

analogue : c'est le *pouls paradoxal*. Il n'est pas très rare, en effet, chez des enfants présentant un tirage intense, de constater un affaissement plus ou moins marqué de la pulsation radiale à chaque inspiration et, dans quelques cas même, une suppression complète, donnant au doigt l'impression d'intermittences régulières : ce fait résulte de ce que, au moment de l'inspiration, le sang des artères périphériques est retenu et pour ainsi dire aspiré dans l'aorte qui, par suite du vide intra-thoracique, se trouve soumise à une dilatation périphérique temporaire. Le véritable pouls paradoxal, avec suppression régulière d'une pulsation à chaque inspiration, est exceptionnel, et comporte alors un pronostic très grave ; mais il n'est pas très rare de l'observer à l'état d'ébauche.

Symptômes généraux du croup. — Ils ne sont autres que ceux de la diphtérie et varient naturellement suivant que la localisation laryngée relève d'une diphtérie pure ou associée, suivant que cette diphtérie est plus ou moins toxique. Disons cependant que, d'une façon générale, c'est à la diphtérie pure, peu toxique, que se rattachent le plus grand nombre des cas de croup. Les autres formes, en effet, tuent souvent avant que le larynx se trouve envahi ; elles peuvent cependant affecter cet organe et donnent lieu alors à un croup particulièrement grave, dans lequel les symptômes généraux passent au premier plan. Tel est le cas, en particulier, pour la plupart des croups secondaires et spécialement pour celui qui survient dans le cours ou à la suite de la rougeole. C'est dire que, dans ces cas, les symptômes caractéristiques de l'intoxication diphtérique et de l'infection ne font guère défaut. Nous n'y insistons pas, renvoyant pour cela à l'étude des formes cliniques. Nous dirons seulement quelques mots des modifications présentées par la température, le pouls et la respiration.

La *température*, dans le croup, est ce qu'elle est d'une façon générale dans la diphtérie ; cependant, en dehors même de l'ascension de température qui marque souvent l'invasion du larynx et que nous avons signalée plus haut, il faut mentionner celle qui peut survenir à la suite des accès de suffocation ou par le fait de la dyspnée continue ; ce qui montre bien qu'elle est en rapport avec la gêne de la respiration, c'est qu'elle s'abaisse si cette gêne vient à disparaître après l'expulsion des fausses membranes ou à la suite d'une intervention. La température, dans ces cas, peut atteindre 39 degrés, 39°,5 et même 40 degrés.

Le *pouls* est généralement fréquent, mais difficile à compter chez les enfants atteints de croup, qui sont dans une agitation perpétuelle ; il en est de même de la *respiration*, qui, du reste, est plutôt difficile qu'accélérée dans le croup dégagé de toute complication. Mais, lorsque survient une complication pulmonaire, on constate toujours une élévation plus ou moins marquée de la température et du pouls, et une augmentation notable du nombre des respirations. C'est un signe qu'il ne faut jamais négliger.

Marche, durée, terminaisons. — La marche du croup n'offre rien de fixe et est sujette à varier, suivant une foule de conditions très diverses.

Dans sa forme la plus commune, le croup relève de la *diphtérie pure non toxique*, soit qu'il ait succédé à une angine locale et bénigne, soit qu'il soit

survenu d'emblée. La marche est alors généralement progressive et, à moins d'une intervention active en temps opportun, aboutit trop souvent à l'asphyxie et à la mort. Pourtant la maladie peut s'arrêter à la première période (croup *abortif*, croup *fruste*) ; tout se borne à quelques modifications de la voix et de la toux, les accès de suffocation ne se produisent pas et la maladie, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement convenable, se termine en quelques jours par la guérison. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare, chez les enfants atteints d'angine, d'observer certains symptômes qui font craindre le développement du croup, et de les voir ensuite rétrograder. Ces faits, assez rares autrefois, sont devenus beaucoup plus fréquents depuis l'emploi du sérum ; lorsque cette médication a été appliquée à temps, le croup est souvent arrêté dans son évolution. Lorsqu'on peut alors pratiquer l'examen laryngoscopique, on constate le plus souvent que les lésions ne dépassent guère le vestibule du larynx et n'atteignent pas les cordes vocales ; ces lésions *sus-glottiques* peuvent même, surtout chez l'adulte, ne donner lieu à aucun symptôme et constituer une forme de diphtérie laryngée qu'on pourrait désigner sous le nom de *forme latente* (Ruault).

À la seconde période, la guérison peut encore survenir, en particulier à la suite d'une médication active ; mais, d'autre part, la mort peut se produire dans un accès de suffocation, ou bien la maladie suit son cours et marche progressivement vers la dyspnée continue et l'asphyxie. Dans ces formes de diphtérie non toxique, les paroxysmes sont généralement très caractérisés et se manifestent par des accès de suffocation très intenses ; il peut aussi y avoir des rémissions, soit à la suite de l'expulsion de fausses membranes, soit sans cause appréciable ; parfois même on a noté des temps d'arrêt se prolongeant pendant plusieurs jours, après lesquels la maladie reprenait sa marche progressive.

À la troisième période, le croup abandonné à lui-même se termine presque constamment par la mort, qui a lieu par une asphyxie lente et progressive, ou survient brusquement dans une syncope ou une convulsion. Cependant, même lorsque l'asphyxie est déjà très avancée, l'intervention par le tubage ou la trachéotomie offre encore des chances de guérison.

En effet, dans cette forme (diphtérie pure non toxique), *le danger est au larynx* et la gravité réside surtout dans l'occlusion de la glotte.

Au contraire, dans les *formes toxiques*, l'obstacle au passage de l'air n'est plus seul en cause, et il faut tenir compte aussi, pour une forte part, de l'intoxication de l'organisme. La marche est alors plus rapide, l'évolution plus continue ; les paroxysmes sont moins fréquents et moins intenses, les rémissions sont exceptionnelles et la mort survient presque fatalement ; mais elle est alors le résultat de l'intoxication profonde de l'organisme beaucoup plus que la conséquence de l'obstacle matériel au passage de l'air.

Dans les *formes infectieuses*, il en est de même : ce qui domine la situation et ce qui en fait la gravité, c'est l'état général du malade. La dyspnée peut être modérée, les accès de suffocation sont rares et peu intenses, mais par contre la prostration est extrême, les troubles cardiaques sont bien marqués, ainsi que l'albuminurie ; l'alimentation est impossible,

et, surtout, les complications sont fréquentes; la broncho-pneumonie entre pour une large part dans la strepto-diphthérie laryngée.

La *durée* du croup, dans ces diverses formes, est très variable, et l'évaluation précise en est d'autant plus difficile que l'évolution de la maladie peut être interrompue par un accident brusque ou par une intervention (tubage ou trachéotomie).

Si nous prenons d'abord le croup lié à la diphthérie pure non toxique, nous voyons que les cas terminés par la mort ou ayant nécessité la trachéotomie fournissent une durée moyenne de 5 ou 6 jours (de quelques heures à 2 ou 5 jours pour la première période; 1 ou 2 jours, rarement 5, pour la seconde; quelques heures ou au plus 1 jour pour la troisième); cette durée peut cependant être plus prolongée, atteindre 10 ou 12 jours, et même on a vu la trachéotomie devenir nécessaire seulement au bout de 18, 25 et 45 jours (Cadet de Gassicourt). Ce sont des chiffres tout à fait exceptionnels, peut-être contestables (l'examen bactériologique faisant défaut). Lorsque le croup guérit sans opération, il faut ajouter aux chiffres précédents au moins 5 ou 6 jours pour arriver à la guérison complète. Le croup toxique et le croup infectieux ont une durée beaucoup plus courte et qui peut même être inférieure à 24 heures: ce sont des cas véritablement foudroyants.

Le *croup chez l'adulte* présente une marche un peu différente et ne donne souvent lieu qu'à des symptômes locaux très atténués; les accès de suffocation sont plus rares que chez l'enfant, mais le spasme étant exagéré par la notion qu'a le malade du danger qui le menace, ils sont souvent très intenses et peuvent amener la mort presque soudainement; en dehors de ces cas, la respiration n'est que peu gênée et la dyspnée est due beaucoup moins à l'obstruction du larynx qu'à l'extension de la maladie aux bronches profondes; le tirage est aussi beaucoup moins accusé. Le pronostic n'en est pas, pour cela, plus favorable, car les phénomènes d'intoxication sont souvent très caractérisés et le malade succombe souvent non pas au croup lui-même, mais à la diphthérie.

Chez les *grands enfants* (8 à 12 ans) et les *adolescents*, les phénomènes locaux sont aussi moins immédiatement inquiétants que chez les jeunes enfants, et l'intervention peut souvent être retardée ou même évitée.

Diphthérie de la trachée et des bronches. — La diphthérie de la trachée et des bronches succède généralement au croup, dont elle n'est en quelque sorte que l'extension: elle descend alors plus ou moins profondément; bornée quelquefois à la trachée, elle peut envahir les divisions bronchiques jusqu'au voisinage de leur terminaison, soit en suivant une seule bronche, soit en s'étendant à tout l'arbre respiratoire. Goodall a cependant cité¹ plusieurs cas dans lesquels la diphthérie semblait être limitée à la trachée, les malades ayant rendu des lambeaux pseudo-membraneux provenant de la trachée sans qu'il y eût aucun signe de croup.

On sait d'ailleurs, ainsi que l'avait déjà signalé Trousseau, que la diphthérie de la trachée et des bronches peut constituer la manifestation primitive

⁽¹⁾ Soc. clin. de Londres, mars 1895.

de la maladie, qui alors envahit consécutivement le larynx et produit ce que l'on désigne sous le nom de *croup ascendant*. C'est surtout dans les cas de diphthérie secondaire, à la suite de la rougeole en particulier, que l'on observe cette forme. De toute façon du reste, la diphthérie des bronches coïncide le plus ordinairement avec le croup, et souvent aussi avec la broncho-pneumonie. Aussi, au milieu de ces divers états morbides, est-il souvent très difficile de déterminer la part qui revient, dans l'expression symptomatique, à la localisation trachéo-bronchique. La chose doit cependant toujours être tentée et présente une importance capitale.

En présence d'un cas de croup, pour l'indication de l'intervention opératoire, il serait en effet fort utile de savoir si les fausses membranes sont limitées au larynx, ou si elles se continuent plus ou moins loin dans les conduits aériens. Le seul signe positif est constitué par l'expectoration de fausses membranes tubulées et ramifiées. En dehors de cela, on n'a pour se guider qu'un certain nombre de symptômes assez peu précis, mais qui cependant, par leur réunion, permettent souvent d'établir le diagnostic. C'est d'abord une dyspnée plus ou moins intense, ou plutôt, comme l'a dit Millard, une *polypnée*, caractérisée par la fréquence des respirations, qui monte au chiffre de 50 ou 60 par minute; la dyspnée est continue, sans accès spasmodiques, sans tirage bien marqué, mais conduit progressivement à l'asphyxie; la face est pâle, les extrémités sont cyanosées ainsi que les lèvres, les yeux ternes; l'abattement est très marqué. Les signes fournis par l'auscultation sont variables et incertains: on a signalé l'existence de gros craquements qui s'entendraient au début au niveau de la racine des bronches, d'un *bruit de frôlement* et plus tard d'un bruit de tremblement ou *bruit de drapeau* qui coïnciderait avec le détachement des fausses membranes; mais presque tous les auteurs qui parlent de ces bruits s'accordent à dire qu'ils ne les ont jamais entendus.

En fait, le seul signe stéthoscopique auquel on puisse attacher quelque importance consiste dans l'inégalité de l'expansion vésiculaire: le murmure respiratoire est toujours plus ou moins affaibli par le fait même du croup; mais, si l'on constate que *dans un des points* de la poitrine, soit de tout un côté, soit vers le sommet, *l'affaiblissement est plus marqué*, on peut en conclure que, dans la région correspondante, les bronches sont tapissées de fausses membranes. C'est encore le même signe qui, après la trachéotomie ou le tubage, éclaire, avec plus de certitude encore, sur l'état des bronches. En effet, lorsque l'intervention opératoire a donné à l'air libre accès dans les voies respiratoires, l'abolition ou même la diminution du murmure vésiculaire dans un point limité dans la poitrine révèle presque sûrement l'obstruction des bronches par des fausses membranes.

La diphthérie des bronches est toujours grave non seulement parce qu'elle indique une diphthérie à tendance extensive, mais aussi parce qu'elle constitue par elle-même une cause d'aggravation de la dyspnée existant déjà par le fait du croup. Cependant la guérison peut survenir à la suite de l'expulsion de fausses membranes. Cette expulsion peut se faire à travers le larynx malade, d'autres fois elle succède au tubage ou à la trachéotomie;

elle peut d'ailleurs se répéter pendant plusieurs jours de suite. Enfin, et surtout dans les cas de diphtérie secondaire, la diphtérie des bronches peut s'accompagner de symptômes généraux graves; presque toujours alors elle se termine par la mort.

Diphtérie nasale. — La diphtérie des fosses nasales est fréquente et présente dans l'évolution générale de la maladie une importance capitale¹. Ce fait n'avait pas échappé à la sagacité de Bretonneau, et, dans une lettre adressée à Blache et à Guersant², il insiste sur cette localisation mal connue jusqu'alors, et qui depuis a peut-être été un peu trop négligée. Sans aller jusqu'à dire, avec le médecin de Tours, que les fosses nasales sont le nid d'où sort la diphtérie qui se propagerait des parties élevées vers les parties déclives, on peut affirmer que, dans un bon nombre de cas, la localisation nasale accompagne ou même précède les autres déterminations de la diphtérie. Elle est même beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement; car, dans l'une de ses formes, elle ne donne lieu qu'à des symptômes insignifiants et peut passer tout à fait inaperçue. Les maladies qui, comme la rougeole ou, chez les tout jeunes enfants, la syphilis héréditaire, s'accompagnent de lésions de la muqueuse nasale, créent une prédisposition spéciale.

Cliniquement, on doit en distinguer deux formes qui se rapportent l'une à la diphtérie pure, l'autre à la strepto-diphtérie. Dans la *diphtérie pure*, les fausses membranes, souvent limitées à la moitié postérieure des fosses nasales, quelquefois même d'un seul côté, ne déterminent guère qu'une obstruction incomplète qui se traduit uniquement par un léger enchièvrement, avec un peu de gêne de la respiration. Il n'y a pas d'écoulement spécial; tout au plus dans certains cas voit-on sortir par les narines un peu de sérosité louche ou de muco-pus, comme pourrait en fournir le coryza le plus simple. Cependant, si l'on interroge avec soin les parents d'un enfant atteint d'angine, on finit souvent par apprendre que, depuis un temps plus ou moins long, il avait le nez bouché ou qu'il respirait la bouche ouverte.

Ajoutons, en anticipant sur ce que nous dirons plus tard à propos du traitement, que l'on peut voir, à la suite des injections de sérum anti-diphtérique, les malades rendre par les narines des moules membraneux reproduisant la forme d'une fosse nasale, et démontrer ainsi la réalité d'une lésion qu'aucun symptôme n'avait révélée jusqu'alors. Cette localisation de la diphtérie n'a pas, en général, de gravité par elle-même. Elle peut cependant, dans quelques cas rares et alors même qu'elle est isolée, donner lieu à des phénomènes d'intoxication; elle peut, en outre, se propager au larynx, même sans qu'il y ait d'angine ou du moins sans que l'on aperçoive de fausses membranes sur les parties accessibles à la vue (peut-être en existe-t-il alors sur les gouttières pharyngées, en arrière des amygdales). Enfin les anfractuosités des fosses nasales constituent en quelque sorte un asile, un lieu de refuge pour les bacilles qui, disparus de partout ailleurs, persistent longtemps dans ce point, en conservant toute leur virulence. C'est ainsi que

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd., 1855.

⁽²⁾ GLATARD. La diphtérie nasale. Thèse de Paris, 1902.

dans un cas, Treittel et Loppel¹ ont trouvé dans le mucus nasal un bacille très virulent 55 jours après le début de la maladie et bien que celle-ci parût complètement terminée. Ce fait explique les récurrences qui peuvent survenir chez le malade, ainsi que cela eut lieu dans le cas relaté plus haut de Le Gendre et Pochon, et d'autre part la propagation de la maladie à d'autres enfants: tel fut le cas pour le petit malade observé par Wolff² et qui, après 65 jours de séjour à l'hôpital, infecta son frère en rentrant dans sa famille.

A cette forme se rattachent également certains faits décrits jusqu'alors sous le nom de *rhinite fibrineuse*, et que l'on commence seulement depuis quelques années à considérer comme d'origine diphtérique; car l'examen bactériologique a démontré, dans ces cas, l'existence de bacilles virulents. Cette forme a une tendance marquée à la chronicité, créant ainsi une diphtérie prolongée, dont le caractère de contagiosité, pour être moins grand, n'est pas moins réel; c'est ainsi que Gerber et Podack³ citent le cas d'un malade qui, atteint depuis 76 jours d'une rhinite, donna à sa fille une angine diphtérique.

