anomale des os des membres qui se fracturent spontanément ou à la suite de traumatismes insignifiants. Cette affection paraît relever d'une prédisposition héréditaire; elle s'observe, en effet, chez plusieurs individus d'une même famille et peut se transmettre à plusieurs générations successives. Dans la plupart des cas publiés, cette prédisposition s'est manifestée déjà dans la première enfance, d'autres fois après un certain nombre d'années chez des sujets qui avaient joui jusque-là d'une santé parfaite. Les fractures, dont le nombre a dépassé parfois une quarantaine dans le cours de l'enfance, sont habituellement accompagnées de peu de douleur et se consolident rapidement. Elles déterminent à la longue des courbures qui ont été confondues dans quelques cas avec celles du rachitisme, mais on les en distinguera par l'absence du gonflement épiphysaire caractéristique de cette dernière affection. Nous avons observé un cas d'ostéopsathyrosis idiopathique chez une enfant de neuf ans dont l'état fut amélioré par une cure de bains de mer, mais qui néanmoins présenta encore depuis lors une fracture à la suite d'une chute.

PRONOSTIC. — Le rachitisme est toujours une affection sérieuse à cause des retards ou des obstacles qu'elle oppose au développement du squelette, mais son pronostic dépend essentiellement des conditions hygiéniques dans lesquelles l'enfant se trouve placé; des soins bien entendus et donnés de bonne heure, le grand air, une nourriture suffisamment analeptique et adaptée aux capacités digestives du jeune sujet auront presque toujours raison de la maladie.

Le rachitisme joue un rôle indirect considérable dans la mortalité de la première enfance, soit en prédisposant à la tuberculose, soit en donnant une gravité particulière à certaines maladies respiratoires (broncho-pneumonie, coqueluche), soit en favorisant les convulsions.

TRAITEMENT. — Une bonne hygiène constitue toute la prophylaxie et la partie la plus importante du traitement du rachitisme (voir *Dyspepsie*).

Parmi les nombreux remèdes préconisés contre cette maladie, l'*huile de foie de morue*, le *phosphate de chaux* et le *fer* méritent seuls d'être conservés.

L'huile de foie de morue est le meilleur médicament antirachitique, mais elle n'est pas toujours supportée et peut augmenter momentanément la dyspepsie. Les préparations ferrugineuses doivent alors précéder ou accompagner l'administration de l'huile de foie de morue. Le phosphate de chaux pourra être mélangé directement aux aliments à la dose de 40 à 80 centigrammes par

jour, ou bien être administré en sirop sous forme de lactophosphate de chaux (1).

Le *phosphore* a été préconisé par Kassowitz (2) comme le spécifique du rachitisme. Ce médicament, dont l'administration demande à être surveillée de près et qui n'est pas sans danger, n'a pas répondu à ce qu'il promettait, mais on ne peut lui refuser une certaine action sur l'irritabilité du système nerveux créée par le rachitisme. Hagenbach (3) vante son succès rapide contre le spasme de la glotte d'origine rachitique.

La *cure maritime* est l'agent le plus puissant qui soit à notre disposition pour enrayer le rachitisme dans la période active (deuxième et troisième années) et guérir les déformations, tant qu'elles ne sont pas devenues définitives par l'éburnation (jusqu'à la sixième année). Le séjour prolongé au bord de la mer joue, grâce à l'action de l'air marin, un rôle aussi important que les bains eux-mêmes. Le maximum d'action curative est obtenu sur les plages méridionales (4), où la balnéation se continue pendant presque tout l'hiver et où l'enfant échange l'hiver froid et brumeux de son pays contre le soleil du Midi. Il faut, en général, un à deux ans pour obtenir par le traitement marin la guérison complète du rachitisme.

Les *bains de sel marin* ou d'*eau mère* à domicile ou dans les établissements thermaux (Bex, Rheinfelden, Salins-Moutiers, Salies-de-Béarn, etc.), peuvent remplacer jusqu'à un certain point les bains de mer, mais donnent des résultats moins rapides et moins éclatants.

Quant au traitement des déformations, les moyens hygiéniques suffiront le plus souvent. Si les petits rachitiques ne marchent pas encore ou marchent peu, on aura soin de les porter avec précaution, d'éviter les mouvements brusques passifs ou actifs, et dans la belle saison on les laissera s'amuser sur du sable bien sec et chauffé par le soleil, avec un habillement léger.

(1) Lewis Smith recommande le mélange suivant :

Huile de foie de morue	2 parties.
Eau de chaux } ãã	1 partie.
Sirop de lactophosphate de chaux } ãã	

Une cuillerée à café 4 à 5 fois par jour pour un enfant d'un an.

Marfan (*loc. cit.*, p. 572) préconise l'émulsion suivante :

Huile de foie de morue	500,0
Sirop de lactophosphate de chaux à 5 p. 100	350,0
Solution de lactophosphate de chaux à 5 p. 100	150,0
Alcoolature de zestes de citron	20,0
Gomme adragante	10,0

Donner 4 cuillerées à café par jour avant les tetées ou les repas.

(2) Kassowitz, Phosphorbehandlung bei Rachitis (*Zeitschr. für klin. Med.*, t. VII).

(3) Hagenbach, *Correspondenzblatt für Schweizer Aertzte*, 1884, p. 313.

(4) Asile Dollfus à Cannes ; Sanatoria maritimes de Giens, de Banyuls-sur-Mer, d'Arcachon.

Les difformités rachitiques seront traitées d'après les principes tracés par Bouvier, que nous transcrivons ici :

« Les difformités, les courbures, les affaissements partiels des os, déterminés par le rachitisme, réclament souvent l'emploi des moyens redresseurs. Les machines n'ont qu'un effet très borné dans la période d'éburnation. C'est surtout pendant la période de ramollissement que leur action peut être utile, mais elles ont l'inconvénient de gêner la circulation et les mouvements, aussi faut-il les exclure le plus souvent chez les enfants très jeunes et affaiblis ; en général, il ne faut les employer que lorsque les enfants sont en état de marcher.

« Quand il y a indication d'employer un de ces appareils, il faut qu'une pression porte sur la convexité des arcs osseux et une autre à chaque extrémité de la concavité. On obtient ainsi d'assez beaux résultats, quand il y a eu seulement affaissement de surfaces articulaires, dans les déviations des genoux, par exemple ; mais ces appareils agissent moins efficacement sur la continuité des os longs, ainsi que dans les déviations rachitiques de l'épine. »

Broca insiste sur l'inutilité des tuteurs mécaniques et leurs dangers pendant la période d'activité du rachitisme ; il les remplace par l'immobilité prolongée.

Le *traitement chirurgical* des difformités ne sera indiqué qu'à partir de l'âge de six ans et seulement après qu'on aura essayé de les guérir par la cure maritime prolongée.

Deux méthodes ont été employées. Après avoir pratiqué longtemps l'*ostéoclasie* manuelle ou avec un ostéoclaste, les chirurgiens préconisent généralement aujourd'hui l'*ostéotomie* proposée par Bœckel en 1876 et perfectionnée par Macewen (Broca) (1).

CHAPITRE XXV

MYXOEDÈME

Le myxœdème, découvert en 1873 par W. Gull, n'est bien connu dans sa pathogénie que depuis que J.-L. Reverdin a établi l'analogie que présentait cette maladie avec les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde, analogie confirmée par les travaux de Kocher, de Semon, de Bruns, etc., et par les recherches expérimentales de Schiff et de Horsley. Actuellement, il est reconnu que le myxœdème résulte de l'absence ou de la disparition de la fonction thyroïdienne, ce qui a conduit à la découverte du traitement efficace de cette affection.

(1) Voir : Broca, Traitement chirurgical du rachitisme, in *Traité des Maladies de l'enfance*, 1897, t. III, p. 231.

On sait aujourd'hui que le myxœdème, que Gull considérait d'abord comme spécial aux femmes adultes, peut se rencontrer dans les deux sexes et à tout âge. Il a été plusieurs fois observé dans les premières années de la vie, et depuis que l'on connaît les rapports qu'il présente avec le *crétinisme*, affection qui débute toujours dans le jeune âge, son étude chez les enfants mérite une attention particulière. De plus, comme le fait remarquer Combe (1), le myxœdème détermine pendant la période de croissance un arrêt du développement physique et intellectuel qui se traduit par le nanisme et l'idiotie, symptômes étrangers au myxœdème de l'adulte et qui donnent au myxœdème infantile une physionomie toute spéciale.

ÉTIOLOGIE. — Le myxœdème étant constamment lié à l'atrophie, à la destruction ou à la dégénérescence de la glande thyroïde, ce sera l'étude des causes de celles-ci chez le fœtus et l'enfant qui nous éclairera sur l'étiologie du myxœdème infantile. Malheureusement, cette étude est encore fort peu avancée, et nous devons nous contenter le plus souvent des données étiologiques banales recueillies à propos de chaque cas.

Nous ne ferons exception que pour le *myxœdème opératoire* qui succède à l'ablation totale du corps thyroïde, et qui a été observé chez l'enfant comme chez l'adulte. Combe en a publié un exemple remarquable relatif à un enfant de treize ans, et Reynier et Paulesco (2) en ont rapporté récemment un autre concernant un garçon de onze ans fort intelligent, qui, quatre mois après une thyroïdectomie totale, présentait déjà les premiers symptômes physiques et intellectuels du myxœdème et qui devint dans la suite entièrement crétin.

Age. — Le myxœdème avec atrophie thyroïdienne est assez rare dans l'enfance. Combe n'en compte qu'une quarantaine de cas dans la littérature médicale ; mais si l'on y ajoute tous les cas de crétinisme sporadique, dans lesquels le corps thyroïde est presque toujours atrophié, le nombre des enfants myxœdémateux est beaucoup plus considérable et il le serait encore bien davantage si on y faisait rentrer tous les cas de crétinisme endémique, si fréquent dans certaines contrées et qui débute dans le jeune âge ; mais, malgré les rapports évidents de cette affection avec le myxœdème, l'identité complète des deux maladies n'est pas encore démontrée.

Le myxœdème se développe souvent dès la première année et est alors très probablement d'origine congénitale, bien que ses premiers symptômes ne soient habituellement constatés qu'au bout de quel-

(1) Combe, Le myxœdème (*Revue méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 164 et suiv.), et art. Myxœdème du *Traité des mal. de l'enf.*, vol. III, 1897, p. 938.

(2) Reynier et Paulesco, *Journ. de méd. int.*, 1898, et *Journ. de méd. et de thérap. inf.*, 1898, p. 755.