

Pour ce qui est de la syphilis héréditaire, Steiner a constaté que, sur dix cas de ce qu'il appelle rachitisme aigu observés par lui, la maladie coïncidait avec la syphilis héréditaire chez deux enfants de quatre mois, qui tous deux moururent rapidement. Il n'est pas fait mention de l'autopsie de ces deux cas. Il est permis de supposer que l'affection osseuse dont souffraient ces deux enfants était peut-être la maladie syphilitique bien définie des extrémités du corps des os longs, dont une magistrale description a été donnée par Parrot et Wegner. Car cliniquement il y a réellement beaucoup de trompeuses ressemblances entre ces deux maladies, que seule l'autopsie permet de différencier. Dans les deux affections, il y a pseudo-paralysie symétrique, et, dans l'affection syphilitique, comme dans celle que nous avons étudiée, il peut y avoir déplacement de l'épiphyse par rapport au corps de l'os. En outre, dans toutes les deux, on peut sentir sur une certaine étendue un épaississement autour de l'os. Mais, dans l'affection syphilitique, la douleur et la sensibilité à la pression ne sont pas à beaucoup près aussi grandes que dans la maladie qui nous occupe. Elles sont souvent en effet tout à fait médiocres, et le gonflement général du membre est insignifiant. En outre, l'affection syphilitique s'accompagne fréquemment d'épanchement articulaire, ce qui n'est pas le cas pour la maladie qui nous occupe.

L'élément âge est important : il est rare que le scorbut se manifeste avant cinq mois, tandis que l'affection syphilitique peut apparaître à trois mois ou beaucoup plus tôt. La seule preuve concluante est fournie par l'autopsie. Dans l'affection syphilitique, la lésion fondamentale est, comme l'enseigne Parrot, intra-osseuse, et consiste en ce qu'il appelle une transformation gélatiniforme des tissus osseux de l'extrémité de la diaphyse. En même temps, il y a un certain degré de périostite et de périoste, mais pas d'épanchement séparant le périoste du corps de l'os, comme ce que nous avons décrit à l'« Anatomie pathologique ». Il semble possible que les deux cas de Steiner fussent purement syphilitiques et qu'ils n'eussent pas dû être rangés dans la catégorie qui nous occupe. Sans doute, dans bien des cas, à l'âge de six mois, toutes les manifestations externes de la syphilis héréditaire ont disparu, de telle sorte que, dans un cas donné de scorbut infantile, il n'est pas facile de démontrer absolument qu'il n'y a pas de syphilis antérieure, mais on peut affirmer que, en général, les observations ne fournissent aucun appui à l'hypothèse d'une origine syphilitique, que les autopsies publiées de scorbut infantile ne montrent aucune lésion syphilitique démonstrative et finalement qu'il n'est pas évident que la syphilis joue un rôle dans la production des symptômes.

Quelle relation y a-t-il entre les symptômes et lésions de ce que nous avons appelé scorbut infantile, et ceux du rachitisme ordinaire? Il a été soutenu par nombre d'auteurs allemands que ces cas étaient des exemples de rachitisme aigu. Mais cela n'a pas été confirmé par les preuves anatomiques, et cette désignation a constamment été considérée comme peu satisfaisante par les écrivains qui l'ont employée. Il est parfaitement vrai que, dans la grande majorité des cas, les antécédents rachitiques sont démontrés par la présence des chapelets costaux, l'élargissement des épiphyses et le retard de la dentition. Deux manifestations du rachitisme, à savoir : la transpiration

céphalique et la laryngite striduleuse, s'accroissent souvent dans le cours de la maladie que nous discutons. Il faut noter qu'après le groupe spécial des symptômes qui se manifestent dans les membres et qui ont été décrits, il reste dans un grand nombre de cas des signes persistants de rachitisme qui parcourent les étapes typiques ordinaires un peu prolongées de cette maladie.

A l'autopsie, on trouve une somme variable d'altérations rachitiques, de l'ossification spongioïde de la région de soudure épiphysaire. Mais quoiqu'on ait trouvé dans la plupart des cas terminés par la mort une quantité notable de lésions rachitiques, il y a eu des cas où ces lésions étaient tout à fait insignifiantes, et dans beaucoup de cas, plus bénins, qui ont guéri, il fut tout à fait impossible de découvrir cliniquement aucune trace de rachitisme. Si nous abordons le sujet par son autre côté, nous voyons que, dans les cas presque typiques et incontestés de rachitisme dont on fait l'autopsie, les lésions hémorragiques sont manifestement absentes. Même dans les cas très graves, où il y a des déformations osseuses extrêmes avec fractures multiples, ou un ramollissement extrême des os, on ne rencontre pas d'hémorragies sous-périostiques, malgré la gravité qu'avait atteinte la cachexie pendant la vie. Cette difficulté n'a pas échappé aux auteurs allemands, qui ont écrit avec une connaissance insuffisante des caractères anatomo-pathologiques du scorbut de la première enfance, et ils ont essayé d'établir une division entre *rachitisme aigu* et *rachitisme grave*. Il est clair que les phénomènes de la maladie que nous étudions, et ceux du rachitisme proprement dit, ne présentent pas ce que les écrivains logiciens décrivent comme des variations concomitantes.

Aucun des malades ne paraît appartenir à une famille d'hémophiles. En outre, l'absence générale de troubles articulaires élimine l'hypothèse d'attaques hémophiliques limitées aux membres. Bien qu'il y ait, à vrai dire, formation d'ecchymoses de diverses natures, et aussi quelques hémorragies internes, les petits épanchements cutanés n'en sont pas moins rares, et ce fait, joint à la longue durée de la maladie et à la forme spéciale de l'affection des membres, enlève toute ressemblance avec aucun cas connu de purpura hémorragique. Enfin, la réaction remarquable au changement de régime distingue la maladie de toutes les autres formes de maladies hémorragiques.

Avec quelle maladie connue le syndrome en question présente-t-il donc le plus d'affinités? Nous soutenons que c'est avec le scorbut. Les lésions osseuses qui viennent d'être décrites ont été trouvées dans des cas incontestables de scorbut chez de jeunes adultes et des adolescents.

En 1699, le célèbre Poupert disséqua des corps de scorbutiques à l'hôpital Saint-Louis, à Paris. Chez quelques-uns d'entre eux, il décrit une certaine crépitation produite par les os, lorsqu'on les remuait, et, en disséquant les corps, il trouva les épiphyses entièrement séparées de leurs diaphyses. Il a remarqué que tous les jeunes sujets au-dessous de 18 ans avaient à un certain degré leurs épiphyses ainsi séparées, et, à propos de quelques-uns, il dit : « Nous percevions un bruit faible et bas quand ils respiraient, et, chez eux, les cartilages et le sternum furent trouvés séparés des côtes. » Ainsi,

l'état des côtes décrit par lui est identique à celui que nous avons trouvé dans nos autopsies des cas infantiles.

Lind et Budd ont également décrit (dans des cas de scorbut maritime examinés par eux) des épanchements de sang sous-périostiques, particulièrement autour des os des membres inférieurs, mais aussi sur les mâchoires. Les fractures des côtes, près de leur extrémité antérieure, ont été décrites par Godechen comme survenant dans le scorbut. Pendant le dernier siège de Paris, on fit plusieurs autopsies de jeunes sujets morts du scorbut, chez lesquels on trouva autour du tibia des épanchements sanguins sous-périostiques. Un cas remarquable me fut communiqué par M. Vidal.

De même, les épanchements intra-osseux survenant à la fois dans les os longs et dans les côtes, et l'ostéite raréfiante prédisposant à la fracture, ont été décrits dans le scorbut, et ces lésions sont exactement semblables à celles qui ont été décrites dans nos observations. La prédominance aux membres inférieurs est la même dans notre maladie et dans le scorbut des adultes.

Passons aux autres tissus. Les hémorragies et exsudations séreuses dans les masses musculaires et les lésions consécutives des muscles sont caractéristiques. En outre, les lésions hémorragiques internes que nous avons décrites sont conformes à ce qui a été trouvé dans le scorbut. La grande pâleur et la teinte boueuse, probablement dues à la résorption d'hémoglobine altérée, sont également communes à notre maladie et au scorbut typique. — Finalement, au point de vue de l'état des gencives, nous pouvons distinguer les cas présentant des symptômes du côté des membres, avec état fongueux des gencives, et les cas présentant des symptômes du côté des membres, sans état fongueux des gencives, et nous avons observé que l'état fongueux des gencives était subordonné à la présence des dents. S'il y a plusieurs dents, les fongosités sont efflorescentes, et dans les cas graves, l'odeur fétide, le saignement et les tumeurs proéminentes sont identiques à ce que l'on observe dans le scorbut typique. Quand il n'y a pas de dents, il n'y a pas de fongosités, quoiqu'un examen attentif puisse révéler l'existence de petites ecchymoses. On a attaché la plus grande importance à l'état des gencives dans le scorbut des adultes; mais il est surabondamment prouvé qu'un individu édenté peut présenter la faiblesse des membres, la cachexie et l'anémie, sans fongosités au niveau des gencives. En outre, dans les cas bénins de scorbut terrestre, on a observé que les fongosités sont constamment limitées au voisinage des dents qui restent, et que, dans les intervalles où les dents manquent, il n'y a pas de fongosités.

Nous pouvons mentionner ici une série de cinq cas que nous avons observés, à différentes périodes, chez des sujets qui avaient tous dépassé la première enfance. Dans ces 5 cas — enfants de 10 à 12 ans — il s'agissait incontestablement de scorbut, occasionné par une singulière antipathie hystérique pour les légumes et la viande. Les lésions gingivales étaient généralement plus prononcées que dans les cas observés chez des enfants du premier âge. Les lésions des membres ressemblaient à celles que l'on observe dans ces mêmes cas, mais moins prononcées. L'étude de ces cas de la seconde enfance les faisait apparaître comme constituant (au point de

vue symptomatologique) un terme moyen entre le groupe de la première enfance et le scorbut des adultes. Le rapport inverse qui existe entre les lésions des gencives et les lésions des membres, considérées au point de vue de leur fréquence et de leur intensité dans les trois groupes, paraît rationnel, si l'on se rend compte de la différence des conditions physiologiques au milieu desquelles elles se produisent. Avant l'éruption des dents, il y a une vascularisation et un apport sanguin beaucoup moins considérables, et beaucoup moins de propension à l'attrition qu'il n'y en a plus tard lorsque chaque dent exige la présence d'un important faisceau vasculaire.

L'activité physiologique de toutes les parties des os en état de croissance chez un enfant du premier âge est un des aspects les plus remarquables de sa vie physique. Cette activité paraît être modifiée de la façon la plus rapide et la plus aiguë par les changements de la nutrition générale, et s'il s'est déjà produit un état de rachitisme, avec les altérations de la ligne épiphysaire et du périoste qui sont caractéristiques de cette maladie, il y a là manifestement un terrain tout préparé pour le développement des lésions hémorragiques, s'il survient une altération du sang susceptible de les déterminer. — Exposons la chose d'une autre façon : le rachitisme par lui-même ne produit jamais (aussi loin du moins que peut remonter l'expérience) ces hémorragies. Car, autrement, étant donnée la grande fréquence du rachitisme, on rencontrerait ces hémorragies beaucoup plus souvent. Mais le scorbut, comme nous le savons par l'observation des adultes, est capable de produire de semblables lésions hémorragiques. Lors donc que, dans nos cas infantiles, la modification du sang due au scorbut vient à se produire, il se pourra que la lésion rachitique déjà présente agisse comme cause physiologique en déterminant les points sur lesquels se manifesterait le scorbut. Cherchons maintenant s'il n'y a pas dans la condition antérieure de ces enfants quelque chose qui puisse être comparé aux circonstances dans lesquelles apparaît le scorbut des adultes. Dans quelles circonstances apparaît le scorbut des adultes? Il y a certainement un grand nombre de conditions prédisposantes d'hygiène défectueuse; mais il est certainement prouvé par des observations suffisantes que la privation prolongée de légumes frais ou de leurs équivalents est le fait que l'on rencontre avec le plus de constance dans les antécédents de la maladie. Nous avons dit privation prolongée, parce qu'il est clair que l'organisme a le pouvoir de puiser dans ses réserves pendant de longues périodes, pour obvier à la privation d'un aliment complet; et nous nous sommes servis de l'expression « légumes frais ou leurs équivalents », parce que nous savons maintenant que la viande fraîche crue et le lait frais sont antiscorbutiques au même titre, quoique leur action soit moins prompte peut-être que celle des légumes frais et du jus de fruits frais. Il faut probablement, pour produire un effet antiscorbutique égal à celui des légumes frais ou du jus de fruits frais, des quantités beaucoup plus considérables de viande crue fraîche et de lait frais.

La chimie du scorbut est encore un problème non résolu — ou un problème incomplètement résolu, devrais-je dire peut-être. Car, grâce aux travaux de Garrod, Ralfe et autres, nous savons qu'il y a une diminution de l'alcalinité du sang et probablement quelque défaut dans la façon dont

se présentent les éléments salins des aliments, et dans la facilité avec laquelle se séparent leurs bases. Mais le problème peut être envisagé au point de vue biologique aussi bien qu'au point de vue chimique. Il semble légitime de dire que plus nous enlevons de choses à un aliment vivant, plus son pouvoir antiscorbutique diminue. Les légumes frais sont des antiscorbutiques plus puissants que les légumes cuits ou conservés. La viande crue est plus antiscorbutique que la viande cuite, et le jus de viande crue que le bouillon. Je pense que l'on trouvera enfin que le lait cru est plus antiscorbutique que le lait cuit. En définitive, entre les antécédents de nos malades et ceux des rachitiques avérés, qu'y a-t-il donc de commun? Peu de chose, quelque importance que l'on veuille attribuer à la mauvaise hygiène.

La majorité des cas de scorbut du premier âge a été observée dans des maisons saines et dans un milieu satisfaisant.

Considérons maintenant la question de l'alimentation. Dans le groupe que nous avons décrit, il n'y a pas un seul cas où la maladie soit survenue chez un enfant nourri au sein. Dans la grande majorité des cas, lorsque des détails complets ont pu être obtenus, on trouve que ces enfants avaient été nourris avec ce que l'on peut appeler des « spécialités » alimentaires à l'usage des enfants, que l'on prépare en ajoutant de l'eau à certaines poudres. Viennent ensuite les différentes préparations de lait concentré et les spécialités alimentaires à base de lait concentré. Enfin viennent les cas dans lesquels on a donné, durant les dernières périodes du premier âge, du lait frais, additionné ou non de spécialités alimentaires, mais toujours extrêmement dilué. Maintenant, admettons, pour la discussion, qu'un tel régime soit un régime favorable au développement du scorbut et qu'un petit enfant, présentant les symptômes qui ont été décrits, soit à ce moment alimenté conformément à ce régime, ce sera évidemment mettre à l'épreuve la valeur de l'hypothèse de la nature scorbutique de la maladie que de modifier l'alimentation en la rendant antiscorbutique et de noter les résultats. Substituons donc au lait concentré du lait de vache frais; au lait de vache extrêmement dilué, substituons du lait de vache non coupé — par exemple un demi-litre pour un enfant de six mois. Au lieu de la spécialité alimentaire, mêlons tous les jours au lait de la purée de pommes de terre et une cuillerée à bouche de jus de viande ou de sauce. Enfin administrons tous les jours une cuillerée à bouche de jus d'orange ou de raisin, par doses fractionnées, mêlées à la quantité d'eau nécessaire. Quel sera le résultat de ces changements très simples? Ce résultat est flagrant au bout de deux ou trois jours. En règle générale, cette nourriture est prise avidement, et n'occasionne pas de troubles digestifs. L'enfant devient plus content; la sensibilité des membres diminue rapidement; la pâleur devient moindre; s'il y avait des hémorragies rénales, elles cessent et il est rare que de nouvelles ecchymoses apparaissent.

Il est clair que les progrès de la maladie sont définitivement arrêtés. En ce qui concerne le traitement local des membres, il n'y a d'indispensable que leur maintien au repos dans la position horizontale, ce qui coïncide avec une autre indication qui est de prévenir une défaillance possible du

cœur résultant de l'extrême anémie et de la dégénérescence graisseuse. L'expérience a surabondamment prouvé que les toniques du sang, tels que le fer, l'arsenic et le phosphore, sont inutiles si un changement convenable n'est pas fait dans le régime, et, si ce changement est fait, ils sont peu nécessaires; quoique l'air frais et la lumière du soleil ne préviennent pas l'éclosion de la maladie, ils aident probablement à la guérison quand la modification du régime alimentaire a été effectuée. On observe parfois que, lorsque le « besoin scorbutique » a été satisfait et que la cachexie a disparu, l'enfant n'est plus capable d'assimiler les quantités considérables de matière végétale et de lait de vache frais, non coupé, qu'il absorbait avec avidité et qu'il digérait, au début du traitement. Cela également est conforme à ce que l'on observe dans le scorbut des adultes.

Variations d'intensité. — Dans toutes les maladies du sang on trouve entre les différents cas de grandes différences d'intensité, et il y a, dans le scorbut du premier âge, un grand nombre de degrés. Ainsi, nous rappelant le type grave déjà décrit, nous pouvons maintenant nous reporter à ces enfants pour lesquels on vient consulter à cause d'une hématurie sans lésion apparente des os autre qu'un léger rachitisme. *Ces enfants peuvent toutefois être nettement anémiques, et présenter une irritabilité et une sensibilité excessives au moindre contact de leurs membres inférieurs.* Un grand nombre d'entre eux ont été largement nourris avec des aliments conservés, et un résultat avantageux pour l'hématurie et la sensibilité des membres sera obtenu d'une façon évidente presque immédiatement après l'adoption du régime antiscorbutique. Bien plus, il y a des exemples de petits rachitiques chez lesquels il y a, quoiqu'on ne puisse trouver chez eux aucune des lésions caractéristiques du scorbut, une irritabilité et une sensibilité tout à fait hors de proportion avec les lésions osseuses: l'administration, ou l'augmentation de ce qu'on peut appeler la nourriture vivante, fera souvent disparaître cette irritabilité et cette sensibilité. Il semble que, de même qu'il y a un « point de fuite », — *vanishing point* — pour le rachitisme, il y en ait également un pour le scorbut du premier âge. Les hémorragies orbitaires liées aux cas typiques ont été déjà décrites: M. Holmes Spicer a avancé qu'elles pouvaient être le seul signe du scorbut. Il importe d'insister sur ce fait qu'il y a un grand nombre de cas légers de scorbut de la première enfance dans lesquels il n'y a pas de marasme, quoiqu'ils s'accompagnent toujours d'anémie.

Traitement. — