

développe d'une façon latente dans les conditions étiologiques que j'ai précédemment indiquées. Dans cette *première période* du rachitisme *latent*, dans laquelle s'accomplit ce que j'ai appelé la raréfaction des os, il n'y a pas de symptômes nettement appréciables; l'altération osseuse n'apparaît que lentement, et elle ne manifeste sa présence que lorsqu'elle est arrivée à la deuxième période. C'est alors seulement qu'on peut la reconnaître.

Les enfants paraissent tristes et abattus: ils ont de la peine à se mouvoir, et préfèrent rester assis ou couchés, ce qu'ils témoignent par leurs cris lorsqu'ils ne sont pas en état d'exprimer leurs sensations à l'aide de la parole. Ils souffrent beaucoup des os, et ils crient lorsqu'on les touche et lorsqu'on les déplace. Ils souffrent même quand on ne les touche pas, principalement au milieu de la nuit. Ils ont souvent des accès de fièvre, et ils transpirent avec beaucoup de facilité. Leur face est pâle, la peau devient jaune, terreuse, l'appétit se perd, les digestions se troublent, la diarrhée s'établit, et forme l'*entérite rachitique*. Alors les urines laissent déposer par le refroidissement un dépôt calcaire abondant. Souvent aussi, les enfants toussent, ont la poitrine grasse remplie de râles muqueux abondants. C'est ce qu'il faut appeler la *bronchite rachitique*.

Ces symptômes persistent quelquefois pendant fort longtemps, et l'on ne sait souvent à quelle affection les rapporter. Leur origine se découvre enfin lorsque, au bout de quelques semaines, la déformation des membres devient évidente. C'est alors que les douleurs nocturnes, ou provoquées par le mouvement, sont le plus vives, et font crier davantage les enfants.

La forme des os des jambes, des cuisses, de la tête, des bras, de la colonne vertébrale et des côtes se modifie successivement (fig. 146). Aux membres inférieurs, les épiphyses des os longs se gonflent et offrent des espèces de nodosités; les jointures sont volumineuses, c'est ce qui a fait dire que les enfants se *nouaient*. La diaphyse de l'os se courbe à son tour et les membres se tordent. Les tibias et les fémurs sont les premiers os déformés. Le tibia est ordinairement courbé de manière à présenter une convexité en avant et en dehors. La courbure du fémur est à peu près semblable. Ces déformations n'ont rien d'absolu, car elles sont souvent modifiées. Je viens d'indiquer celles qui sont les plus fréquentes, et que l'on peut expliquer par la contraction musculaire; quant aux autres, elles sont assez bizarres et souvent inexplicables. Ainsi, chez quelques enfants, les genoux sont très-rapprochés et les jambes fortement jetées en dehors, de sorte qu'ils marchent en chevauchant et en appuyant sur le bord interne du tarse; chez d'autres, les genoux sont au contraire très-écartés, et les pieds ont la plus grande peine à se mouvoir pour trouver sur le sol un point d'appui convenable.

Les os longs des membres supérieurs se courbent avec la même facilité. Le bras étant étendu, le cubitus et le radius sont courbés de manière à faire une saillie en dehors. L'humérus est moins souvent affecté que les autres os.

Le tissu spongieux des vertèbres est également raréfié et ramolli, il en résulte des déformations plus ou moins considérables de la colonne vertébrale. On observe assez communément une incurvation antérieure avec saillie des apophyses épineuses lombaires. Quant aux incurvations latérales en plusieurs sens, elles sont infiniment plus rares.

Beaucoup de médecins se trompent même à cet égard et considèrent ces enfants comme atteints de gibbosité. Rien n'est plus faux ni plus dangereux, car de ce mauvais diagnostic découle une thérapeutique inopportune de repos au lit et de machines extensives inapplicables. Cette gibbosité lombaire rachitique se distingue de la carie vertébrale par ce caractère, qu'elle est très-accentuée lorsque l'enfant

est assis, tandis qu'elle disparaît par le décubitus sur le ventre lorsqu'en appuyant sur les omoplates on tire transversalement sur les deux pieds à la fois au moyen de la main.

