

dans les os. D'autre part, Fehling a émis l'hypothèse que l'ostéomalacie est provoquée par une hyperactivité pathologique des ovaires amenant toute une série de troubles réflexes et finalement la résorption du tissu osseux. Fondée ou non, cette hypothèse l'a conduit à employer la castration chez les femmes atteintes d'ostéomalacie, pratique qui a été suivie de succès incontestables.

Le traitement hygiénique doit jouer un grand rôle : une *alimentation saine et substantielle, particulièrement riche en phosphates* (œufs, lait, céréales), les *bains salés, l'aération, le séjour dans un milieu chaud et sec* sont des adjuvants indispensables du traitement médical; celui-ci varie quelque peu suivant la conception que l'on se fait de la maladie.

Partisan de la doctrine de l'acidité des humeurs, M. Bouchard préconise l'emploi des *alcalins* en même temps que des phosphates; il préfère les phosphates alcalins aux phosphates terreux. Les *phosphates* seraient, d'après Sternberg, un véritable spécifique de l'ostéomalacie; cet auteur prescrit le phosphore associé à l'*huile de foie de morue* dans la proportion de :

Phosphore.	15 centigrammes.
Huile de foie de morue	100 grammes.

et donne des doses progressives de façon à arriver graduellement à l'administration journalière de 5 milligrammes de phosphore.

La castration préconisée par Fehling (1887) a donné de nombreux succès, et, en 1895, Winckel en publiait 41 cas. L'année suivante, Orthmann (de Berlin) a réuni 15 nouveaux cas dont 12 suivis d'un succès complet.

Avant de proposer la castration il faudra mettre en œuvre les moyens hygiéniques, et médicamenteux signalés plus haut; ce n'est qu'en cas d'insuccès ou d'ostéomalacie invétérée que l'on en viendra à la castration.

RACHITISME

Deux théories principales ont été émises pour expliquer le développement du rachitisme.

La première, soutenue par Parrot, a eu un moment de vogue. Parrot pensait que le rachitisme n'est que le dernier terme des lésions osseuses de la syphilis héréditaire précoce; ses arguments, que nous n'avons pas à examiner ici, et qui d'ailleurs, considérés en eux-mêmes, sont des plus discutables, tombent devant ce fait que le rachitisme s'observe chez des enfants dont les parents sont indemnes de syphilis, et qui eux-mêmes sont susceptibles de contracter cette maladie; ainsi M. Colrat a vu un enfant de treize mois, nettement rachitique, avec un chancre syphilitique de la lèvre.

D'autre part le rachitisme soit spontané, soit expérimental peut être observé chez les animaux, contrairement à l'opinion de Parrot qui trouvait dans cette immunité des animaux acceptée par lui comme un fait démontré, une preuve de plus en faveur de l'identité du rachitisme et de la syphilis.

La syphilis n'exerce en réalité qu'une influence indirecte et prédisposante par suite de l'état d'affaiblissement qu'elle détermine.

La théorie alimentaire est aujourd'hui généralement adoptée; on met le rachitisme sur le compte de l'alimentation défectueuse et des troubles digestifs qui en résultent; dès 1741, J.-L. Petit avait montré que le rachitisme survient fréquemment chez les

enfants sevrés prématurément; l'observation journalière n'a fait que confirmer, jusqu'à nos jours, l'influence de l'alimentation vicieuse sur le développement du rachitisme.

Mais en quel sens s'exerce cette influence? La décalcification des os se produit-elle par suite d'un apport insuffisant des sels calcaires par les aliments ingérés ou bien au contraire est-elle la conséquence d'une désassimilation excessive des sels calcaires de l'organisme?

Il est inutile de rappeler ici les nombreux arguments que l'on a invoqués en faveur de l'une ou de l'autre opinion, car les expériences de contrôle n'ont donné que des résultats contradictoires.

« Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, la théorie digestive du rachitisme est adoptée par la majorité des auteurs. Que l'alimentation défectueuse et les troubles digestifs qui en résultent agissent en empêchant l'assimilation de la chaux, ou en favorisant sa désassimilation, ou en créant un poison inconnu qui arrête le développement des os, il importe peu; la fréquence avec laquelle on observe les troubles digestifs et l'alimentation défectueuse à l'origine du rachitisme, donne le droit d'établir, entre le premier et le second, une relation de cause à effet » (Marfan, *Annales de médecine*, p. 172, 1895).

La *prophylaxie* du rachitisme doit donc consister uniquement dans l'observation rigoureuse des règles alimentaires et hygiéniques applicables à l'enfant; pour amener la disparition du rachitisme il suffirait de supprimer l'allaitement artificiel, le sevrage prématuré, etc., mais il ne faut pas se dissimuler que la misère est la cause principale qu'il faudrait supprimer, car c'est elle qui impose et l'allaitement artificiel et le sevrage prématuré.

Le régime du rachitique doit tendre à restituer à l'économie les sels de chaux qui lui sont nécessaires pour parfaire le développement du squelette.

Le lait est l'aliment de choix, en raison de sa richesse en phosphates calcaires. Outre le lait, on donnera, à partir de deux ans, de la cervelle (Bouchard), des œufs, des bouillies, des purées de légumes secs (de haricots notamment).

Il est nécessaire que l'allaitement soit aussi méthodique que possible et que les tétées ou les prises de lait soient régulièrement espacées.

Le traitement médicamenteux est complexe. Il convient tout d'abord de combattre les troubles digestifs qui sont constants et qui entravent l'assimilation des aliments.

On atteint ce but en employant le *lait stérilisé* et en prescrivant les *alcalins*.

S'il existe une dilatation de l'estomac avec fermentations intenses, le *lavage de l'estomac* peut rendre les plus grands services.

La constatation de l'insuffisance des phosphates calcaires chez l'enfant rachitique devait conduire à l'emploi du *phosphate de chaux*. Il y a cependant une opposition formelle entre la pratique et les résultats de l'expérimentation en ce qui concerne la valeur thérapeutique du phosphate de chaux. Quelle que soit la façon dont il est administré, à l'état de phosphate tricalcique insoluble ou à celui de biphosphate, ou phosphate neutre de chaux, il est éliminé en grande partie par les matières fécales et par l'urine; son absorption est donc fort limitée.

Quelques médecins admettent cependant que le phosphate de chaux peut être assimilé, à la condition d'être donné en minime quantité (Bouchard).

La question de l'assimilation des préparations phosphatées, solubles ou insolubles, n'est donc pas encore définitivement tranchée. Il faut considérer d'autre part que c'est moins à l'insuffisance de la quantité des phosphates introduits dans