

qu'il est survenu dans une famille de six, tous pris sauf le père, tous, à l'exception du sujet observé, traités à point, y compris un bébé de moins de onze mois, croupé, et qu'il fut le seul à succomber.

*5e groupe.* Injectés le 5e jour, ou plus tard, 15 cas; tous laryngés, moins 1 (obs. XXIV, septicémie, recouvrée); mortalité, 1; pourcentage, 6.7 o/o. De ces 14 cas de croup, 4 guérirent par le sérum; les 10 autres furent opérés, donnant un insuccès (obs. XV); la mort dans ce dernier cas étant amenée par extension des membranes aux bronches.

Maintenant, comment se fait-il que ce 5e groupe donne un pourcentage aussi inattendu, un pourcentage qui se range de droit après le groupe 1er, et cela quand tous les cas, sans exception, étaient des cas dangereux? Nous ne chercherons pas à expliquer cette inconséquence de la statistique.

Passons plutôt à autre chose, par exemple, nous avons eu, non seulement des enfants malades, mais des enfants exposés. Un relevé soigneux en a été fait. Leur nombre s'élève à 94. De ces 94, 75 furent immunisés, 4 contractèrent la maladie soit 5.2 p. c., 19 ne le furent pas, ils fournirent 8 malades, soit 42.1 p. c.; une différence appréciable!

Bien qu'il ne soit fait mention de culture et d'examen bactériologique qu'une couple de fois au cours de ces notes, cette méthode de diagnostic n'a pas été négligée, du moins aussi longtemps qu'il s'est agi de cas isolés. Une fois en pleine épidémie, je l'avoue, il n'en fut plus question; les cas se touchaient, plusieurs éclataient sous le même toit, les preuves cliniques nous semblaient suffisantes, et pressé de toutes parts par tant d'autres devoirs, le temps nous manquait. Du reste, n'est-ce pas le docteur Reynolds, de Baltimore, qui a recommandé de ne pas se fier trop implicitement au diagnostic bactériologique, l'infection diphtérique ayant existé là où l'on n'avait découvert que des staphylocoques et des streptocoques (*Pediatric Society; Antitoxin 1st Report*, page 231? Ce qui ne veut pas dire qu'on doive négliger, encore moins mépriser, ce moyen de diagnostic, mais qu'il n'en faut point faire une condition *sine qua non*. Je le répète, pour se guider, il sera bon dans la majeure partie des cas de laisser les signes cliniques primer les données de la bactériologie. Nous voyons par une communication récente de M. Grancher, que ce savant professeur donne exactement la même note.

De même en est-il des analyses urinaires. Il n'y a pas un cas un peu sérieux où ce contrôle n'ait été exercé. L'examen a même été fait dans un bon nombre de cas légers. On s'est toutefois borné à ne rapporter que les cas où cet examen avait quelque valeur clinique.

On peut en dire autant du pouls, de la température et de la respiration.

Nous ne mentionnons aussi que pour la forme les différents exanthèmes dont les malades ont souffert. Il en est peu qui ait échappé à un genre d'éruption ou à un autre, ortiée, rubéiforme, polymorphe; mais même les cas les plus sévères—et il y en a eu qui l'ont été d'une manière presque insupportable—ne nous ont pas paru avoir d'autre effet ni d'autre importance que le dérangement, voire même la souffrance, occasionnée alors et limitée au temps que cela durait. Nous n'en avons donc mentionné que quelques-uns, et cela dans le but