

action. Il n'en est pas de même des fruits et des végétaux frais, qui agissent même à des doses quotidiennes peu considérables.

Presque tous les légumes peuvent être considérés comme antiscorbutiques, cependant les crucifères, les salades, les alliacées (oignons) doivent être mis au premier rang. L'emploi des pommes de terre peut, à lui seul, empêcher la production du scorbut : dans les prisons de la Seine, Lancereaux a observé que, tous les ans, des cas de cette maladie se produisaient lorsque, les pommes de terre devenant rares, on les supprimait de l'alimentation des prisonniers et on les remplaçait par des légumes secs; l'épidémie cessait toujours quelques jours après la reprise de l'usage des pommes de terre ou de légumes verts quelconques. On a attribué cette action de la pomme de terre à ce qu'elle est riche en sels de potasse, comme d'ailleurs les végétaux alimentaires en général et même la viande fraîche.

Tous les fruits sont considérés comme pouvant, par leur emploi journalier, prévenir la production du scorbut. Mais tous ne jouissent pas de la même efficacité : les citrons et les oranges sont sans conteste supérieurs à tous les autres et ils présentent cet avantage que leur jus, préparé avec soin, conserve longtemps toutes ses propriétés antiscorbutiques. Depuis plus de trente ans déjà, les Anglais, en vertu du Merchant Shipping, Act de 1867, exigent que tout marin reçoive chaque jour, à partir du dixième jour de mer, 14 grammes de jus de citron conservé : ce lime-juice doit être donné avec une once de sucre (28 grammes) dans 112 grammes d'eau. Grâce à ces mesures sévèrement observées, le scorbut a disparu d'une façon presque complète de la marine anglaise.

Le lait est un excellent antiscorbutique; la bière et le cidre ont la même réputation justifiée. Le vin est aussi fort utile pour prévenir le scorbut. En ce qui concerne l'emploi de l'alcool, son efficacité est fort contestée sous forme de rhum ou d'eau-de-vie; il semble toutefois pouvoir être utile à doses modérées.

Les causes accessoires du scorbut seront combattues en même temps que sa cause alimentaire déterminante. Le froid et l'humidité seront évités autant que possible, ou tout au moins combattus par l'emploi de vêtements de laine. Le renouvellement de l'air sera assuré par une bonne ventilation. Tout en évitant une fatigue trop grande, on exigera des exercices au grand air et une certaine activité physique. Enfin on relèvera l'état psychique de toutes les façons possibles.

Le traitement du scorbut s'inspirera des mêmes principes que sa prophylaxie: il sera basé sur l'emploi d'aliments frais, en particulier de fruits et de légumes. L'oseille, l'ail l'oignon, la moutarde, le raifort, les choux, les salades sont, parmi les légumes verts, les plus efficaces et les plus employés; le cochléaria est connu depuis fort longtemps comme un merveilleux remède pour le scorbut, ainsi que le cresson. Toutes ces plantes semblent agir par leurs essences et leurs sels de potasse. Le jus de citron ou d'orange, ces fruits eux-mêmes, les poires, pommes, raisins, ananas frais, etc., doivent être administrés en aussi grande quantité que possible; la bière, les tisanes amères, le sirop de cresson, le sirop antiscorbutique seront également pris par les malades avec avantage. Döring dit avoir observé d'excellents résultats de l'emploi de la levure de bière à la dose de 180 à 500 grammes par jour.

Les acides minéraux (nitrates, etc.), les sels de potasse qui ont été considérés comme donnant à la pomme de terre ses remarquables propriétés antiscor-

butiques, les acides végétaux (tartrique, malique, etc.) ont été en vain essayés dans le traitement du scorbut : ils n'ont pu ni le prévenir, ni le guérir.

Les principaux symptômes seront combattus avec les ressources thérapeutiques applicables à chacun d'eux : les soins antiseptiques de la bouche (à l'aide des acides salicylique, phénique ou borique), l'emploi du chlorate de potasse permettront de combattre et d'atténuer les accidents gingivaux; les gencives seront touchées avec des collutoires à l'alcoolat de cochléaria, chlorate de potasse, etc.

