

gement que procurent ces médicaments dans la vaginite aiguë de l'adulte. De pareils cas sont tout à fait exceptionnels, et d'habitude, les toniques, particulièrement le fer, sont les seuls médicaments internes réclamés par la maladie, et dont il est utile de commencer l'emploi de bonne heure. Cette médication, surtout aidée par le séjour au bord de la mer, et par les bains de mer, suffit ordinairement, même dans les cas le plus rebelles, à amener la guérison. C'est pourtant, en général, une précaution sage que de continuer les lavages froids fréquents, et de laver deux fois par jour avec une éponge imbibée d'une solution d'alun, même pendant des semaines après que l'écoulement a disparu entièrement. J'ai vu une fois l'usage d'une lotion composée de 0,20 de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau devenir nécessaire pour arrêter un écoulement contre lequel tous les autres traitements avaient échoué.

Rachitis. — Entre les différentes manifestations de la scrofule, et celles du rachitis, il ne semble y voir d'autre rapport que celui qui existe entre deux états qui, l'un et l'autre, dépendent en grande partie de conditions hygiéniques défavorables. Entre les conditions d'où naît la scrofule, et celles qui provoquent le rachitis, il y a de nombreuses différences : l'alimentation insuffisante paraît être la grande cause occasionnelle de la première, le manque d'air celle du second ; le défaut, chez les rachitiques, de tendance à la transmission de la maladie des parents aux enfants constitue une particularité distincte qui sépare cette diathèse de la syphilis, du tubercule, et, bien qu'à un degré peut-être moins marqué, de la scrofule également.

Le rachitis connu sur le continent, et spécialement en Allemagne, sous le nom de *maladie anglaise*, n'est nullement propre à notre pays, et est, je crois, aussi fréquent dans certaines parties de l'Allemagne (1) qu'en Angleterre, mais est moins commun, et surtout moins accusé dans ses formes graves, en France.

Les chambres trop chauffées pendant l'hiver, le manque complet de ventilation, et le défaut de propreté de corps, sont des conditions favorables au développement du rachitis, qui existent dans toute l'Allemagne du nord et du centre, et qui y forment une analogie d'habitudes plus grande entre la classe pauvre et celle d'Angleterre qu'en France. La rareté comparative des rachitiques parmi la population proprement dite des champs, en Angleterre, est une preuve de plus du degré d'influence du mauvais air et de la ventilation insuffisante sur la production de la maladie.

(1) Ritter von Rittershain, qui a écrit récemment sur ce sujet, estime à 31/100 du chiffre total des malades de la consultation, le nombre des enfants rachitiques, à Prague, et le professeur Hensch, de Berlin, p. 518 de la traduction de mes leçons, confirme cette estimation d'après son expérience personnelle dans cette ville.

En même temps, toutefois, cette maladie se montre dans des cas où il n'a existé aucune influence nuisible, et on a même publié des cas d'enfants qui présentaient à leur naissance toutes les difformités du squelette qui caractérisent le rachitis (1). Je ne puis donner aucune interprétation de la pathogénie de ces cas, dont l'existence est incontestable, et je ne suis pas, non plus, en mesure de dire si, dans les autopsies qui ont été faites, on a pratiqué, dans les organes internes, toutes les recherches qui auraient été nécessaires pour s'assurer de l'existence et du degré des altérations analogues à celles que l'on trouve généralement chez ceux qui, après la naissance, ont été fortement atteints de rachitis.

Les caractères généraux de l'enfant rachitique, qui a été fortement atteint pendant les premières années de la vie, nous sont familiers à tous. La taille rabougrie, la tête volumineuse, les membres petits, la poitrine déformée, la distorsion des os longs, et le volume insolite des poignets et des chevilles, donnent un aspect si particulier à cet enfant, qu'on ne peut confondre, même pour un instant, les résultats du rachitis avec ceux d'une autre maladie. Les observateurs, ne considérant que ces altérations du squelette, ont quelquefois parlé du rachitis comme s'il était exclusivement une maladie des os : comme si l'absence dans ces parties de la quantité voulue de matière calcaire était son seul et essentiel trait caractéristique.

