pendant plusieurs années, et l'enfant arrive à l'âge adulte ; on a vu des individus cyanosés atteindre cinquante et même soixante ans. D'après une statistique de Smith portant sur 186 cas de cyanose, la mort survint 67 fois dans le courant de la première année, 54 fois entre un et dix ans, 41 fois de dix à vingt ans, 20 fois de vingt à quarante ans et 4 fois au delà de cet âge.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la cyanose se fonde sur la précocité habituelle de son apparition, sur la coloration bleuâtre de la peau, sur la déformation caractéristique des doigts et sur l'existence d'un bruit de souffle au cœur ; aucun de ces signes n'est pathognomonique, mais leur réunion empêchera de confondre la cyanose avec une affection organique du cœur d'origine accidentelle.

Le diagnostic de l'anomalie cardiaque est presque toujours aléatoire. Les caractères spéciaux assignés par divers auteurs, tels que Gerhardt et Sansom, à la persistance du trou de Botal, ou à la persistance du canal artériel, ne sont pas assez sûrs pour mériter d'être rapportés. Roger (1) a décrit un souffle systolique rude, présentant son maximum au tiers supérieur de la région précordiale (3e espace intercostal), accompagné souvent d'un frémissement cataire, et ne se propageant pas dans les vaisseaux du cou, qui serait caractéristique de la communication intraventriculaire ; les sujets qui le présentent ne seraient atteints ni de cyanose ni d'essoufflement. Quelques autopsies postérieures à la publication du mémoire de Roger paraissent démontrer la valeur de la constatation de ce souffle au point de vue du diagnostic. Nous avons indiqué plus haut à quels signes physiques probables on reconnaîtra l'anomalie la plus fréquente, le *rétrécissement pulmonaire*.

L'intensité de la cyanose permettra seulement d'affirmer une communication entre les deux cœurs ; si le bruit de souffle se propage nettement dans les carotides et que l'on puisse exclure un rétrécissement de l'aorte, on pourra admettre avec une grande probabilité que l'aorte communique avec les deux ventricules.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la cyanose est grave ; sa terminaison est le plus souvent rapidement fatale. Les cas où la vie se prolonge le moins longtemps sont ceux où la circulation est le plus entravée.

TRAITEMENT. — Le traitement de la cyanose ne peut être que palliatif. Le repos, les toniques et, dans le cas de dyspnée ou de palpitations, la digitale et les antispasmodiques rempliront les principales indications. Les inhalations d'oxygène pourront être utiles dans les attaques de dyspnée.

(1) Roger, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1879, p. 1074.

CINQUIÈME PARTIE

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

CHAPITRE PREMIER

CORYZA

Le coryza s'observe comme affection secondaire dans le cours de plusieurs maladies de l'enfance ; c'est ainsi qu'on le rencontre au début de la *rougeole*, de la *coqueluche* et de la *grippe* ; il est un des symptômes les plus constants de la *syphilis congénitale* (Voir p. 390) et une manifestation fréquente de la *diphtérie* (Voir p. 183). On a décrit chez les nouveau-nés une rhinite purulente d'origine *blennorragique*. Le coryza se présente aussi chez les enfants comme une affection idiopathique d'origine infectieuse et revêt tantôt une *forme aiguë*, tantôt une *forme chronique*.

CORYZA AIGU.

ÉTIOLOGIE. — Le coryza aigu s'observe à toutes les périodes de l'enfance ; il est le plus souvent occasionné par un refroidissement ; ainsi il est fréquent chez les petits enfants qui ne sont pas suffisamment couverts ou habillés ; il est quelquefois aussi déterminé par l'inspiration de vapeurs ou de poudres irritantes.

DESCRIPTION. — Le coryza est caractérisé au début par une sécheresse de la pituitaire, qui se manifeste par une sensation de chatouillement dans le nez et par des éternuements. Bientôt à la sécheresse succède une sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide d'abord clair et filant, puis verdâtre et épais, qui par son abondance peut obstruer les fosses nasales et entraver la respiration. Chez les enfants à la mamelle, cette obstruction peut devenir un obstacle sérieux à l'allaitement, en forçant le nourrisson à quitter le sein à chaque instant pour respirer par la bouche ; si le petit malade est déjà faible et digère mal, le coryza revêt alors une certaine gravité et peut même dans quelques cas entraîner la mort par inanition. Souvent aussi il entrave le sommeil chez les petits enfants qui ont l'habitude de ne respirer en dormant que par le nez (Kussmaul). Bouchut considère enfin comme une complication grave du coryza des nouveau-nés l'aspiration et le retrait de la langue qui se produisent sous l'influence des efforts de respiration par la bouche ; cet

accident pourrait entraver l'hématose et devenir ainsi une cause de mort.

En dehors du premier âge, le coryza aigu est toujours une affection légère; il est habituellement apyrétique, à moins qu'il ne s'accompagne de phénomènes inflammatoires du côté du larynx et des bronches. Sa durée dépasse rarement quelques jours.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du coryza aigu ne présente aucune difficulté, mais on devra toujours s'assurer si la maladie est idiopathique ou symptomatique.

Le *coryza syphilitique* se reconnaîtra en général aux symptômes concomitants de la maladie ; il atteint presque toujours les deux narines.

Le *coryza diphtérique* est caractérisé par la présence de fausses membranes dans les fosses nasales et dans la gorge ; le liquide qui s'écoule des narines est âcre et irritant et souvent accompagné de sang ; il détermine facilement autour de l'orifice nasal des excoriations qui se couvrent souvent de fausses membranes ; l'examen bactériologique y fait reconnaître la présence du bacille de Löffler.

Le *coryza blennorragique* se reconnaît à la précocité de son apparition après la naissance, à son jetage franchement purulent, à sa coïncidence fréquente avec d'autres accidents dus au gonocoque (ophtalmie) et à l'existence antérieure d'une vaginite chez la mère.

PRONOSTIC. — Le coryza aigu est, comme nous l'avons dit, une affection généralement des plus bénignes en dehors de la première enfance. Cependant il peut parfois, s'il se prolonge ou récidive souvent, devenir l'origine d'un coryza chronique ou favoriser le développement de polypes muqueux dans les fosses nasales. Quelquefois aussi il peut être la première manifestation d'une infection qui deviendra sérieuse par sa propagation, soit aux voies respiratoires (broncho-pneumonie), soit à l'oreille moyenne (otite, mastoïdite). Enfin, il peut être d'une certaine gravité chez les enfants atteints de tumeurs adénoïdes du rhino-pharynx dont il peut provoquer l'inflammation ; on observe alors un peu de fièvre avec tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; les accidents provoqués par les végétations adénoïdes (surdité, dyspnée, etc.) sont en recrudescence ; on observe parfois alors de légers accès de faux croup (Lermoyez).

TRAITEMENT. — Les moyens les plus simples, tels qu'un bain de pieds sinapisé et quelques précautions contre le froid, suffiront le plus souvent dans une affection aussi bénigne que le coryza. Quand le catarrhe diminue, on prescrira, pour hâter la guérison, des insufflations d'une poudre composée de parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'acide borique.

Quand le coryza entrave l'allaitement, on alimentera l'enfant à la cuiller aussi longtemps qu'il ne pourra pas teter ; dans quelques cas même on sera obligé de recourir à une petite sonde œsophagienne.

Bouchut recommande, dans les cas où l'obstruction des fosses nasales rend la respiration par le nez absolument impossible, l'introduction dans chaque narine d'un petit *tube d'argent* long de 5 centimètres ; cette pratique est dangereuse parce qu'elle peut déterminer des traumatismes. Lermoyez (1) conseille pour désobstruer les fosses nasales, la douche sèche donnée avec la poire de Politzer à laquelle on adapte un petit tube de caoutchouc. On fera avant les tetées quelques insufflations de chaque côté, qui débarrasseront la narine du côté opposé. Il faut s'abstenir des lavages ou des injections de liquides, qui risquent d'infecter l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, qui est courte et large chez les petits enfants.

Dans les cas de *coryza blennorragique*, on n'emploiera que des injections faites à très faible pression avec de l'eau boriquée, ou une solution de résorcine à 1 pour 100, qu'on fera suivre, quand la narine aura été lavée, d'insufflations pulvérulentes ; Lermoyez recommande l'acide borique pulvérisé à la dose de 10,0, mélangé de 1,0 d'iodoforme et 3,0 de benjoin, et dans les cas rebelles une poudre renfermant 0,25 de nitrate d'argent pour 25,0 de talc ; on entretiendra en même temps la propreté du visage par des lavages répétés, et on protégera les yeux contre tout contact infectant.

CORYZA CHRONIQUE.

Nous nous occuperons dans cet article du coryza scrofuleux et de l'ozène ; le *coryza caséeux*, affection rare à tout âge, l'est particulièrement dans l'enfance : nous ne le décrirons pas ici ; Boulay (2) en a cependant observé un cas chez une petite fille de sept ans, qui présentait en même temps de petites végétations adénoïdes.

ÉTIOLOGIE. — Le **coryza scrofuleux** est surtout commun chez les sujets lymphatiques et accompagne souvent les autres manifestations de la scrofule ; il est parfois précédé d'un coryza aigu, mais est le plus souvent chronique d'emblée. On l'observe quelquefois à la suite de la rougeole, de la scarlatine ou de la diphtérie. Il complique fréquemment l'impétigo de la face. Il peut être provoqué par la présence des végétations adénoïdes dans la partie supérieure du pharynx, ou peut être symptomatique d'une carie des os du nez ; il est alors du ressort de la chirurgie.

L'**ozène** est souvent une affection héréditaire ; il survient habituellement sans cause connue ; la rougeole est, parmi les maladies de

(1) Lermoyez, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, III, p. 763.
(2) Boulay, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 199.

l'enfance, celle qui est notée le plus souvent dans les antécédents des ozéneux.

DESCRIPTION. — **Coryza scrofuleux.** — La maladie n'affecte qu'une des fosses nasales ou bien s'étend aux deux en même temps; elle est caractérisée par l'épaississement et le gonflement de la pituitaire. Cette membrane est le siège d'un écoulement plus ou moins abondant constitué par un mucus épais et verdâtre, ou bien elle est sèche et recouverte de croûtes qui obstruent partiellement l'ouverture des narines; sous ces croûtes, on trouve la muqueuse rouge, violacée, vascularisée ou tomenteuse, et parfois excoriée superficiellement au niveau des orifices glandulaires. Au-dessous de l'orifice des narines, la peau est souvent irritée et est parfois le siège d'un impétigo ou d'un eczéma chronique. La lèvre supérieure est fréquemment tuméfiée et proéminente.

Le coryza scrofuleux est très rebelle ; il récidive facilement et dans quelques cas se termine par l'ulcération de la pituitaire, suivie de carie des os du nez.

Ozène. — Cette affection a été appelée aussi *punaisie* et *rhinite atrophique fétide*, à cause de l'odeur infecte qui la caractérise et des lésions de la muqueuse qu'elle présente.

Elle est essentiellement chronique; elle débute en général entre huit et quinze ans, mais quelquefois plus tôt ; Boulay (1) l'a observée dès l'âge de trois ans. Elle se révèle par la fétidité de l'air expiré par les fosses nasales, et s'accompagne d'une augmentation de la sécrétion de la pituitaire dans laquelle Lœwenberg (2) a découvert la présence d'un microbe encapsulé, analogue au pneumobacille de Friedländer; la présence de ce microbe a été constatée également par d'autres auteurs, en particulier par Belfanti et Della Vedova (3) qui l'ont trouvé accompagné d'un bacille très semblable à celui de la diphtérie.

L'examen rhinoscopique antérieur fait constater chez les ozéneux l'élargissement des fosses nasales qui sont couvertes de croûtes verdâtres. Si celles-ci sont enlevées, on trouve la pituitaire atrophiée principalement au niveau du cornet inférieur, qui est quelquefois réduit à un simple bourrelet, recouvert d'une muqueuse lisse et sèche. Lorsque la maladie est ancienne, la rhinoscopie postérieure révèle quelquefois un état analogue de la muqueuse pharyngée, dont les glandes peuvent disparaître presque totalement; le processus s'étend même exceptionnellement au larynx et à la trachée. L'odorat est considérablement diminué et peut même disparaître complètement.

(1) Boulay, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, III, p. 790.
(2) Lœwenberg, *Congrès di otologio de Bâle*, 1884, et *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, p. 292.
(3) Belfanti et Della Vedova, *Arch. ital. di otologia*, avril 1896, p. 189.

La respiration est gênée par l'accumulation des croûtes qui se détachent très difficilement dans les efforts que l'enfant fait pour se moucher. Cet état s'accompagne souvent de sécheresse de la gorge, de larmoiement, de blépharite ou d'autres accidents du côté de l'organe visuel. La santé générale est rarement altérée; cependant on a noté quelquefois chez les petits ozéneux des troubles digestifs, de la céphalalgie, et surtout un défaut d'attention ou un état de paresse intellectuelle, qui a été décrit sous le nom d'*aprosexie* (Guye) (1), et qui tient peut-être plutôt à des troubles de l'appareil auditif (Titeff) (2) qu'à la maladie primitive; cet état a été observé également chez les sujets atteints de végétations adénoïdes du pharynx.

Dans la plupart des cas, la fétidité de l'air expiré est le seul symptôme qui attire l'attention, mais cette fétidité peut arriver à un degré tel qu'elle est insupportable pour le voisinage du petit malade, et devient une gêne considérable pour ses rapports sociaux. Cet inconvénient peut persister longtemps, car la muqueuse atrophiée ne se régénère pas; l'odeur s'atténue cependant parfois passagèrement pour augmenter de nouveau, sous l'influence d'un coryza aigu, ou chez les petites filles au moment de l'apparition des règles. On observe rarement une amélioration durable pendant l'enfance, mais la maladie peut s'atténuer souvent considérablement à l'âge adulte ou dans la vieillesse.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du coryza chronique est facile ; on recherchera, au moyen des commémoratifs, si la maladie a une origine scrofuleuse ou syphilitique, et on s'assurera, par l'exploration avec le stylet et le rhinoscope, si elle n'est pas symptomatique d'une *carie osseuse*, d'un *polype* ou d'un *corps étranger*. La fétidité de l'air expiré par le nez, quand elle ne s'explique par aucune autre cause, est caractéristique de l'ozène.

TRAITEMENT. — Dans le **coryza scrofuleux**, on instituera un traitement général, dont l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et les toniques formeront la base. Le traitement local consistera en applications topiques diverses ; les poudres d'alun, de tannin, etc., donnent rarement des résultats satisfaisants; les pulvérisations dans les fosses nasales d'eau additionnée de goudron, de benjoin ou de teinture d'iode méritent d'être recommandées.

Le traitement le plus habituel de l'**ozène** consiste dans les *douches nasales* faites d'après la méthode de Weber, c'est-à-dire de façon que le liquide injecté par une des narines sorte par l'autre; pour cela, le malade devra respirer par la bouche, de manière que le voile du

(1) Guye, *Deutsch. med. Woch.*, 1887, n° 43, et 1888, n° 40.
(2) Titeff, *Thèse de Genève*, 1896.

palais ferme en arrière les fosses nasales; l'irrigateur ordinaire est excellent pour cette opération, il faut seulement le munir d'un embout qui remplisse exactement la narine. On emploiera comme liquide d'injection une solution faible de sel marin, d'alun ou de tannin, ou d'un liquide désinfectant, tel que l'acide borique ou l'acide salicylique. Boulay, redoutant l'infection possible de l'oreille moyenne par les injections dans le nez, préfère à la douche l'introduction, plusieurs fois par jour dans les fosses nasales débarrassées de leurs croûtes, de vaseline boriquée que l'enfant fait pénétrer profondément en l'aspirant par une narine, tandis qu'il bouche l'autre, et qu'il garde pendant cinq à six minutes, puis qu'il expulse en se mouchant. Dans les cas rebelles, on recourra à la méthode de Gottstein qui consiste à appliquer, sur les points où les croûtes sont le plus tenaces, un tampon de gaze hydrophile imbibé de vaseline mentholée ou camphrée, qu'on laisse quelques heures en place.

Ces moyens peuvent diminuer plus ou moins la fétidité, mais ne guérissent pas la maladie pour laquelle on ne connaît guère de traitement réellement curatif. Belfanti et Della Vedova (1), ayant constaté dans la sécrétion de l'ozène un bacille ressemblant à celui de la diphtérie, ont proposé de traiter la rhinite fétide par les injections de sérum antidiphtérique; mais, malgré quelques succès, ce traitement n'a pas donné des résultats assez généralement favorables pour être admis définitivement dans la pratique.

CHAPITRE II

ÉPISTAXIS

ÉTIOLOGIE. — L'épistaxis ou hémorragie des fosses nasales est tantôt idiopathique, tantôt symptomatique.