Les membres inférieurs seront enveloppés d'ouate et légèrement comprimés; les phénomènes inflammatoires locaux, les ecchymoses seront combattus par des compresses trempées dans une solution chaude de chlorhydrate d'ammoniaque. Les plaies, les ulcérations seront traitées antiseptiquement.

Les phénomènes généraux seront combattus par les toniques et les bains généraux tièdes. Il faudra s'abstenir de purgatifs qui affaibliraient le malade.

## SCORBUT INFANTILE

### MALADIE DE BARLOW OU SCORBUT DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Nous décrivons, sous le nom de *scorbut infantile* ou *maladie de Barlow*, une affection sporadique sévissant chez les nourrissons âgés de cinq à dix-huit mois, et caractérisée : 1° au point de vue clinique, par une anémie marquée, de fortes douleurs, une pseudoparalysie des membres, des ecchymoses cutanées et muqueuses, et de la *gingivite*, s'il existe des dents; 2° au point de vue anatomique, par des épanchements sanguins sous-périostés; 3° au point de vue thérapeutique, par son arrêt immédiat et sa guérison rapide sous l'influence du lait frais et du jus de légumes ou de fruits frais.

Nous exposerons plus loin, à propos de la pathogénie de cette affection, les raisons qui nous portent à lui maintenir le nom donné par Thomas Barlow et quelques-uns des auteurs qui ont étudié cette maladie avant et après lui. Disons dès maintenant que divers observateurs ont voulu lui refuser toute autonomie et toute analogie avec le scorbut de l'adulte, et en ont fait soit une forme, soit une complication du rachitisme, sous les noms de *rachitisme aigu*, de *rachitisme hémorragique*, d'*hématome sous-périosté chez les rachitiques*, de *maladie de Moeller-Barlow*. Il est probable que certaines des observations décrites sous ce nom n'ont rien à voir avec le scorbut.

**Symptômes.** — Le début du scorbut infantile peut être précédé par une période de mauvais état général de l'enfant, mais le plus souvent il est brusque. Parfois le nourrisson était atteint depuis quelque temps de troubles digestifs, de gastro-entérite chronique : très souvent, *mais non toujours*, il présente des signes évidents de rachitisme, chapelet costal plus ou moins accusé, gonflement des épiphyses des os longs, symptômes de troubles de la nutrition antérieurs à la maladie actuelle. Néanmoins, dans la plupart des cas, le petit malade est en bon état, tout au moins à un examen superficiel, lorsque paraissent les premiers signes qui attirent l'attention. Il s'agit toujours d'un enfant nourri artificiellement, au biberon, avec des laits stérilisés, concentrés

ou quelqu'une des nombreuses préparations destinées à remplacer l'alimentation lactée.

Brusquement, le teint de l'enfant devient plus pâle que d'habitude, et en même temps apparaît, du côté d'un des membres inférieurs, une vive sensibilité au toucher : lorsqu'on prend la jambe ou la cuisse à pleine main, le malade manifeste une vive douleur. Cet état reste pendant un ou deux jours limité au membre inférieur atteint le premier, puis l'autre extrémité se prend à son tour, et si l'enfant avait déjà commencé à se tenir sur ses jambes, il s'affaisse sur lui-même lorsqu'on essaie de le faire tenir debout. Cette gêne fonctionnelle est due surtout à la douleur et aussi à la faiblesse musculaire : elle simule une paralysie des jambes, mais n'est qu'une pseudo-paralysie. Le petit malade reste immobile, les jambes molles, les articulations coxofémorales à demi fléchies. A cette phase du scorbut, il peut néanmoins encore remuer un peu les jambes. Il existe une vive sensibilité aux mouvements et à la pression, surtout dans le voisinage des chevilles et des genoux. Il y a souvent, dès cette période, un gonflement œdémateux des pieds et des jambes, mais cet œdème est dur, il semble faire corps avec les parties profondes et le doigt ne peut y déterminer de cupule. Cet état analogue au sclérome scorbutique des adultes, et qui peut faire défaut, ne masque pas l'apparition, sur un ou sur les deux membres inférieurs, d'une légère tuméfaction profonde. Cette tuméfaction est souvent symétrique, en ce sens que chacun des deux membres inférieurs en est atteint : mais elle peut par exemple porter d'un côté sur l'extrémité supérieure du tibia et de l'autre sur son extrémité inférieure. En général la lésion prédomine sur un des côtés et n'atteint que successivement les deux membres inférieurs. A son niveau, il n'y a pas de changement de couleur, ni d'élévation de la température locale de la peau : celle-ci est cependant luisante et un peu tendue quand il existe de l'œdème.

Au bout d'un ou plusieurs jours, l'enflure peut s'étendre à la totalité des membres inférieurs : l'enfant a le teint terreux (Netter), il reste prostré sur le dos, les membres dans la résolution la plus complète, évitant avec soin tout mouvement spontané, et il surveille anxieusement l'approche de ceux qui l'entourent, craignant d'en être touché. Chaque attouchement, en effet, chaque tentative d'exploration provoque une vive douleur et des cris : cette sensibilité douloureuse, comme d'ailleurs les lésions elles-mêmes, est toujours plus prononcée aux membres inférieurs, mais elle ne leur est pas limitée. Les membres supérieurs sont souvent atteints, quoique d'une façon moins prononcée et parfois impossible à démontrer cliniquement. La tête et le tronc sont lésés aussi à des degrés divers. Du côté des membres supérieurs, la lésion reproduit celle des membres inférieurs, sensibilité au niveau et au-dessous de l'union de l'épiphyse supérieure avec la diaphyse de l'humérus, et au-dessus de l'union de l'épiphyse inférieure des os de l'avant-bras avec les corps de ceux-ci. Il y a dans ces cas pseudo-paralysie des membres supérieurs.

Lorsque la lésion est nette et assez étendue, le gonflement profond des membres dépasse de beaucoup la région où la diaphyse se joint à l'épiphyse : elle donne alors la sensation d'une sorte de manchon douloureux, dur au toucher, et constitué par un épanchement entourant d'une façon complète tout le corps d'un fémur ou d'un humérus : ce manchon, qui se laisse traverser sur les radiographies par les rayons de Röntgen, peut s'étendre à toute la longueur de l'os. Parfois, au lieu de cette tuméfaction profonde et fusiforme, on trouve

une humeur plus localisée. Dans un cas de Netter on voyait à la partie antérieure du tibia, à l'union du tiers moyen avec les tiers supérieur et inférieur, deux saillies violettes, dures, douloureuses, de la dimension d'une noisette, faisant corps avec l'os ; il s'agissait évidemment de la même lésion que celle que nous venons de décrire, mais très limitée comme étendue.

En général la peau garde sa coloration normale au niveau des lésions des membres, elle ne présente ni rougeur, ni chaleur, ni aucun symptôme d'épanchement sanguin sous-cutané. Il peut néanmoins exister des *ecchymoses de la peau* au niveau des tuméfactions des membres, et même des taches ecchymotiques isolées comme chez l'adulte : Netter a en effet vu des ecchymoses rouge foncé, du volume d'un petit pois, se produire spontanément au niveau des malléoles, point d'élection pour la production des ecchymoses spontanées chez l'adulte.

Si l'évolution de la maladie continue, les épiphyses des os plats peuvent devenir le siège de lésions analogues à celles des membres : l'os iliaque présente parfois un épaissement plus ou moins considérable siégeant très près de la crête iliaque, qu'il envahit plus ou moins. Quelquefois on constate dans la fosse sous-épineuse d'une ou des deux omoplates une saillie arrondie due à un épanchement profond sous-périosté. Mais la déformation la plus caractéristique, dans les cas avancés, est due à l'enfoncement en bloc du sternum et des cartilages costaux qui se trouvent ainsi placés sur un plan plus profond qu'à l'état normal : cette déformation est due à une série de fractures partielles de l'extrémité antérieure des côtes.