Les côtes subissent une déformation toute spéciale. A leur réunion avec les cartilages du sternum, existe un gonflement cartilagineux appréciable à l'œil sous la peau et infiniment plus prononcé du côté de la séreuse, ce qui forme cette série

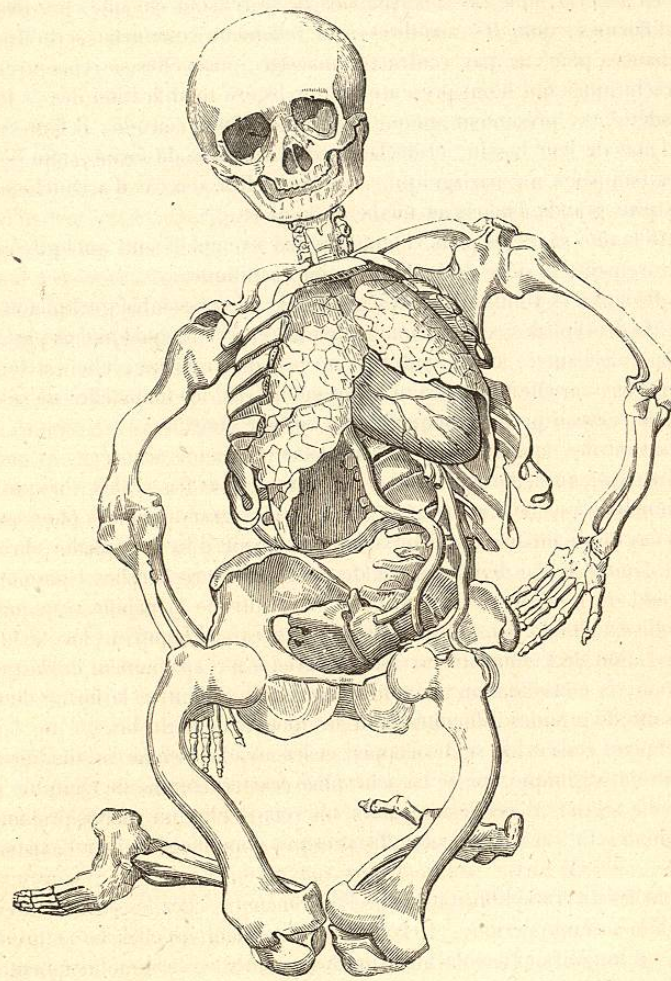


FIG. 146. — Squelette de rachitique.

de nœuds superposés connue sous le nom de *chapelet rachitique*. Elles semblent brisées en deux endroits par suite de la dépression de leur partie moyenne. Leur courbure postérieure est augmentée et anguleuse; elles se redressent ensuite et se courbent une seconde fois, à angle assez prononcé vers la partie antérieure, près de l'endroit de réunion avec les cartilages costaux. La poitrine alors est déprimée sur ses parties latérales, quelquefois creusée en gouttière, et le sternum est porté en avant. Il en résulte une diminution considérable du diamètre transversal de la poitrine, circonstance fâcheuse pour l'avenir, et d'où résulte la prédisposition aux affections du cœur et des poumons.



Le bassin est soumis à la loi générale du ramollissement des os, et lorsque le rachitisme est bien caractérisé, il se déforme de la manière la plus irrégulière, soit d'avant en arrière, soit latéralement, ou enfin dans son diamètre oblique. Cette déformation a une grande importance chez les filles à cause des fonctions ultérieures de l'utérus. Il faut en prévenir les parents, qui ne doivent pas ignorer l'existence d'une pareille difformité, l'un des plus grands obstacles à la parturition. Il est vrai, du moins en général, que ces déformations ne se rencontrent que chez des rachitiques si difformes, dont les membres sont tellement contournés, qu'ils ont de grandes chances pour ne pas contracter mariage; mais elles se rencontrent aussi chez des rachitiques qui n'ont présenté qu'une légère modification des os longs, et qui, en toilette, ne présentent aucune difformité. Pour ceux-là, il faut examiner avec soin l'état de leur bassin, et déclarer cette viciation de forme, afin de ne pas exposer les femmes à un mariage qui serait pour elles, en cas d'accouchement, la source des plus grands dangers et même de la mort.

Les os de la tête et les os plats, l'omoplate par exemple, sont quelquefois aussi, mais plus rarement, le siège de la déformation rachitique.

La tête devient très-volumineuse et irrégulière; elle ressemble quelquefois à celle des enfants hydrocéphales, car le front est bombé en avant, quelquefois plus saillant d'un côté que de l'autre, ce qui entraîne un peu de strabisme; elle est lourde et difficile à porter, car elle tombe en avant et en arrière, les fontanelles ne se réunissent pas et le cerveau prend quelquefois un volume énorme.

Il y a souvent des convulsions passagères plus ou moins accusées, et quand les enfants sont très-jeunes, lorsque les mouvements ne sont pas réglés, lorsque l'intelligence commence à peine à se montrer, on a les plus grandes peines pour savoir s'il s'agit d'un cas de rachitisme ou d'un commencement d'hydrocéphalie chronique. C'est alors, comme je l'ai démontré par de nombreuses recherches, que l'ophtalmoscope rend de réels services, car dans le rachitisme la papille reste normale, tandis qu'elle est altérée dans l'hydrocéphalie (voyez ce chapitre) (1).

La déformation de l'omoplate est assez grave; car, au moment de la guérison du rachitisme, la consolidation arrête d'une manière définitive la forme de ces os, et il en résulte de grandes difficultés pour les mouvements du bras.

Les mâchoires cessent de se développer, et les arcades dentaires, modifiées dans leur disposition organique, ne se laissent plus écarter comme de coutume par les dents prêtes à sortir. Il en résulte alors un retard plus ou moins prolongé à la sortie des dents. Ce caractère seul suffit presque pour faire deviner l'existence du rachitisme.

Telles sont les diverses difformités que l'on rencontre chez les enfants atteints de rachitisme à la seconde période. Il faut dire cependant qu'elles ne se produisent pas toutes, ni toujours. Dans la majorité des cas même, le ramollissement des os n'est pas complet; il ne porte que sur les membres, et de préférence sur les membres inférieurs. On voit souvent des sujets qui ont les jambes déformées, soit par suite du gonflement des extrémités articulaires, soit par la courbure des os, et qui n'ont pas pour le moment d'autre difformité. Si à cette période on s'occupe de la maladie, on peut la guérir, et l'on voit les membres reprendre leur forme et leur rectitude naturelles.

*Étude des symptômes en particulier.* — Parmi les symptômes généraux qui accompagnent la période de déformation du rachitisme dont je viens de parler, il

(1) Bouchut, *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscopie*. Paris, 1865, 1 vol. in-8, et *Atlas d'ophtalmoscopie médicale et de cérébroscopie*. Paris, 1876, 1 vol. in-4.

en est quelques-uns qu'il est nécessaire d'étudier avec soin, car ils sont d'une importance extrême dans le diagnostic de la maladie.

Les enfants, ai-je dit, sont pâles; leur teint est jaunâtre, blafard; ils semblent étiolés. Leur appétit est perdu; ils vomissent quelquefois, ils ont souvent la diarrhée, et leur ventre est énorme et fréquemment douloureux, ce qui fait souvent croire à l'existence du *carreau*. Leurs cheveux mêmes sont malades; et ces parties auxquelles on refuse la vie se développent mal, leur nutrition souffre, est profondément altérée, ils perdent leur brillant, leur épaisseur, la plupart tombent naturellement, et ceux qui restent sont pâles, lanugineux, comme de la mauvaise laine de brebis.

Les jointures sont volumineuses, *nouées* comme on le dit, et la dentition offre de grands retards et de nombreuses irrégularités.

Les fontanelles restent ouvertes, sur une tête volumineuse ayant l'apparence d'un crâne d'hydrocéphale. Quelques-unes ont des convulsions ou seulement le *spasme de la glotte* avec ramollissement de l'occipital. C'est surtout la fontanelle antérieure qui reste très-large et qui met longtemps à se fermer. A cet endroit, on entend un bruit de souffle plus ou moins marqué, intermittent, que Fisher (de Boston) et Whitney ont fait connaître. C'était pour ces auteurs un symptôme de maladie du cerveau et des méninges caractérisant l'hydrocéphalie chronique. Ils se sont trompés dans leur interprétation d'après le volume de la tête: ce qu'ils ont considéré comme des cas d'hydrocéphalie n'étaient que des exemples de rachitisme, par conséquent le souffle encéphalique qu'ils ont rapporté à la première de ces maladies doit être attribué à la seconde. Rilliet et Barthez ont voulu rectifier l'erreur de M. Fisher, mais ils se sont trompés eux-mêmes, car si dans les cas de rachitisme on observe le souffle encéphalique de la fontanelle antérieure, ce bruit existe aussi chez des enfants sains et vigoureux de deux à cinq ans et n'ayant ni rachitisme ni anémie.

Le bruit de souffle de la fontanelle antérieure est un phénomène normal chez les sujets dont la tension cardiaque est très-forte. Il est intermittent, coïncide avec la systole du cœur et la diastole artérielle. Il existe au sommet de la tête et correspond au sinus longitudinal supérieur. Fisher, Whitney, Rilliet et Barthez, Henning, en mettent le siège dans les artères du cerveau. C'est une faute de physique. Ce bruit, comme la plupart des bruits vasculaires, résulte du passage du sang d'une partie étroite dans un espace plus large, ou, si l'on veut, des vibrations de la colonne sanguine artérielle qui arrive dans la grande cavité du sinus longitudinal, en déterminant ce que les physiciens appellent une *veine fluide*. C'est un bruit veineux, et comme la condition physique de sa production est normale, indépendante de la maladie, on l'observe de préférence, ainsi que l'a établi le docteur Wirthgen, sur des enfants forts et vigoureux. Ce médecin l'a constaté 22 fois sur 52 enfants de trois mois à cinq ans, dont 4 seulement étaient malades. Il est variable, et peut cesser momentanément d'être entendu, ce qui est en rapport avec l'inégalité de force des contractions cardiaques. La forte tension de cet organe favorise sa production, et il cesse de se faire entendre dès que les parois du crâne épaissies, formant la fontanelle, empêchent les vibrations de se transmettre au dehors.

En résumé, le souffle encéphalique n'a pas de signification absolue pour le diagnostic du rachitisme, de l'hydrocéphalie, ni d'aucun état morbide de l'enfance.

Les enfants rachitiques veulent rester en repos, assis ou couchés, à cause de la douleur causée par les mouvements. J'en ai vu un continuellement accroupi sur les genoux de sa mère, rester assis le ventre tombant sur ses cuisses, la colonne verté-



brale inclinée antérieurement, au niveau des lombes, qui ne pouvait souffrir qu'on le remuât, et poussait des cris dès qu'on voulait le toucher.

Les membres déformés sont très-douloureux. Tous les enfants rachitiques se plaignent vivement dès qu'on examine leurs membres. La douleur est véritablement la cause de ces plaintes. En effet, dès que la maladie est arrêtée dans sa marche ou près de sa guérison, on peut toucher et manier les membres des petits malades sans craindre de faire couler leurs larmes.

Le ramollissement des os est facile à constater à travers les parties molles qui les recouvrent. Chez de jeunes enfants rachitiques à un degré peu avancé, on peut imprimer aux membres des mouvements sans élasticité, semblables à ceux qu'on communique à un morceau de plomb. J'ai moi-même tordu, avec une certaine réserve toutefois, les avant-bras et les jambes de plusieurs enfants rachitiques. Ces parties restent dans la position qu'on leur donne jusqu'à ce qu'on les remette dans leur position naturelle. Toutefois cette facilité à céder sous la pression a ses bornes. Nul doute que l'os ne finit par se rompre si on le soumettait à un effort trop considérable. Lorsque la rupture a lieu, elle est toujours incomplète; les fibres de l'os sont pliées comme le sont les fibres d'un tuyau de paille humide, et il n'y a pas, à vrai dire, de solution de continuité entre elles. C'est ce qu'on appelle *fracture rachitique*.

La circonstance que j'indique ici est importante à connaître, car très-souvent les enfants rachitiques sont pris et enlevés, sans précaution, par le bras, ce qui détermine la fracture incomplète de l'humérus. Quand on examine le malade, on trouve une mobilité extrême de l'os, sans crépitation; et si l'on ne tient pas compte de l'état général du sujet, il peut arriver qu'on fasse une erreur de diagnostic, et qu'on prenne pour une fracture ordinaire ce qui n'est qu'une fracture rachitique incomplète.

Ces fractures rachitiques sont très-nombreuses quand elles occupent la continuité des membres, et j'ai vu des enfants qui avaient neuf, dix et douze de ces fractures ayant pour siège les clavicules, les humérus, les radius, les tibias, les fémurs, etc. Leur consolidation est très-difficile et quelquefois impossible. Breschet a vu une jeune fille de treize ans chez laquelle les deux moitiés de la mâchoire inférieure n'avaient pu se souder, par suite du retard apporté à l'ossification par le rachitisme. Bonn a constaté par la dissection d'un enfant de trois ans, rachitique, mort subitement à soixante et dix jours d'une fracture de cuisse, que nul travail de consolidation ne s'était accompli. A. Bérard a vu, à l'hôpital des Enfants, un sujet de trois ans, mort trois mois après une fracture du fémur, et chez lequel il n'y avait également aucun travail de consolidation. Cambessis enfin a publié cinq ou six faits de ce genre, recueillis de même à l'hôpital des Enfants. C'est une loi générale de la maladie dont je m'occupe: à sa première période, elle arrête le travail de consolidation des os fracturés, tandis qu'à sa troisième période, c'est-à-dire au moment de la réparation, dans la période d'éburnation, la consolidation n'est plus retardée; elle s'accomplit à peu près dans les conditions normales.

Dans quelques cas, lorsque le rachitisme a rendu tout mouvement impossible et que les enfants restent continuellement au lit, la diarrhée s'établit pour toujours, et il en résulte une anémie, bientôt suivie d'état cachectique qui entraîne la mort. Chez d'autres enfants rachitiques, les parties sur lesquelles repose le corps, telles que la peau du sacrum ou des trochanters, s'enflamment, s'ulcèrent, et il en résulte des plaies de mauvaise nature qui ajoutent beaucoup à la gravité du mal. La fièvre hectique se déclare, et les enfants succombent principalement par le fait de cet accident.

**Complications.** — Le rachitisme existe souvent seul comme maladie *primitive* à la suite d'un mauvais régime ou dans les cas de rachitisme congénital; mais il peut être combiné avec d'autres maladies, soit comme simple coïncidence, soit comme maladie *secondaire*. Dans ce cas, il existe avant l'invasion de ces maladies ou il s'est développé dans leur cours et comme effet du trouble de la nutrition générale. Sous ce rapport, le rachitisme coïncide souvent avec l'entérite, avec la dyspepsie, avec les fièvres graves et avec les maladies chroniques de l'enfance.

On a dit que le rachitisme ne s'observait jamais en même temps que plusieurs autres maladies ordinaires chez les enfants. Ainsi on a formulé entre le rachitisme et les tubercules pulmonaires ou mésentériques la même loi d'antagonisme que Boudin a voulu établir entre la fièvre intermittente et ces mêmes affections. Cette observation a été faite par Guersant, et son exactitude a été soutenue par Ruzf, qui n'a rencontré à l'hôpital qu'un très-petit nombre de tuberculeux chez les enfants atteints de dégénérescence rachitique des os, tandis qu'au contraire l'affection tuberculeuse existe chez les deux tiers des enfants qui succombent à d'autres maladies. Le fait est vrai d'une manière générale, mais il souffre quelques exceptions.

De la déformation du thorax par le rachitisme résultent quelquefois une dyspnée très-forte, causée par la compression des poumons, une gêne de la circulation hépatique, cardiaque, pulmonaire, et consécutivement l'hypertrophie du foie ou quelques affections organiques du cœur. Du volume et du ramollissement de l'occiput qui amène la compression du cerveau résultent souvent le phréno-glottisme ou spasme de la glotte (1) et les convulsions.

**Diagnostic.** — Il est fort difficile de reconnaître le rachitisme à la première période avant la déformation des membres. — La maladie ne peut être reconnue que dans la seconde période, au moment où l'on voit la dentition en retard, les fontanelles ouvertes, les jointures plus volumineuses, les côtes garnies du chapelet rachitique et les membres plus ou moins douloureux se courber naturellement ou plier avec facilité sous la pression des doigts. A ce moment, le diagnostic est certain, et nulle maladie ne pourra être confondue avec le rachitisme. Je ne parle pas ici du diagnostic du rachitisme avec l'ostéomalacie, puisque je considère le rachitisme comme l'ostéomalacie de l'enfance. Mais on confond quelquefois le rachitisme avec la syphilis osseuse héréditaire congénitale. C'est une erreur dont je parlerai dans le chapitre consacré à la syphilis.