Il n'en est nullement ainsi. La déformation du squelette, bien que la plus remarquable, n'est qu'une des conséquences du rachitis ; et il y a des degrés atténués de l'affection, bien dignes d'une étude attentive, dans lesquels, bien que l'ossification puisse être tardive, et le développement du squelette quelque peu retardé, il ne se produit aucune déformation réelle.

Le rachitis est essentiellement une maladie de l'enfance, qui attire généralement l'attention vers la fin de la première dentition, bien que souvent, je crois, elle commence, avant le début de ce travail ; et si j'ai vu les symptômes devenir de plus en plus graves jusqu'à la fin de la cinquième année, je ne les ai jamais vus commencer après trois ans.

Je n'ai jamais vu un jeune enfant, pendant son allaitement par une nourrice bien portante, présenter aucun des symptômes du rachitis, même quand les autres conditions hygiéniques au milieu desquelles il se trouvait étaient sous d'autres rapports défavorables. C'est communément à l'époque du sevrage, ou lorsqu'on commence à ajouter au lait de la mère une alimentation artificielle, que se montrent les symptômes prémonitoires du rachitis.

(1) Voyez différents exemples dans Graetzer, *Krankeintendes fœtus*, in-8°. Breslaus 1837, p. 170. Parmi les cas les plus récents, un des plus remarquables est décrit et dessiné par Schuetze dans sa dissertation *Symbolæ ad ossium recensnatorum morbos*, in-4°. Berolini, 1842.

La coïncidence ordinaire de ce changement dans l'alimentation avec les besoins qui se produisent au commencement du travail de dentition rend souvent les progrès de la maladie très rapides; en même temps que les efforts faits par un enfant de neuf à quinze mois, pour se tenir debout ou marcher, occasionnent la courbure des jambes qui plus que toute autre chose attire l'attention de la famille. Il arrive toutefois souvent, surtout chez les enfants qui sont en partie ou tout à fait élevés à la main, que les symptômes rachitiques se présentent beaucoup plus tôt. Le docteur Stiebel, de Francfort, dit les avoir observés dès la quatrième ou la cinquième semaine.

L'enfant perd, ou n'a jamais possédé, cette fraîcheur qui caractérise un baby en bonne santé. Il est triste, n'aime pas à être dérangé, pleure quand on le prend, même doucement, ou quand on le change de position, comme si les attouchements provoquaient une douleur réelle; mais s'il tient le corps aussi immobile que possible, il roule tristement la tête d'un côté à l'autre de façon à arriver à user complètement les cheveux de l'occiput. Il présente des accès de fièvre irréguliers, qui ne correspondent à aucun moment précis du jour ou de la nuit, pas plus qu'ils n'ont de durée fixe, accompagnés d'une augmentation de l'irritabilité et d'une agitation qui disparaissent pendant le sommeil. Pendant celui-ci, il y a une grande tendance à la transpiration vers la tête et la partie supérieure du tronc; et avec les progrès de la maladie, les sueurs deviennent de plus en plus abondantes, donnant lieu à la formation de gouttes volumineuses sur le front, qui coulent sur l'oreiller de façon à le mouiller complètement. La peau perd en même temps sa transparence, devient terne et sale; les digestions sont mauvaises, mais il y a tendance plutôt à la constipation qu'à la diarrhée; et si l'enfant maigrit, il arrive très rarement à la maigreur extrême qui caractérise la maladie tuberculeuse, ou les engorgements ganglionnaires de la scrofule.

En même temps que ces symptômes d'un trouble général, on trouvera les trois caractères constants du rachitis: le retard dans l'ossification des os du crâne, l'élargissement des poignets, et l'augmentation de volume des extrémités costales, unie à un commencement de la déformation de la poitrine dite poitrine de pigeon.

J'ai déjà signalé les particularités du crâne rachitique, en parlant de quelques-unes des affections convulsives de l'enfance (1), et je vous ai dit combien nous étions redevables au Dr Elsässer pour avoir appelé l'attention sur cet état qui en forme le caractère le plus frappant, et qu'il appelle le *craniotabes* et l'*occiput mou* (soft occiput). Non seulement l'ossification des fontanelles et des sutures se fait longtemps après l'époque accoutumée, mais la matière osseuse déjà formée se résorbe, de sorte

(1) Voyez leçon XIII, p. 189.

que l'occiput et les pariétaux deviennent flexibles. En même temps que les altérations des os, il y a presque toujours un développement insolite de la tête, dû non à un épanchement de liquide dans les ventricules, comme dans l'hydrocéphalie chronique, mais à l'accroissement insolite du cerveau lui-même. Le front est projeté en avant, mais cette projection ne s'accompagne point de la direction en bas des yeux qui se voit dans l'hydrocéphalie chronique, et tient à la pression du liquide sur la voûte orbitaire. La tête s'allonge, prend une forme carrée, et bien que l'occiput fasse saillie en arrière, nous ne voyons pas que cet os soit abaissé du côté de la base du crâne, comme cela s'observe dans le cas d'hydrocéphalie chronique. Le volume insolite de la tête se trouve encore exagéré par le même arrêt de développement des os de la face qui se produit dans l'hydrocéphalie chronique; et il faut en outre se souvenir qu'il n'est pas exceptionnel de voir les deux états réunis, et que l'hydrocéphalie chronique n'est pas une complication rare du rachitis (1).

Le défaut d'ossification se montre d'une manière aussi caractéristique par le retard de la dentition. Les dents sortent tard et d'une manière irrégulière, les mâchoires incomplètement développées ne leur fournissent pas une place suffisante, et elles sont amoncelées les unes derrière les autres, quelques-unes placées de champ faute de place pour pouvoir se ranger convenablement. Dans quelques cas, aussi, les alvéoles sont à peine formées, de sorte que les gencives, seulement, maintiennent les dents en place.

C'est par le crâne que débute le rachitis dans la grande majorité des cas. Plus la maladie commence tôt, plus est marquée la déformation du crâne: tandis que si le début n'a lieu qu'à l'âge de quinze ou dix-huit mois, les os de la tête échappent quelquefois à toute déformation.

Si peu avancé que soit l'âge auquel commence le rachitis, l'affection des os du crâne se trouve invariablement unie à une augmentation de volume des extrémités des os longs. Cette augmentation de volume, remarquable surtout aux poignets, n'est pas, comme on l'a insinué, simplement un développement apparent dépendant du contraste avec l'émaciation générale des membres, mais est réelle, et due à l'accumulation de la matière osseuse en excès; en d'autres termes, comme le dit sir W. Jenner dans ses estimables leçons sur le rachitis, il y a une préparation excessive pour le travail d'ossification, et un arrêt dans l'achèvement de ce travail.

C'est aussi à cet excès de préparation de l'ossification qu'est dû le développement excessif des extrémités des côtes qui donne aux parois de

(1) Voyez, pour le contraste qui existe entre la forme de la tête de l'hydrocéphale et celle du rachitique, les planches 6 et 7 dans l'*Essai sur le rachitis* du Dr Beylard. Paris, 1852.

la poitrine cette disposition connue, sur le continent, sous le nom de chapelet rachitique. Cette disposition est quelquefois portée à un degré des plus saillants par l'exagération de la poitrine de poulet. Les côtés du thorax sont déprimés, le sternum est porté en avant, pendant que les côtes sont ployées à angle aigu en dedans, au point d'union de l'os avec le cartilage, faisant, de tout ce qui est placé en avant, une sorte d'appendice étroit de la poitrine, dont les limites sont formées par la profonde dépression perpendiculaire terminée en avant par le chapelet rachitique. Au-dessous du sein, la poitrine s'élargit en raison de la résistance du foie, de l'estomac, de la rate, qui empêchent les parois de céder, comme elles le font plus haut, à la pression de l'air extérieur. Le peu de résistance des parois de la poitrine, la faiblesse des forces inspiratrices et la pression de l'air extérieur dépriment et rétrécissent le thorax, lui donnent sa grande profondeur d'avant en arrière, son étroitesse d'un côté à l'autre, et produisent la dépression latérale perpendiculaire placée en dehors des extrémités costales. La présence des viscères abdominaux, estomac, foie et rate, empêchent ce rétrécissement de la poitrine de s'étendre à toute la hauteur de celle-ci; et la dépression circulaire qui divise la poitrine en une partie supérieure et en une inférieure, répond, comme sir W. Jenner a été le premier à le signaler, à la face supérieure de ces viscères, et non aux points d'insertion du diaphragme.