A cette période, l'impotence fonctionnelle des membres est totale : il y a une faiblesse extrême des muscles du dos et on peut parfois sentir, par la palpation, un épaissement profond dans le sillon qui borde de chaque côté les apophyses épineuses dorsales et lombaires. Il nous semble impossible de ne pas rapprocher cette faiblesse des muscles du dos de la courbature rachidienne dont se plaignent les scorbutiques adultes.

Dans les cas où la maladie de Barlow continue son évolution sans entraves thérapeutiques, les lésions osseuses dont nous venons de parler s'aggravent et se compliquent et il se produit des fractures spontanées, en apparence tout au moins : ces fractures sont dues dans certains cas au décollement de diverses épiphyses et elles sont alors en général symétriques ; elles siègent surtout aux extrémités supérieure et inférieure du fémur, à l'extrémité supérieure du tibia et donnent lieu à une crépitation épiphysaire caractéristique. Parfois les solutions de continuité portent sur le corps des os longs, le fémur et l'humérus principalement. Ces fractures sont souvent impossibles à reconnaître au point de vue clinique, car elles sont sous-périostées, s'accompagnant par conséquent d'un déplacement très minime, et sont masquées par le manchon sanguin périosteux et l'œdème périphérique. Nous avons à l'heure actuelle un moyen très pratique de les déceler : c'est l'emploi des rayons X, la radioscopie, ou mieux encore la radiographie.

Du côté du crâne et de la face, on observe une sensibilité très grande sur les parties latérales du crâne et au niveau de certains os de la face ; cette sensibilité s'accompagne d'une tuméfaction plus ou moins considérable des parties endolories. Il s'agit évidemment d'épanchements sanguins profonds sous-périostés et sous-épiciariens. C'est aussi à la même cause que sont dus les phénomènes oculaires qu'il n'est pas rare d'observer dans le scorbut infantile.

Ces *symptômes orbitaires* portent sur un seul des orbites ou sur les deux : ils apparaissent brusquement en même temps que les épanchements profonds des membres et donnent à l'œil atteint un aspect analogue à celui qu'il prend lorsqu'il y a fracture de la base du crâne avec épanchement dans la partie postérieure et supérieure de l'orbite. Les deux yeux sont atteints en général par la lésion, mais successivement et d'une façon inégale. Ces symptômes consistent en une exophtalmie modérée avec déviation en bas du globe oculaire : la protrusion du globe augmente pendant le premier jour, puis une ecchymose profonde de la paupière supérieure apparaît. Il n'y a aucun symptôme inflammatoire au niveau de cette lésion ; quelquefois le sang vient jusque sous la conjonctive, donnant ainsi lieu à une ecchymose conjonctivale : mais en général il reste dans la base de la paupière supérieure qu'il empâte et épaissit. Cette lésion est douloureuse et l'enfant souffre évidemment du fait de l'exophtalmie, d'ailleurs peu considérable, causée par cet épanchement. L'appareil de la vision lui-même est intact, il n'y a aucun trouble, aucune hémorragie dans les milieux de l'œil et la tension intra-oculaire reste normale.

Les *lésions de la peau*, si caractéristiques et si constantes dans le scorbut des adultes, sont moins fréquentes dans le scorbut des nourrissons. Toutefois on signale, dans les cas graves de maladie de Barlow, des hémorragies cutanées et sous-cutanées, analogues à des contusions, survenant spontanément ou à la suite de légères pressions : elles sont alors identiques aux *ecchymoses* des adultes. Le *piqueté* scorbutique, les petites taches purpuriques sont rares chez les enfants : le peu d'activité de leur système pileux explique facilement ce fait, car nous avons vu que ces lésions siégeaient au niveau des follicules pileux.

Les *lésions des gencives*, qui sont caractéristiques, quand elles existent dans les cas de scorbut avéré de l'adulte, sont moins constantes et moins importantes encore chez les enfants. La gingivite scorbutique, avons-nous dit, manque chez les vieillards édentés ou se localise au niveau des dents ou chicots existants : la production de cette lésion obéit aux mêmes lois chez le petit enfant. Si le nourrisson n'a pas de dents, il peut n'y avoir rien de caractéristique du côté des gencives : souvent cependant l'examen montrera une coloration rouge violacé (parfois très vive), de petites ecchymoses et de la lividité gingivales. S'il existe des dents, on voit se produire, en même temps que les lésions des membres ou peu après, une simple tuméfaction de la muqueuse autour et entre les dents sorties : puis il se forme au même niveau de petites granulations saignant facilement, qui entourent souvent les dents comme une collerette. Partout où il n'y a pas de dents, la muqueuse ne présente aucune granulation hémorragique : mais elle est souvent le siège d'ecchymoses situées surtout au niveau des dents à paraître. Le voile du palais peut être d'un rouge violacé très vif.

Les lésions gingivales restent telles dans les cas de moyenne intensité : si la maladie s'aggrave, les granulations deviennent plus grosses, elles forment des bourgeons mobiles et saignants qui recouvrent les dents, et, s'il existe un certain nombre de ces dernières, la gingivite scorbutique du nourrisson ressemblera beaucoup à celle qu'on décrit chez l'adulte : même fétidité, même facilité à saigner, même gêne alimentaire. La fétidité de l'haleine manque dans les cas d'intensité moyenne. Répétons encore que, comme chez l'adulte, les lésions gingivales sont proportionnelles au nombre de dents.

Le retentissement de l'affection scorbutique sur les divers appareils a lieu,

chez l'enfant, d'une façon très analogue à ce qu'on observe chez l'adulte. Il y a peu de *troubles digestifs* : cependant on observe des vomissements, de la diarrhée, parfois quelques légers melæna.

La *respiration* est gênée par les lésions osseuses du thorax et parfois par les complications pulmonaires, assez fréquentes : la broncho-pneumonie, les petits épanchements hémorragiques du poumon et de la plèvre sont assez fréquents dans les cas graves.

L'*appareil circulatoire* présente des lésions analogues à celles qu'on observe chez l'adulte, mais qui sont jusqu'ici insuffisamment décrites : le sang est ce qu'il est dans toutes les anémies profondes, appauvri quant au nombre de globules rouges et au taux de l'hémoglobine. Existe-t-il des troubles cardiaques, une myocardite analogue à celle de l'adulte ? La plupart des observations sont insuffisantes à ce point de vue ; cependant Netter signale que son petit malade eut une *syncope* et nous avons insisté sur la fréquence de la syncope chez les adultes : le cœur de l'enfant en question ne présentait rien d'anormal à l'auscultation.

La *température* est tout à fait comparable à celle des scorbutiques adultes. Elle reste normale et ne s'élève que pendant un jour ou deux au moment des poussées, mais elle ne dépasse guère 38 degrés et n'atteint qu'exceptionnellement 39 degrés.

Le *système nerveux* n'est pas directement atteint dans la maladie de Barlow. Rien n'indique une lésion de la moelle ou des nerfs périphériques et la pseudo-paralysie des membres inférieurs tient à la douleur que provoquent les mouvements et vraisemblablement aussi à la faiblesse musculaire, comme chez l'adulte. On a signalé des convulsions et un demi-coma qui indiquent un état d'épuisement grave. La tétanie se produirait quelquefois au cours de la maladie de Barlow. Enfin, si l'enfant est rachitique, la laryngite striduleuse s'accroît souvent (Barlow).

L'*urine* renferme fréquemment du sang, et par suite une petite quantité d'albumine : mais, s'il existe de l'apoplexie rénale, il n'y a pas de néphrite et l'examen microscopique ne montre que des globules rouges et rarement des cylindres sanguins.

**Marche et durée.** — La marche du scorbut infantile est des plus variables et nous pourrions répéter en ce qui le concerne ce que nous avons dit du scorbut des adultes : ses variations d'intensité sont extrêmement grandes et il peut s'arrêter à tous les stades de son évolution. Aussi les divers auteurs ont-ils admis que la maladie n'avait, dans bien des cas, qu'une caractéristique : la disparition rapide des lésions sous l'influence du traitement antiscorbutique. Les symptômes les plus constants sont l'anémie et une sensibilité et une irritabilité excessives des membres inférieurs. Holmes Spicer admet que les hémorragies orbitaires peuvent être le seul signe de la maladie ; l'hématome sous-périosté *douloureux*, causant la pseudo-paralysie du membre atteint, peut constituer, avec l'anémie, tout le tableau du scorbut infantile.

La maladie de Barlow présente un grand nombre de degrés qui peuvent se classer en trois groupes, les cas graves, les cas d'intensité moyenne, les cas légers. Les cas légers et moyens guérissent complètement en deux ou trois mois, les cas graves peuvent durer six mois. Dans une observation de Netter, le début du scorbut eut lieu au milieu de septembre et le 5 octobre rien ne

permettait de faire un diagnostic ferme; mais le 26 octobre le diagnostic était posé et le 29 le scorbut prenait des allures graves. Cependant, le 5 novembre, tout caractère de gravité avait disparu et l'enfant était presque guéri, sous l'influence du traitement antiscorbutique.

Dans les cas où la durée de l'affection n'a pas été entravée assez tôt par l'intervention thérapeutique et dans ceux où le régime alimentaire n'est pas changé, la mort peut terminer la maladie: Gee (1881) a observé 4 morts sur 5 malades.

Sous l'influence d'une alimentation appropriée, tous les symptômes rétrogradent rapidement: en trois ou quatre jours les douleurs cessent, l'enfant ne crie plus et il n'a plus le facies anxieux du début de la maladie; sa peau se colore et perd son ton terreux; il remue facilement les jambes. Les lésions gingivales s'atténuent peu à peu et disparaissent en quelques jours. Cependant les gonflements œdémateux et les épanchements sous-périostés disparaissent avec lenteur: les derniers surtout se résorbent difficilement.

Les fractures et les décollements épiphysaires guérissent vite et ne laissent que peu ou pas de déplacement, grâce à leur production sous-périostée.

**Anatomie pathologique.** — L'anatomie pathologique du scorbut infantile a été surtout étudiée par Barlow: comme chez les adultes, les lésions hémorragiques en sont la caractéristique, et, parmi elles, les hémorragies sous-périostées sont les plus importantes. Ces hématomes affectent surtout les os des membres inférieurs, le tibia et le fémur en particulier; puis viennent, suivant l'ordre de fréquence de leurs lésions, les os du bassin, surtout l'os iliaque, puis les côtes, les os des membres supérieurs, l'omoplate, les os de la tête.

L'épanchement débute en général par le point de jonction d'une ou des deux épiphyses avec la diaphyse, et il peut rester limité en ce point; mais souvent il décolle le périoste sur une étendue plus ou moins considérable et il se produit en divers points du corps de l'os, que le sang peut entourer comme un manchon. Le périoste est soulevé et congestionné: il présente çà et là sur sa face interne des lamelles osseuses qui, par leur extension et leur réunion, formeront à l'os ancien un étui osseux nouveau. Il n'y a pas de périostite, quoique l'os soit tout à fait mis à nu lorsqu'il est débarrassé du sang qui l'enveloppe. Lorsque le scorbut est grave, on trouve des hémorragies à l'intérieur du canal médullaire des os longs. La paroi osseuse est quelquefois très diminuée d'épaisseur et le microscope y montre une résorption considérable de la substance trabéculaire dont les espaces élargis se présentent avec des bords érodés. Lorsque l'enfant est rachitique, on rencontre les lésions osseuses propres au rachitisme. Les lésions hémorragiques des os sont analogues à celles que nous avons décrites chez l'adulte: leur intensité ne tient qu'à l'activité énorme des fonctions du périoste à cet âge. Les épiphyses sont assez fréquemment décollées et, comme les fractures qui se produisent sur le corps des os, ces décollements s'accompagnent rarement d'un déplacement sérieux. L'omoplate peut présenter des hémorragies sous-périostées dans les fosses sous-scapulaire, sus et sous-épineuse. Les côtes peuvent être plus ou moins dénudées par les hématomes, leur fragilité est extrême et elles sont souvent fracturées à leur extrémité antérieure. Du côté du crâne, l'hémorragie sous-périostique se produit en général sur la face externe des os, mais elle peut aussi se produire sur leur face intra-crânienne, comme le montrent quelques cas de pachyméningite hémorragique