La *strepto-diphtérie* nasale présente des symptômes tout différents et comporte un pronostic beaucoup plus grave. Elle a aussi son foyer principal vers la partie postérieure des fosses nasales, mais s'étend souvent jusqu'à l'orifice antérieur où l'on peut voir, dans certains cas, des fausses membranes molles et grisâtres; quelquefois le malade en rend des fragments dans un éternuement ou en se mouchant. Mais, alors même qu'on ne constate pas directement l'existence de ces fausses membranes, on est averti de l'envahissement des fosses nasales par un *jetage* caractéristique, sorte d'écoulement très particulier; ce n'est d'abord, au début, qu'un léger suintement, constitué par une sérosité claire, que l'on fait sourdre en pressant la narine; mais bientôt l'écoulement devient plus abondant, tout en se faisant goutte à goutte, et oblige le malade à s'essuyer sans cesse; puis le liquide devient souvent un peu louche, sanieux, ou strié de sang; fréquemment, il y a des *épistaxis* qui sont rarement abondantes, mais se font plus souvent goutte à goutte, se répétant plusieurs fois dans la journée. Les sécrétions nasales se concrètent au pourtour des narines, dont les orifices se trouvent en partie obstrués; ainsi se forment des croûtes noirâtres, fendillées, entre lesquelles suinte constamment un liquide séreux, tantôt clair, tantôt roussâtre; la peau, mouillée ainsi d'une façon incessante, ne tarde pas à rougir et à s'excrier.

Des lésions analogues se voient au niveau des conduits lacrymaux, par suite de l'envahissement du canal nasal; les paupières se boursouflent et souvent la peau du nez et des régions voisines se tuméfie et présente des plaques rouges qui ressemblent à une poussée érysipélateuse. D'autre part, la diphtérie nasale peut gagner l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache; nous y reviendrons plus loin.

Les symptômes généraux, qui ne sont autres du reste que ceux de la strepto-diphtérie infectieuse, sont ordinairement très marqués. L'état infec-

⁽¹⁾ Arch. f. Heilk., 1895, Bd XIX.

⁽²⁾ Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1895.

⁽³⁾ Deuts. Arch. f. klin. Med., 1895.

tieux se révèle aussi par la tuméfaction des ganglions lymphatiques, qui est en général très accusée; mais il faut bien se rappeler que cette tuméfaction doit être cherchée sur les ganglions sous-maxillaires, auxquels se rendent les lymphatiques du nez. Le pronostic de la strepto-diphthérie nasale est très grave: c'est cette forme que visait certainement Trousseau, lorsqu'il disait que la diphthérie nasale est la plus alarmante de toutes les localisations de la diphthérie et que, 19 fois sur 20, elle se termine par la mort. Il semble que l'autre forme ait échappé à son observation.

La diphthérie nasale peut être primitive ou consécutive à l'angine; en tout cas, ces deux manifestations coïncident souvent ensemble. Elle peut aussi être suivie de la propagation au larynx.

Diphthérie conjonctivale. — La localisation de la diphthérie sur la conjonctive était considérée, jusqu'à ces derniers temps, comme une maladie extrêmement grave, non seulement en raison des troubles oculaires qu'elle peut déterminer consécutivement, mais surtout parce qu'on la voyait en général coïncider avec les symptômes de la diphthérie maligne. Sur 20 malades, Sanné en avait vu mourir 19 et les autres observateurs, ophthalmologistes aussi bien que médecins, n'étaient guère moins pessimistes.

Cependant, avant même que de Græfe eût signalé (1854) l'existence de la diphthérie conjonctivale, Bouisson (de Montpellier) avait, en 1846, décrit une forme de conjonctivite caractérisée par une rougeur intense des paupières et la production à leur face interne d'une fausse membrane blanchâtre. Ces deux formes étaient opposées l'une à l'autre, et, tandis que la première était rattachée à la diphthérie, on voyait encore les auteurs les plus récents et les plus autorisés attribuer la seconde à des causes banales, sans rapport avec la diphthérie. La bactériologie est venue montrer que tout au contraire, et comme le pensaient déjà quelques observateurs, ces deux formes appartiennent bien positivement à la diphthérie, et même il semble que l'on doive aussi rattacher à la même origine une troisième forme beaucoup plus bénigne et qui serait en rapport avec une infection atténuée. Sourdille¹, qui a surtout étudié cette question, désigne ces différentes modalités sous les noms de forme diphthérique ou interstitielle, forme croupale ou superficielle, et forme catarrhale (les expressions: diphthérique et croupale étant prises ici dans le sens où les entendent les Allemands).