L'épistaxis *idiopathique* est rare dans la première enfance; elle est commune surtout vers la fin de la seconde enfance : on l'observe souvent chez les jeunes garçons fatigués par les études, par le confinement dans les écoles et pendant les grandes chaleurs. Les affections valvulaires du cœur y prédisposent. La mauvaise habitude qu'ont certains enfants d'introduire les doigts dans le nez est une cause fréquente d'épistaxis. Enfin les chutes, les coups si communs dans le jeune âge, les corps étrangers des fosses nasales provoquent souvent des hémorragies par le nez. La maladie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles; cependant, chez ces dernières, l'épistaxis s'observe parfois au moment de l'établissement de la menstruation.

(1) Belfanti et Della Vedova, *Giorn. di r. Acad. di med. di Torino*, 1896, n° 3.

L'épistaxis *symptomatique* est tantôt un accident passager, comme dans la rougeole, dans la fièvre typhoïde ou dans la coqueluche, tantôt un symptôme grave et persistant, comme dans la maladie de Werlhof, dans l'hémophilie, dans la diathèse hémorragique des nouveau-nés, dans la diphtérie et dans les fièvres éruptives hémorragiques.

SYMPTOMES et DIAGNOSTIC. — L'épistaxis s'annonce souvent par de la céphalalgie ou par une sensation de chaleur à la région frontale. Le sang s'écoule au dehors en plus ou moins grande quantité; l'hémorragie est en général peu abondante et de courte durée chez les jeunes sujets; Rilliet et Barthez n'ont jamais vu l'épistaxis entraîner la mort. Quelquefois néanmoins les pertes de sang, par leur répétition fréquente, peuvent être la cause d'un état anémique grave et persistant.

L'épistaxis se reconnaît presque toujours immédiatement; dans certains cas, cependant, le sang s'écoule du côté du pharynx et est rendu avec les crachats ou bien passe dans l'estomac et se retrouve dans les vomissements ou dans les selles. La maladie peut être alors méconnue, surtout chez les très jeunes enfants; elle peut être prise pour une hémoptysie, une hématémèse ou une entérorragie; la présence de quelques caillots à l'entrée des fosses nasales permettra néanmoins, dans la plupart des cas, de reconnaître la provenance de l'hémorragie.

L'épistaxis une fois constatée, on recherchera si elle est idiopatique ou symptomatique; le pronostic en dépend.

Il importe aussi au point de vue du traitement de déterminer le point exact d'où part le sang; ce diagnostic est souvent difficile chez un enfant peu docile, qui ne se prête pas à l'examen et dont les narines sont remplies de caillots; cependant, avec un peu de patience et même sans le secours de la rhinoscopie, on peut souvent, en nettoyant l'entrée des fosses nasales avec un tampon de coton hydrophile et en relevant l'aile du nez, voir que le sang provient d'un point très limité, situé à la partie antérieure et inférieure de la cloison, un peu au-dessous et en arrière de l'épine nasale antérieure, là où les terminaisons de l'artère palatine ascendante s'anastomosent avec celles de la sphéno-palatine, et où existe la petite saillie formée par le cartilage de Jacobson; c'est là le point d'origine le plus habituel des épistaxis idiopathiques non traumatiques. D'après une statistique de Chiari, sur 25 cas d'hémorragie nasale spontanée, le sang provenait 22 fois de la partie antérieure de la cloison (1).

TRAITEMENT. — L'épistaxis cesse souvent d'elle-même et ne réclame aucun traitement; dans le cas où elle a été précédée de

(1) Voir : Raugé, *Bull. méd.*, 1899, p. 598.

céphalalgie, de rougeur du visage, et reste modérée, elle est plutôt un phénomène favorable qu'on doit respecter. Si elle est abondante, on cherchera d'abord à l'arrêter par les moyens les plus simples, tels que l'élévation des bras, des applications d'eau chaude, d'eau froide ou de glace sur le front, à la racine du nez ou dans les narines, l'aspiration par le nez d'eau vinaigrée ou glacée, d'une solution d'antipyrine au dixième, etc. Les injections d'eau chaude dans les fosses nasales ont aussi donné des succès (Barthez et Sanné).

Si ces moyens échouent, on recourra à la compression du point saignant, qui se trouve le plus souvent, comme nous l'avons dit, à la partie antérieure et inférieure de la cloison. On appliquera sur ce point l'extrémité du doigt ou un tampon de gaze placé au bout d'une pince; si ce moyen réussit, c'est qu'on a atteint la partie lésée, et il suffira, pour arrêter définitivement l'hémorragie, de comprimer à ce niveau les ailes du nez avec les doigts, ou de remplacer ceux-ci par une pince à arrêt appliquée extérieurement sur le dos du nez, ou introduite, avec ses deux branches garnies de gaze, des deux côtés de la cloison.

S'il s'agit d'une hémorragie en nappe ou provenant d'un point qui ne peut être atteint directement, on recourra au *tamponnement* qui se fera autant que possible exclusivement par l'orifice antérieur de la narine ; la cavité nasale sera bourrée méthodiquement, avec ou sans l'emploi du spéculum, de petits bourdonnets de gaze ou d'ouate aseptique libres ou attachés en queue de cerf-volant et qui pourront être imbibés d'une solution d'antipyrine au cinquième, ou, suivant le conseil de Lermoyez et Gellé, d'eau oxygénée à douze volumes. L'enlèvement des tampons sera facilité si on introduit tout d'abord dans la narine un petit sac de baudruche ou de gaze qui permettra de les retirer en une seule fois. Il est bien rare qu'on n'arrive pas par le tamponnement antérieur à arrêter une épistaxis chez un enfant. Si cependant le sang continue à couler par l'orifice postérieur des fosses nasales, ce dont on devra toujours s'assurer par l'examen du pharynx, on devra recourir au tamponnement antéro-postérieur, soit au moyen de la sonde de Belloc, soit, ce qui est préférable, surtout chez les enfants, avec une sonde urétrale molle de petit calibre dans l'œil de laquelle on aura attaché préalablement une anse de fil destinée à entraîner le tampon postérieur (Raugé); on évitera ainsi la manœuvre souvent si pénible d'attacher le fil dans la bouche. On aura soin de ne jamais laisser plus de vingt-quatre heures le tampon en place ; on évitera ainsi les inconvénients que produirait son contact prolongé avec l'orifice destr ompes, et la décomposition des caillots enfermés entre les deux tampons.

CHAPITRE III

LARYNGITES SIMPLES

Nous décrivons sous le titre de laryngites simples les laryngites de l'enfance qui ne se compliquent ni de diphtérie, ni d'accidents spasmodiques. Ces maladies peuvent être divisées au point de vue de leur marche en *aiguë* et *chronique*, et, au point de vue de leur siège, en *catarrhale* et *sous-muqueuse*.

ÉTIOLOGIE. — **Laryngite catarrhale aiguë.** — Cette affection se rencontre souvent dans l'enfance ; elle est tantôt primitive, tantôt secondaire.

La *laryngite primitive* s'observe à tout âge et est surtout fréquente chez les enfants au-dessous de cinq ans. Les garçons y sont plus sujets que les filles. Cette maladie survient particulièrement en hiver et au printemps et est le plus souvent occasionnée par un refroidissement; quelquefois elle est provoquée par l'inspiration de vapeurs irritantes, par la présence d'un corps étranger ou par des cris trop prolongés.

La *laryngite secondaire* se développe quelquefois à la suite d'une bronchite ou d'un coryza par propagation d'inflammation ; elle est un des symptômes habituels de la rougeole et s'observe parfois aussi dans le cours de la variole et de la fièvre typhoïde.

Laryngite sous-muqueuse. — La laryngite sous-muqueuse, qui se manifeste toujours par un *œdème de la glotte*, est une affection trop rare dans l'enfance pour que nous en fassions ici une description complète. Sur 215 observations de laryngite œdémateuse rapportées par Sestier, 17 sont relatives à des enfants ; l'œdème de la glotte a été observé chez les jeunes sujets à la suite d'une angine, d'une laryngite catarrhale aiguë, d'un abcès rétro-pharyngien, de l'introduction d'un corps étranger dans la glotte (Bonain) (1), dans le cours de la variole et de l'érysipèle de la face, du sclérème et de la phtisie pulmonaire. On l'a vu aussi se développer sous l'influence de l'hydropisie due à la néphrite scarlatineuse et dans le cours de la fièvre typhoïde à la suite d'une nécrose des cartilages du larynx.

Les auteurs anglais (Burges, Wallace, Jameson) ont décrit une forme primitive d'œdème glottique qui se développe à la suite de la *brûlure du larynx* ; cet accident s'observe quelquefois en Angleterre chez les enfants qu'on laisse imprudemment aspirer par le goulot le

(1) Bonain, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1895, p. 328.