le meilleur élément d'appréciation est basé, non pas sur l'albuminurie, mais sur l'examen microscopique du sédiment urinaire. Si, dès le début de la diphtérie, le sédiment renferme en abondance des éléments morphologiques caractéristiques de la néphrite (épithélium rénal, cylindres hyalins ou granuleux, etc.), le pronostic est des plus sombres; quand le sédiment n'apparaît que dans la deuxième semaine de la maladie, le pronostic est un peu plus favorable.

Altérations du sang. — La diphtérie détermine dans la constitution du sang des modifications importantes, dont certaines sont appréciables par l'examen clinique. Le nombre des *hématies* diminue en général d'une façon plus ou moins notable, mais sans qu'il paraisse possible d'établir une relation avec la gravité de la maladie (Quinquaud, Talamon). Les recherches de Quinquaud lui ont montré du reste que, dès l'invasion, il se produit une diminution progressive de l'hémoglobine, diminution qui persiste aussi longtemps qu'il y a des fausses membranes, et en outre que le pouvoir absorbant de l'hémoglobine pour l'oxygène diminue d'autant plus que la maladie s'aggrave. Ce fait peut rendre compte de la rapidité avec laquelle survient une anémie profonde allant souvent jusqu'à la cachexie.

Par contre, les *leucocytes* augmentent de nombre, ainsi que l'avaient déjà constaté Bouchut, Quinquaud, Talamon, Binault, Gabritschewsky. D'après Gilbert³, la leucocytose dans la diphtérie est fréquente, sans être constante; elle est légère, puisque le chiffre le plus élevé a été de 17 000 (au lieu de la moyenne normale 6 000); elle n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie et peut manquer dans des cas mortels; elle n'aurait donc pas la valeur diagnostique et pronostique qu'on a voulu lui attribuer. D'après Lovett Morse et d'après Ewing, cette hyperleucocytose commence très probablement dès le début de la maladie; elle progresse à mesure que l'affection évolue, atteint son maximum au moment où la diphtérie arrive à son apogée,

⁽¹⁾ R. LABBÉ. Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance. *Th. de Paris*, 1905.
⁽²⁾ *Arch. für Kinderheilk.*, 1895.
⁽³⁾ *Traité de médecine* (CHARCOT et BOUCHARD), II, 485.

diminue pendant la convalescence, et disparaît avec la chute des fausses membranes ou peu de temps après.

Schlesinger¹, qui a étudié cette question sur 24 malades âgés de 18 mois à 12 ans, a trouvé que 5 fois le rapport des leucocytes aux hématies était à peu près normal (1 pour 400 ou 450); mais, dans les 21 autres cas, le rapport variait de 1 pour 275 à 1 pour 71. Cette hyperleucocytose ne paraissait pas influencée par l'âge de l'enfant et ne présentait pas non plus de relation constante avec la gravité de l'affection; en général, cependant, elle était d'autant plus accusée que le cas était plus grave; elle persistait dans les cas défavorables et diminuait dans ceux qui devaient se terminer par la guérison. Dans ces derniers, la disparition définitive eut lieu rarement dès le 4^e jour, souvent le 5^e ou le 6^e, très souvent le 7^e. Dans deux cas, elle persista jusqu'au 10^e et 11^e jour. Généralement la leucocytose atteint son minimum au moment où la gorge est débarrassée des fausses membranes.

Les recherches de Besredka² confirment dans l'ensemble les conclusions de Schlesinger; mais, de plus, cet observateur s'est attaché à étudier la proportion relative des polynucléaires et des mononucléaires et il a constaté d'une façon générale une augmentation considérable des polynucléaires comparativement à l'état normal. C'est seulement dans la période de convalescence confirmée que la proportion redevient normale. L'étude de ces variations peut même d'après lui fournir des indications pour le pronostic.

Hémorragies. — On peut observer, dans le cours de la diphtérie, des hémorragies plus ou moins abondantes, et toujours dans ces cas il s'agit de formes graves; elles se montrent surtout dans les 5 ou 6 premiers jours, plus rarement du 7^e au 15^e jour. Elles peuvent être provoquées par une cause mécanique, comme cela a lieu pour la bouche ou la gorge, à l'occasion d'un examen ou de l'application de topiques et de lavages; mais elles sont cependant toujours alors en disproportion avec la cause locale et sont certainement favorisées par une influence générale; du reste, elles peuvent survenir spontanément. L'*épistaxis* figure au premier rang parmi ces hémorragies, mais on peut encore observer des hémorragies spontanées des gencives et des lèvres, des hématoméses, du purpura, des ecchymoses sous-cutanées ou même des hémorragies des centres nerveux (Mendel), suivies d'hémiplégie. C'est encore à une altération générale qu'il faut rapporter les hémorragies qui se produisent quelquefois par la plaie de la trachée dans les jours qui suivent la trachéotomie. Ces hémorragies sont ordinairement d'une abondance modérée, mais elles prennent quelquefois cependant des proportions inquiétantes; elles peuvent d'ailleurs se répéter à plusieurs heures ou plusieurs jours d'intervalle, ou bien on voit le sang sourdre d'une façon lente mais continue. Le pronostic est donc grave, mais il l'est surtout parce que l'existence de ces hémorragies révèle une altération profonde de l'organisme, une véritable intoxication. Ce fait, sur lequel insiste Trousseau, était bien connu de certains observateurs du XVIII^e siècle qui lui attribuaient une signification très grave.

(¹) Arch. für Kinderheilkunde, 1896, Bd XIX.

(²) BESREDKA. De la leucocytose dans la diphtérie. Annales de l'Institut Pasteur, 1898, p. 505.

Troubles cardiaques. — L'existence de troubles cardiaques dans les formes toxiques de la diphtérie est indéniable, mais les auteurs ne sont pas d'accord sur l'interprétation qu'il convient d'en donner. On les avait d'abord attribués à une thrombose cardiaque, mais on admet généralement aujourd'hui que cette thrombose n'est elle-même qu'un phénomène secondaire. Bouchut et surtout Labadie-Lagrave avaient cru pouvoir admettre une endocardite, qui serait fréquente dans la diphtérie; des recherches ultérieures ont montré qu'il y avait là une erreur d'interprétation et que l'endocardite ne doit figurer dans l'histoire de la diphtérie qu'à titre de complication assez rare. Au contraire, les lésions du muscle cardiaque (myocardite ou lésions dégénératives) ont été démontrées par plusieurs observateurs¹, et ont paru fournir une interprétation satisfaisante des symptômes révélés par la clinique. Cependant d'autres auteurs ont cru pouvoir rattacher ces symptômes à une paralysie du nerf pneumogastrique, modalité spéciale de la paralysie diphtérique.

Nous croyons que la question est complexe et que, dans la pathogénie des accidents cardiaques, il faut tenir compte à la fois de la paralysie du nerf pneumogastrique (qui sera étudiée plus loin), et des lésions du myocarde; ces deux causes interviennent d'ailleurs souvent ensemble chez un même malade, et il est difficile de faire la part de chacune d'elles. Nous devons cependant tenter cette dissociation clinique.

Les troubles cardiaques se manifestent généralement au début de la convalescence de la diphtérie, mais ne donnent lieu d'abord qu'à des symptômes très peu accentués; certains auteurs ont bien signalé quelques palpitations, un état d'éréthisme cardiaque passager, une douleur précordiale, un peu de dyspnée par instants; mais ordinairement, et surtout chez les enfants, on n'est guère averti de l'altération du muscle cardiaque que par l'examen du pouls, qui devient mollassé et dépressible. Les pulsations du cœur, plus ou moins ralenties, sont mal frappées, onduleuses, assez souvent inégales, une contraction énergique venant parfois donner une secousse brusque. A l'auscultation, le premier bruit, quelquefois vibrant, est le plus ordinairement sourd, surtout à la pointe, le second souvent redoublé vers la partie moyenne ou à la base. Les malades sont pâles, exténués, dans un état d'oppression qui s'exagère au moindre effort, et quelquefois sont pris d'une syncope qui les emporte brusquement. D'autres fois, cet état se continue sans aggravation notable, mais avec persistance du collapsus, ou bien les phénomènes cardiaques prennent une intensité croissante. Le pouls devient de plus en plus dépressible, et souvent même ne donne plus qu'une sorte d'ondulation irrégulière et inégale, entrecoupée d'intermittences; il peut même cesser d'être perceptible.

La main portée sur la région cardiaque ne perçoit plus qu'une faible ondulation de la paroi ou bien, de loin en loin, quelques chocs irréguliers; la pointe, lorsqu'elle peut être perçue, est abaissée et portée en dehors, et

(¹) HUGUENIN. Myocardite infectieuse diphtérique. Th. de Paris, 1890. — PAPROFF. Vratch., 1895. — MOLLARD et REGAUD. Soc. de biologie, décembre 1895. — DEGUÉ et B. WEILL. Sur la thrombose cardiaque avec embolies dans la diphtérie. Archives de méd. expér., juillet 1902.

la percussion, par l'augmentation de la matité cardiaque, révèle aussi l'existence d'une dilatation aiguë des cavités du cœur. A l'auscultation, les bruits sont de plus en plus assourdis, souvent dédoublés, de façon à donner l'impression de quatre bruits; on peut observer d'ailleurs toutes les formes d'arythmie, avec intermittences, contractions désordonnées, faux pas du cœur, ralentissement ou plus rarement accélération irrégulière des battements; quelquefois enfin on trouve à la pointe un souffle systolique doux et diffus. Le malade est alors dans un état de dépression absolue, inerte, couvert d'une sueur visqueuse; les extrémités sont froides et cyanosées; la respiration est gênée, mais faible, avec des crises de dyspnée paroxysmique. La mort peut survenir ainsi par les progrès de l'adynamie et du collapsus; le plus ordinairement cependant elle a lieu dans une syncope.

Friedmann a cherché à introduire plus de précision dans l'étude du pouls, en mesurant la tension artérielle avec l'appareil de Basch¹. Ses recherches, faites dans le service de Heubner sur des enfants atteints d'angine ou de croup opéré ou non, lui ont donné des résultats intéressants au point de vue du pronostic. Tant que la pression sanguine ne tombe pas au-dessous de 90 millimètres de mercure chez les grands enfants et au-dessous de 75 millimètres chez les petits, le pronostic reste bon. Quand elle est à 75, la situation est sérieuse, et, quand elle tombe à 65 ou 60, le pronostic est presque toujours fatal. Dans le cas où la pression sanguine restait pendant plusieurs jours à 70, la diphtérie marchait mal, bien que les phénomènes locaux eussent disparu, et que les malades fussent déjà en convalescence; on trouvait de l'abattement, de l'inappétence, des paralysies, etc.

La durée des accidents cardiaques est variable; quelquefois, une syncope vient en arrêter le cours, au moment où ils sont à peine soupçonnés; le plus ordinairement, cependant, ils se prolongent pendant quelques jours, et n'aboutissent à la terminaison fatale qu'après plusieurs alertes successives. La guérison n'est cependant pas impossible; assurément, lorsque les malades ont présenté dans leur ensemble les phénomènes que nous venons de décrire, il est difficile d'admettre qu'ils puissent échapper à la mort; mais il existe des cas plus légers, dans lesquels le cœur est touché d'une façon moins profonde ou moins générale, et qui peuvent, surtout avec un traitement convenable, se terminer par la guérison; celle-ci ne survient d'ailleurs que très lentement, et pendant longtemps encore la faiblesse du cœur se révèle par les caractères du pouls et par un certain degré de dyspnée sous l'influence des moindres efforts.

Bien que l'endocardite soit plus rare que ne tendaient à le faire penser les travaux de Bouchut, Labadie-Lagrave, etc., elle a cependant été observée quelquefois. D'après Deguy et B. Weill, elle serait spécialement marquée vers la pointe du cœur et déterminerait en ce point la production de thromboses, qui pourraient être l'occasion d'embolies dans le poumon, le cerveau, la rate, etc. La péricardite est plus rare encore et ne constitue guère qu'une trouvaille d'autopsie.

⁽¹⁾ *Jarhb. für Kinderheilk.*, 1895.

Paralysies. — La connaissance de la paralysie diphtérique est de date récente. Bien que déjà Cœlius Aurelianus, puis, au xviii^e siècle, Malouin, Chomel l'ancien, Ghisi, Marteau de Grandvilliers, S. Bard, etc., eussent noté quelques symptômes qui se rapportent évidemment à cette manifestation de la diphtérie, bien qu'elle eût été observée avec plus de précision par Orillard (de Poitiers) dans les épidémies de 1854, 1855 et 1856, elle était presque ignorée lorsque parurent les recherches de Maingault (1854-1860). Bretonneau n'en avait pas remarqué de cas avant 1845 et encore ne le publia-t-il qu'en 1855. Trousseau avoue d'ailleurs, dans ses cliniques, que pendant longtemps il avait passé à côté de ces faits, non pas sans les voir, mais sans reconnaître leur signification.

Depuis lors, la paralysie diphtérique a fourni matière à des travaux très nombreux; on a discuté en particulier sur la question de savoir s'il existe une paralysie diphtérique ou, en d'autres termes, si la paralysie observée dans le cours ou à la suite de la diphtérie est bien en rapport avec cette maladie ou s'il ne s'agit pas simplement d'une coïncidence. La question est aujourd'hui nettement résolue par les travaux de Roux et Yersin qui ont réussi à produire chez les animaux, par des injections de toxines diphtériques, des paralysies comparables à celles qu'on observe chez l'homme; non seulement la paralysie est en rapport avec la diphtérie, mais c'est un *résultat direct de l'intoxication diphtérique* et non pas le fait d'une infection secondaire. A ce titre, elle doit être considérée comme un des symptômes propres de la diphtérie et non pas comme une complication, ainsi que l'ont admis certains auteurs. Mais, si la paralysie est un symptôme de l'intoxication diphtérique, elle est loin de constituer un symptôme constant; elle est même relativement rare dans les formes toxiques, et il y a à cela une raison toute naturelle: c'est que généralement la mort est survenue avant que la paralysie ait eu le temps d'apparaître; d'autre part, dans les formes bénignes, les malades ont souvent quitté l'hôpital avant le moment où se produit ordinairement la paralysie, et peuvent de la sorte échapper à l'observation.

Pour toutes ces raisons, il est assez difficile d'évaluer la *fréquence relative* de la paralysie diphtérique et les statistiques n'ont à cet égard qu'une valeur approximative; elles varient d'ailleurs singulièrement suivant les auteurs. En prenant seulement les trois plus importantes par le nombre des faits enregistrés, nous voyons que Roger a noté 56 cas de paralysies sur 210 malades, Sanné 155 sur 1582 et Cadet de Gassicourt 128 sur 957: ce qui donne les proportions de 16,6 pour 100, — 11 pour 100, — et 15,6 pour 100. Ces chiffres sont certainement inférieurs à la réalité, pour les raisons données plus haut: cette conclusion résulte d'ailleurs d'une étude plus complète de la statistique de Cadet de Gassicourt. Cet observateur a divisé tous les cas de diphtérie en deux classes: la première formée des diphtéries bénignes ou graves et des croups guéris (425 cas), et la seconde uniquement des croups morts après opération et n'ayant en général fait à l'hôpital qu'un court séjour (497 cas). Or, tandis que les malades de cette dernière classe n'ont présenté que 27 fois des symptômes