

dans son évolution, un aspect presque normal. Si donc on empêche de marcher ou de se tenir debout un enfant dont les jambes sont déviées, il est tout à fait inutile de le condamner au supplice des appareils orthopédiques : si on lui met ces appareils dans le but de lui permettre de se tenir debout, de marcher, de jouer, il est tout à fait illusoire d'attendre le redressement des membres déformés. On ne peut même affirmer que les déviations n'augmenteront pas.

Dans quelques cas, les appareils peuvent et même doivent être conseillés : c'est lorsque l'incrédulité, le manque de confiance des parents, l'indocilité des enfants rendent impossible la cure de repos : l'appareil sera pour les parents la raison du séjour au lit ou à la voiture, pour les enfants un moyen de coercition. Mais le médecin doit le choisir innocent : une simple attelle de bois ou de fort carton bien matelassée d'ouate, maintenue par une bande, prenant un point d'appui en haut sur le trochanter, en bas sur la malléole externe. Cet appareil tout simple, conseillé par Audry (de Lyon), permet le nettoyage de l'enfant plus facilement que l'appareil de Little et doit pour cette raison lui être préféré. Little conseillait de placer, en cas de genu valgum, un coussin entre les genoux de l'enfant et de maintenir les jambes rapprochées par des bandes. Audry et Little recommandaient l'immobilisation pendant des semaines et des mois : c'est à elle évidemment qu'ils devaient leur succès.

L'immobilisation sera continuée pendant longtemps. Il ne suffit plus, pour permettre à l'enfant la station assise ou debout, que sa nutrition soit redevenue normale, que le rachitisme soit guéri, il faut encore que les déformations aient disparu, c'est-à-dire que l'os ancien rachitique ait été, couchés par couchés en longueur et en épaisseur, remplacé par l'os nouveau, sain : ce résultat n'est obtenu que plusieurs mois, souvent deux ou trois ans après la guérison de tous les autres symptômes du rachitisme et le retour à la santé la plus normale.

Parfois c'est seulement vers l'âge de trois ou quatre ans que les enfants sont présentés au médecin ; le rachitisme est guéri, mais les déviations osseuses restent. Leur correction spontanée, naturelle est impossible ; le rôle de la médecine est terminé, celui de la chirurgie commence. L'os nouveau, solidement calcifié, a remplacé l'os rachitique ancien, mais il en a adopté les courbures, et, pour lui rendre sa direction normale, il faut avoir recours à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie. Il nous suffit d'avoir posé l'indication générale de ces opérations, dont on trouvera l'étude comparative dans les traités de chirurgie.

Je n'ai point à traiter les complications, fréquentes ou rares, du rachitisme, troubles digestifs graves, bronchites à répétition, bron-

cho-pneumonie, convulsions, tétanie, spasme de la glotte : elles ne présentent rien de particulier. Je veux seulement dire un mot d'un accident fréquent et souvent méconnu, l'hématome sous-périoste. Nous avons, M. F. Brun et moi¹, démontré que cette lésion était le résultat d'une fracture sous-périostée, sans mobilité anormale, ni déplacement. Son traitement n'est autre que celui du rachitisme lui-même : traitement général et immobilisation pure et simple sans appareil. Il serait inutile de faire une mention spéciale de cette complication, si elle ne nécessitait pas d'une façon absolue l'immobilisation, sous peine d'une déviation osseuse angulaire, inévitable et incurable ; les fragments continuent à être maintenus bout à bout par le périoste, comme aux premiers jours ; mais, sous l'influence du poids du corps, ils forment peu à peu, au point fracturé, un coude que la consolidation rendra définitif.

Jules RENAULT.

OSTÉOMALACIE

L'ostéomalacie est une affection caractérisée par un ramollissement considérable et progressif des os, consécutivement par des déformations osseuses et des fractures multiples. Elle doit être distinguée de l'ostéopsathyrose (fragilité constitutionnelle des os) et de l'ostéoporose (raréfaction du tissu osseux), qui n'ont de commun avec elle que la fragilité des os, et dans lesquelles il n'y a pas de ramollissement du tissu osseux.

Ce ramollissement est dû à la diminution des sels calcaires, dont la proportion peut tomber de 60 à 30, 20, 10 et même 2 pour 100.

L'élimination des phosphates, et surtout de la chaux, est-elle due à la présence en excès d'un acide (l'acide lactique) dans les os et dans le sang, ou à l'infection par les microbes de la nitrification (Pétrone), ou à une trophonévrose des os ? Il est difficile de le dire ; quoi qu'il en soit, cette décalcification excessive ne saurait être un phénomène isolé et dépend évidemment d'un trouble très prononcé de toute la nutrition, qui conduit d'ailleurs le malade à l'anémie extrême, au marasme et à la mort.

1. Arch. de méd. des enfants, 1898.