Forme interstitielle. — Elle est souvent, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, consécutive à une diphthérie nasale, qui se propage par le canal nasal, mais elle peut aussi débiter par la conjonctive et pourtant, même dans ces cas, coïncide généralement avec d'autres localisations de la diphthérie.

Dès le début, dit Brun, elle se caractérise par un gonflement considérable des paupières, qui deviennent en même temps d'une dureté ligneuse et très difficiles, sinon tout à fait impossibles, à retourner. La conjonctive est alors tuméfiée et infiltrée d'un exsudat grisâtre, tacheté çà et là de mouchetures ecchymotiques. Aucune fausse membrane ne peut être détachée de

⁽¹⁾ SOURDILLE. Arch. d'ophtalmologie, 1895-1894; et Revue mens. des mal. de l'enf., février 1895. — BRUN. La Presse médicale, mars 1894.

la muqueuse, au niveau de laquelle les scarifications même profondes ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin.

A cette période d'infiltration, dont la durée moyenne est de six à huit jours, succède la phase d'élimination des escarres. Cette élimination qui, suivant l'étendue des lésions, pourra être générale ou partielle, s'accompagne d'une sécrétion séro-purulente abondante; elle laisse après elle des surfaces bourgeonnantes qui ne guérissent qu'au prix de brides cicatricielles devant constituer facilement, dans l'avenir, des symblépharons plus ou moins étendus. En dehors de cette évolution si spéciale, la conjonctivite diphthérique est en outre caractérisée par la fréquence et la gravité des lésions cornéennes, la perte de la cornée pouvant être considérée comme la règle dans la forme confluyente de la maladie: les lésions limitées et réparables de cette membrane ne s'observent, en effet, que dans les cas rares où l'infiltration diphthérique de la conjonctive s'est elle-même montrée localisée.

Ajoutons que l'affection s'accompagne ordinairement d'une douleur très vive, au moindre contact, quelquefois même d'une douleur spontanée et que le plus généralement aussi on observe en même temps d'autres localisations de la diphthérie (angine, coryza, etc.), avec un ensemble de phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits dans la strepto-diphthérie infectieuse. Cette forme est relativement fréquente dans la diphthérie secondaire, spécialement à la suite de la rougeole.

Forme superficielle. — Elle offre, au premier abord, l'aspect d'une conjonctivite catarrhale intense; les paupières sont rouges et tuméfiées, mais elles n'ont pas cette dureté ligneuse qui, dans la forme précédente, rendait difficile l'examen de leur face conjonctivale. Sur cette face, et c'est là le point essentiel, on trouve une fausse membrane blanchâtre, souvent localisée à la région tarsienne, mais recouvrant quelquefois, comme un moule, la membrane palpébrale et celle des culs-de-sac. Quelle que soit son étendue, cette fausse membrane se laisse plus ou moins facilement détacher de la conjonctive qu'elle recouvre, et la muqueuse, au-dessous d'elle, se présente rouge, saignante, mais non infiltrée; sa reconstitution s'effectue rapidement sans laisser de cicatrices. D'autre part, les lésions cornéennes sont exceptionnelles dans cette variété de conjonctivite, qui présente par conséquent un pronostic tout différent de la première.

Forme catarrhale ou atténuée. — Elle est moins intense que la forme précédente et s'en distingue aussi par l'absence de fausses membranes. Elle diffère d'ailleurs par quelques caractères assez tranchés de la conjonctivite catarrhale vulgaire: la sécrétion, au lieu d'être muqueuse ou muco-purulente, comme dans ce dernier cas, est peu abondante, glaireuse, filamenteuse; le gonflement est plus marqué, la conjonctive bulbaire moins vasculaire; enfin et surtout l'épithélium, loin d'être terne et desquamé, est gonflé, vitreux, brillant, miroitant. Il semble que ce soit une diphthérie superficielle qui a avorté en route, qui s'est arrêtée avant la production complète d'une fausse membrane véritable. Deux cas de ce genre, rapportés par Sourdille, avaient d'ailleurs été observés chez le frère et la mère d'un enfant ayant présenté un exemple très net de la seconde forme décrite plus haut.