signalés dans le scorbut infantile, et un cas de Möller dans lequel l'hémorragie, produite sur la face interne du frontal, avait fusé dans l'orbite et causé de l'exophtalmie.

Les articulations sont saines en général.

Du côté des muscles on retrouve des lésions analogues à celles qu'on constate dans le scorbut de l'adulte: il y a des hémorragies abondantes dans les muscles, au voisinage des os. Les muscles superficiels sont amincis, pâles et ils sont le siège d'une infiltration séreuse.

Du côté des *viscères* on a signalé des épanchements sanglants dans la plèvre et des pétéchies pleurales: on trouve aussi des hémorragies du poumon et parfois de la pneumonie. La rate, les reins, les follicules clos de l'intestin, les plaques de Peyer, les ganglions lymphatiques sont également le siège d'épanchements sanguins. Des hémorragies de la cavité arachnoïdienne ont été observées par Ord, Sutherland et Barlow.

**Étiologie.** — Nous avons déjà dit que le scorbut infantile se montre presque exclusivement entre cinq et dix-huit mois et était fort rare avant et après ces âges. Le *sexe* est indifférent.

Les *saisons* paraissent avoir une influence sur la maladie de Barlow qui est plus grave et de durée plus longue dans la saison froide.

*C'est une maladie des enfants de la classe aisée*: elle est rare dans la classe pauvre et la plupart des cas ont été observés dans la pratique privée des médecins d'enfants. Nous verrons plus loin quelle explication on peut donner de ce fait.

Certaines maladies infantiles, le rachitisme en particulier, semblent en faciliter l'écllosion.

La cause véritable du scorbut chez le nourrisson paraît bien être, comme chez l'adulte, l'abstention prolongée d'aliments frais: dans l'espèce, il faut incriminer l'absence de lait frais et son remplacement par du lait stérilisé ou conservé, ou par une des nombreuses préparations lactées si souvent substituées à cet aliment indispensable à la première enfance. Il semble que le lait stérilisé devienne rapidement une *consève*, qu'il perde quelques-unes des propriétés vitales, quelques-uns des principes qui en font une substance vivante et qui sont nécessaires à la nutrition: cette altération est aussi impossible à démontrer et même à supposer que l'est l'altération du sang qui cause les phénomènes scorbutiques. Toutes les méthodes de stérilisation du lait peuvent la produire: la méthode de Soxhlet (Netter), la maternisation du lait (Moizard, Comby), la stérilisation industrielle (Baginsky, Conitzer, Mennig, Van Starch) ont toutes été notées comme ayant servi à la préparation du lait donné aux enfants qui ont développé du scorbut infantile. Dans un grand nombre de cas la substitution, au lait stérilisé, de lait cru, ou simplement bouilli, a suffi à faire rapidement disparaître les symptômes de cette maladie et à guérir les petits malades. L'influence de la stérilisation du lait trouve encore une preuve indirecte dans le fait que la maladie de Barlow se montre presque exclusivement dans la classe aisée et dans l'âge des petits malades. En effet, dans la classe pauvre, le lait stérilisé est rarement employé seul, il est coupé avec des liquides de compositions diverses et on lui adjoint souvent de très bonne heure des soupes et des aliments variés, qui, s'ils ont des effets nuisibles à d'autres points de vue, peuvent suffire à rendre fort rare le scorbut infantile. Il n'en est