En même temps que ce rétrécissement de la poitrine, nous constatons le développement de l'abdomen. Beaucoup de causes contribuent à le produire. D'abord les viscères abdominaux sont abaissés au-dessous de leur niveau ordinaire par le rétrécissement de la poitrine et par le peu de développement dont elle est susceptible pendant l'inspiration. Ensuite, un certain développement du foie et de la rate, dû à un certain degré d'infiltration albuminoïde ou amyloïde, de leur substance, se montre souvent chez les rachitiques. En troisième lieu, l'étréitesse du bassin qui caractérise la première enfance est encore exagérée, et présente un contraste encore plus frappant que d'habitude avec le développement du ventre. Enfin, le développement de la force musculaire manque aussi bien dans les muscles soumis à la volonté que dans ceux qui lui sont soustraits, de sorte que les intestins sont constamment plus distendus par les gaz que chez l'enfant en santé.

Le caractère le plus frappant du rachitis consiste, toutefois, dans le ramollissement et la courbure des os longs, qui est plus marquée lorsque l'enfant a commencé à marcher. Cette difformité, qui est chaque jour d'autant plus marquée que le poids de l'enfant devient plus considérable, a conduit à adopter cette conclusion, aujourd'hui démontrée fautive, que la maladie commence par les extrémités inférieures pour s'étendre ensuite vers la partie supérieure.

Il ne serait pas aisé, et je ne sache pas que cela réponde à aucun

résultat important, de décrire la forme exacte de déformation que chaque membre affecte d'une manière particulière. Même lorsque l'enfant reste au lit, les déformations sont remarquables. Les clavicules ramollies se courbent fortement, et ceci donne à la partie supérieure de la poitrine une apparence d'étréitesse plus grande que la réalité, parce que la tête de l'humérus se trouve ainsi portée en avant, au lieu de conserver sa position sur le côté. Il n'est pas rare, non plus, que cette flexion soit augmentée par une fracture des os (d'habitude c'est la fracture incomplète, comme celle d'un bois vert, qui se produit dans l'enfance). Cette solution de continuité devient partout saillante par l'accumulation des matériaux osseux, juste au point où elle a eu lieu. Le bras et l'avant-bras sont très courbés et cette flexion est surtout prononcée sur le dernier, où elle va quelquefois jusqu'à produire une fracture. Toutes les articulations sont lâches, en raison du peu de résistance des ligaments, et ceci s'observe spécialement aux poignets. On a expliqué les déformations de la partie supérieure du tronc par l'action musculaire; mais je pense avec sir W. Jenner et aussi avec le professeur Trousseau, que la simple pression sur les os ramollis suffit pour les expliquer toutes. L'enfant qui ne peut marcher essaye de se soulever et de se soutenir sur ses bras, qui plient sous le poids du corps, pendant que la même pression communiquée par la tête de l'humérus à la clavicule en détermine l'incurvation exagérée, et même provoque sa fracture.

Il est remarquable aussi de voir comment ces déformations des membres supérieurs se corrigent bien dans les années suivantes; pendant que les jambes, qui alors portent le poids du corps, non seulement se déforment de plus en plus, mais encore conservent définitivement cette déformation (1). Je n'ai pas besoin de faire observer que, si l'action musculaire était la cause des déformations, les jambes pourraient, il est vrai, devenir pis, mais les extrémités supérieures ne montreraient pas de tendance à être mieux.

C'est aux jambes que s'observent les déformations les plus prononcées. Il y a d'abord la courbure en avant et en dehors des cuisses, due, comme l'a fait observer sir W. Jenner, au simple poids des jambes et des pieds, lequel, même lorsque l'enfant est couché, n'est pas sans influence sur la flexion des os; mais cette courbure devient beaucoup plus marquée dès que l'enfant est en état de s'asseoir sur une chaise ou sur les genoux de sa mère. De cette période précoce date aussi la flexion de l'épine dans la région dorsale, qui fait quelquefois craindre à la famille l'existence d'une maladie réelle des os. Elle se produit exactement au point

(1) Comme exemple, Voyez à la planche III de l'Essai de M. Beylard, le contraste entre les membres supérieurs et inférieurs d'un homme atteint de rachitis à un degré extrême.

qui n'est pas soutenu lorsque la mère porte l'enfant dans ses bras ; elle ne dépend pas d'une maladie des os, mais du défaut de résistance des ligaments, et disparaît aussitôt qu'on soulève l'enfant par les bras, ou même si on le place sur le ventre. A un âge plus avancé, d'autres causes amènent la déformation de l'épine dorsale : elle cède sous le poids de la tête, et se courbe quelquefois en avant à la région cervicale et à la partie supérieure de la région dorsale ; les ligaments cèdent et il se produit une courbure latérale, exactement comme cela se produit souvent dans l'affaiblissement de la santé générale. Le poids du corps porte sur le sacrum, mais les ligaments pelviens affaiblis ne maintiennent plus solidement cette clef de voûte de l'édifice. Sa partie saillante est poussée en bas et en avant, rétrécissant le bassin, comme le savent les accoucheurs, et produisant en même temps cette désinvolture qui donne, dans l'âge adulte, à ceux qui ont été rachitiques pendant leur enfance, une démarche si caractéristique.

La déformation, comme vous le savez, ne se borne pas au changement de position du sacrum ; mais la pression en sens inverse des cuisses repousse en haut la paroi antérieure du bassin, beaucoup au-dessus de son niveau naturel. En même temps, l'arc pubien s'élargit et se déprime, de sorte que les cavités cotyloïdes se portent en avant au lieu de rester sur les côtés, ce qui contribue à augmenter le balancement dans la démarche du rachitique, et le force à conserver cette attitude droite exagérée, qui seule peut s'opposer à la chute en avant pendant la marche. Le ramollissement extrême des os, et sa persistance au delà du terme habituel, modifie quelquefois ces caractères, et fait prendre au bassin une forme triangulaire que l'on voit habituellement dans l'ostéomalacie. Toutefois, nous n'avons pas à nous occuper de ces cas exceptionnels.

Lorsque l'enfant peut se tenir debout, et à mesure que le poids du corps augmente, surviennent les déformations des jambes, qui impriment à la conformation du rachitique ses caractères les plus frappants. La courbure des fémurs augmente beaucoup, les tibias et les péronés se courbent en arc en dehors, et la convexité de leur face antérieure en dedans et non plus en avant ; et quelquefois, en outre de la flexion centrale, il y a une autre dépression profonde de l'os, ou une seconde courbe abrupte, à convexité tournée en arrière un peu au-dessus des malléoles : comme si les os, en ce point, étaient pliés sur eux-mêmes. Les ligaments sont affaiblis comme aux poignets, de sorte que les enfants, dans beaucoup de cas, marchent sur leur malléole interne ; et si la faiblesse est moindre, que l'enfant marche encore sur la plante du pied, la courbure des pieds a entièrement disparu, et l'enfant devient complètement pied-plat.

Si on ajoute à ceci l'influence du rachitis sur l'arrêt de la croissance,

qui fait que le malade se trouve rapetissé non seulement par la courbure, mais par la brièveté réelle des différents os longs, on a, je crois, un abrégé assez complet des différentes manières dont le rachitis se traduit sur le squelette.

Avec l'amélioration de la santé, bon nombre des conséquences minimes du rachitis disparaissent ; une partie des matières osseuses non utilisées sont résorbées, le gonflement des poignets et des chevilles diminue, et les os des extrémités supérieures, qui ne supportent pas une pression permanente, se redressent en grande partie, bien que la croissance retardée ne soit jamais réparée complètement. Quand la maladie a été intense, et presque toujours, alors, à un degré considérable aux extrémités inférieures, il reste des traces plus persistantes du rachitis disparu. Les os ne se redressent pas, et l'excès de matière osseuse déposée le long de leur concavité, et aux extrémités, ne se résorbe pas. Cette matière devient le siège d'un travail d'endurcissement sur la nature duquel les opinions ont différé, quelques personnes le considérant comme identique avec l'ossification ordinaire, tandis que la majorité y voit une formation calcaire semblable à celle qui a lieu dans les enchondromes, ce qui constitue un acte pathologique et non physiologique (1). Ce tissu ainsi transformé présente la dureté et la densité de l'ivoire, de manière à pouvoir recevoir un poli complet. C'est dans les os longs, et particulièrement au point d'une ancienne fracture, ou sur la concavité de la courbure formée pendant la période de ramollissement, que la pétrification de l'os est le plus remarquable, bien qu'elle ne soit en aucune façon limitée à ces points, mais s'observe, à un moindre degré, il est vrai, dans les os plats, et se trouve quelquefois de la façon la plus marquée dans les os du crâne.

J'ai déjà décrit les signes du mauvais état de la santé générale et de l'imperfection de la nutrition qui caractérisent le rachitis ; et il arrive quelquefois que l'enfant meurt sans maladie définie, mais, suivant toute apparence, en conséquence de l'aggravation de tous ces symptômes. En pareils cas il existe, en général, une infiltration albumineuse considérable du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques ; et le haut degré de développement auquel arrivent quelquefois ces derniers a donné naissance à l'opinion, autrefois dominante, de l'identité de nature entre la scrofule et le rachitis. L'état des glandes dans les deux cas est pourtant entièrement différent, et, loin qu'il y ait là un rappro-

(1) Le professeur Kölliker est du premier avis, pendant que Trousseau, et sir W. Jenner, avec plus d'autorité parce que son opinion se fonde sur l'examen microscopique, partagent le premier (Voyez Jenner's *Lecture* dans *Med. Times*, 17 mars 1860, p. 261).

chement, il s'y trouve plutôt un état d'antagonisme entre la scrofule et la tuberculose, d'une part, et le rachitis, de l'autre.

Dans la majorité des cas, la mort n'est pas due seulement à l'intensité de la cachexie rachitique, mais à la production de quelque maladie intercurrente. J'ai déjà fait allusion à la relation qui existe entre le spasme de la glotte et l'ossification imparfaite du crâne, qui est une des manifestations les plus précoces de la maladie; et il n'est pas rare que les enfants rachitiques soient enlevés, ou par un spasme laryngé manifeste, ou par quelque autre forme de ces convulsions qui, dans le cas où la dentition se fait mal et tardivement, se manifestent souvent. Quand la maladie se développe dans la très jeune enfance, il n'est pas rare, aussi, de la voir unie à une forme lente d'hydrocéphalie chronique qui se développe pendant le trouble fébrile de l'organisme. L'épanchement, dans ces cas, n'est jamais très considérable, mais la tête prend la forme ordinaire propre à l'hydrocéphalie; tandis que la déformation du squelette est souvent si insignifiante qu'à moins d'étudier attentivement l'histoire du malade, on peut laisser passer complètement inaperçu le rapport qui existe entre l'hydrocéphalie et le rachitis. On apprend pourtant que les symptômes ne se sont point montrés d'une manière aiguë, mais sont survenus graduellement; que leur apparition n'a eu lieu que vers le cinquième ou le sixième mois au plus tôt, et que le développement du crâne a été précédé de transpirations abondantes à la tête. Les enfants qui sont dans cet état paraissent fortement atteints, leur émaciation est en général très considérable, et les fonctions digestives s'accomplissent très mal. Le plus souvent ils succombent à quelque attaque de diarrhée intercurrente, ou sont enlevés par des convulsions vers le début du travail de la dentition. Toutefois, la bronchite est le plus grand ennemi des rachitiques. La déformation de la poitrine est, comme vous le savez, la preuve, et aussi bien la cause que la conséquence de l'accomplissement imparfait de la respiration; pendant qu'un état emphysémateux des poumons, dû à la même cause, se montre habituellement dans tous les cas de déformation considérable du thorax. Il suffit d'une bronchite relativement légère pour s'opposer à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, produire de cette façon le collapsus de portions considérables du poumon, et amener promptement, d'une manière inattendue, la mort, là où chez un autre enfant on n'aurait eu affaire qu'à un catarrhe ou à une grippe relativement légers.

Le traitement du rachitis ne doit pas nous retenir longtemps, car, malgré l'importance de la maladie, les règles qu'il faut avoir présentes à l'esprit au sujet de sa prophylaxie et de son traitement sont extrêmement simples. Le mauvais air et le défaut de ventilation sont les deux causes principales; causes qu'il est souvent difficile, quelquefois impossible, de faire disparaître chez les pauvres. Il n'est pas rare de les ren-

contrer même dans les familles relativement à l'aise. Les nurseries sont encombrées, l'enfant couche dans un berceau profond, enveloppé dans des couvertures trop chaudes et ne respirant, pendant des heures, que l'air qui se trouve renfermé par les rideaux et les parois du berceau, et qui souvent est encore rendu plus impur par le manque de la propreté la plus méticuleuse de la part de la nourrice. Si à cela on ajoute la tentative d'élever l'enfant, sinon entièrement du moins en grande partie, à l'aide d'une alimentation artificielle, nous avons la réunion des deux conditions les plus propres à engendrer le rachitis.

Faites-les disparaître; mettez l'enfant au sein d'une nourrice bien portante, dans une chambre vaste, et dans un berceau qui permette l'accès libre de l'air, apportez la plus grande attention aux soins de propreté, et l'amélioration se montrera presque immédiatement. Quand la maladie est avancée, ajoutez à toutes ces précautions l'habitation à la campagne, ou, mieux encore, au bord de la mer, et vous êtes sûr de voir se produire une amélioration, alors même que des déformations marquées se sont produites.

Alors que l'enfant grandit et qu'une alimentation autre que le lait maternel devient nécessaire, évitez, aussi, de donner une alimentation exclusivement farineuse. Le thé de bœuf, à l'âge de huit ou neuf mois, et à quinze un peu de viande peu cuite, sont toujours bons, en même temps que le lait forme une partie importante de la diète.

Il n'y a pas de spécifique contre le rachitis; rien qui puisse fournir, sous une forme où elle soit assimilable, la matière calcaire qui manque aux os; et l'idée que le phosphate de chaux, donné en fortes quantités, est de nature à produire directement la guérison, n'est qu'une erreur physiologique. Le fer et l'huile de foie de morue sont les deux grands remèdes sur lesquels, ici comme dans d'autres maladies cachectiques, nous devons surtout compter. Leur emploi prolongé exige qu'on fasse grande attention à l'état des fonctions des organes digestifs; mais de simples apéritifs, comme la rhubarbe et la magnésie, l'huile de ricin, ou le sirop de séné, sont préférables aux préparations mercurielles, qui sont souvent employées sans motif suffisant.

Il serait superflu de vous parler du traitement de toutes les complications auxquelles, comme je vous l'ai dit, le rachitis doit surtout son danger. La diarrhée, le spasme laryngé et la bronchite, doivent être traités d'après les règles que j'ai déjà établies. Un point, toutefois, doit être constamment présent à l'esprit: c'est que, puisque le rachitis est une maladie de faiblesse, toutes ses complications doivent être traitées avec connaissance de ce fait. La saignée et les antiphlogistiques sont hors de propos; il faut, dans tous les cas, adopter un mode de traitement tonique.