On a quelquefois considéré comme *rachitiques des enfants* à grosse tête ou à gros ventre, et n'ayant que de l'*hydrocéphalie chronique* ou le *carreau*. En effet, quelques enfants atteints de rachitisme ont de la peine à porter leur tête qui tombe en avant et en arrière, les mouvements sont peu réglés, la marche impossible, les sens peu exercés, l'intelligence douteuse et il y a souvent des convulsions passagères. — Quelques-uns ont le crâne déformé, plus saillant sur une bosse frontale que sur l'autre, ce qui amène un peu de strabisme, et cela ressemble beaucoup à de l'hydrocéphalie; mais il y a, dans le premier cas, une déformation rachitique des autres parties du squelette qui doit empêcher l'erreur. On a dit qu'il y avait dans le rachitisme un bruit de souffle dans la fontanelle antérieure, n'existant pas dans l'hydrocéphalie chronique. Mais cette opinion se trouve en contradiction avec les observations du docteur Fischer (de Boston) et de Whitney, qui ont signalé le bruit de souffle encéphalique comme un symptôme des maladies du cerveau et des méninges, ou avec celles de Wirthgen qui le trouve presque partout. Ce signe n'a qu'une faible valeur.

(1) Voyez ce mot.



Le meilleur signe est celui qui est fourni par l'ophthalmoscope; car chez les sujets atteints de rachitisme dont la tête ressemblait à l'hydrocéphalie, le fond de l'œil est sain, tandis que chez les hydrocéphales il y a une ou plusieurs altérations importantes de la papille et de la rétine, telles que l'accroissement du nombre des vaisseaux veineux, leur dilatation, leur flexuosité, l'infiltration séreuse de la papille et, dans quelques cas, la pigmentation de la rétine et l'atrophie du nerf optique. — Ces lésions, jointes aux autres symptômes de la maladie, caractérisent l'hydrocéphalie chronique.

Dans le carreau, le ventre est volumineux comme dans le rachitisme, et il y a souvent de la diarrhée, mais il n'y a pas d'incurvation antérieure de la colonne vertébrale, et les autres parties du squelette ne sont pas malades.

Il est une maladie qui se développe à la fin de l'enfance et chez l'adulte, qu'il ne faut pas confondre avec le rachitisme, malgré les rapprochements que l'on pourrait établir entre ces deux affections, je veux parler de la déviation de l'épine dorsale, qui est la conséquence de la rétraction musculaire. Ici, on trouve également la déformation des vertèbres et l'incurvation latérale droite ou gauche de la colonne vertébrale; mais cette affection est souvent héréditaire et le rachitisme ne l'est que très-rarement; c'est une maladie locale, et le rachitisme est une affection générale; l'une est une maladie de l'enfance, et l'autre une maladie des adultes; enfin, il y a dans l'une altération dans la composition chimique des os, et dans l'autre la structure des os n'est pas altérée; leur forme seule change sous l'influence de la compression inégale exercée par les vertèbres les unes sur les autres.

Il n'est donc pas possible de confondre la déviation rachitique de l'épine, qui est accompagnée de déviations dans les autres parties du squelette, avec l'incurvation de la colonne vertébrale qu'on dit être le résultat de la rétraction musculaire.

J'en dirai autant du diagnostic de la gibbosité lombaire rachitique et de celle qui résulte d'une carie vertébrale. — La gibbosité du rachitisme augmente dans la station assise, disparaît par l'extension et en mettant les enfants sur le ventre, une main appuyée sur l'omoplate, tandis qu'avec l'autre on tire transversalement sur les pieds, on redresse la colonne vertébrale. — Cela n'a pas lieu dans le mal de Pott.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas fort grave lorsqu'il n'y a encore que raréfaction des os; alors on a toutes chances de le guérir; c'est, au contraire, une maladie très-sérieuse lorsqu'il a produit l'état cachectique et la diarrhée chronique dont j'ai parlé, ou lorsque le ramollissement des os est général et que le squelette est en grande partie déformé; à cette période, même si l'on peut arrêter les progrès du mal, la consolidation des os s'opère dans une position vicieuse, et il en résulte des difformités horribles.

Chez les jeunes enfants, la courbure des membres, même lorsqu'elle est assez prononcée, disparaît peu après la guérison de la maladie, et les extrémités des os longs reprennent peu à peu leur volume naturel.

Lorsque le rachitisme a déterminé les difformités dont j'ai parlé, et lorsque la poitrine a été profondément modifiée dans sa forme, il en résulte une gêne si considérable pour les fonctions des poumons et du cœur, que les malades succombent tôt ou tard aux suites de l'affection de ces organes. Ces maladies du cœur et des gros vaisseaux sont, parmi les affections de poitrine, les plus fréquentes chez les rachitiques.

La guérison du rachitisme sans difformité ou avec des difformités légères est la

terminaison la plus fréquente lorsque la maladie est prise en temps utile, et l'on voit les enfants reprendre peu à peu leur marche interrompue.

**OBSERVATION.** — Un enfant atteint de rachitisme très-prononcé perdit graduellement son apathie et son indolence à mesure que son état s'améliorait; ses membres n'étaient plus douloureux, et il voulait se mouvoir, quoique cela fût impossible. Incapable d'exprimer sa volonté par des paroles, mais suffisamment instruit pour s'entendre avec sa mère, il l'interrogeait du regard jusqu'à ce qu'elle lui eût proposé de l'aider à marcher: alors il manifestait son plaisir par des éclats de voix, et son visage s'épanouissait d'une manière si singulière, qu'il était impossible de le regarder sans rire. Chaque fois qu'on lui adressait ces mots: Veux-tu marcher? il poussait les mêmes cris; et si on le prenait par les bras, il faisait aller ses jambes, ce qu'il ne pouvait faire quelques jours auparavant à cause de la douleur provoquée par ces mouvements.

**Traitement.** — Le rachitisme est une des maladies de l'enfance qui exigent le plus d'attention de la part du médecin, soit qu'il veuille remédier aux phénomènes morbides déjà constatés ou qu'il ait l'intention de prévenir les accidents ultérieurs.

D'une part, il faut modifier la constitution des enfants dont les fonctions nutritives sont altérées; il faut empêcher le ramollissement des os de devenir plus considérable, et, d'autre part, on doit prendre des précautions pour que cette déformation des os ne devienne pas l'origine d'une difformité incurable.

Tel est le double but que le médecin est appelé à atteindre auprès des enfants affectés de rachitisme.

Le régime des enfants, le lieu de leur habitation, leur genre de vie, leur hygiène, en un mot, doivent être dirigés avec beaucoup de soin. Il faut sagement combiner l'action de ces diverses influences pour arriver à un résultat satisfaisant. Ce serait vouloir les affaiblir que d'essayer à les diviser.

Chez les jeunes enfants encore allaités, il faut examiner la santé générale et les qualités du lait de la nourrice, pour la changer si les conditions qu'elle présente n'offrent pas à cet égard toutes les garanties désirables. Les enfants seront confiés à de bonnes nourrices, qu'ils doivent téter jusqu'à douze ou quinze mois. Il faut leur donner en même temps du lait de vache, des potages au lait ou au beurre, peu d'aliments gras et quelquefois un peu d'eau rougie sucrée. Il est inutile, et je dirai même dangereux, de leur donner souvent des soupes au bouillon de bœuf, des viandes noires, etc. Ces derniers aliments sont trop lourds pour les enfants, et, bien que leur digestion puisse s'opérer, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont destinés à des enfants âgés dont les organes sont plus robustes et résistent mieux à la fatigue.

Il faut, autant que possible, ne pas contrarier les lois naturelles de l'alimentation; ce serait le faire que de nourrir prématurément de viande un jeune enfant, dont le lait doit former le premier aliment. Beaucoup de personnes n'y regardent pas de si près; elles croient, au contraire, favoriser le développement des enfants par cette nourriture succulente, mais inopportune. Notre espèce en souffre; des infirmités l'accablent, et, dans leur nombre, il faut placer le rachitisme, qui est souvent le résultat de cette manière d'agir. Nous sommes, à cet égard, moins favorisés que les animaux, qui ne présentent jamais ni boiteux, ni bossus, et qui, en revanche, ne suivent d'autre système pour la nourriture de leurs petits que celui qui leur est communiqué par les lois de la nature.

Il faut, avec la nourriture légère, de bonne qualité, proportionnée à l'âge des enfants, promener les malades dans la campagne pour les laisser s'ébattre au grand air et au soleil. L'exercice ranime leur appétit, et l'influence solaire, en excitant les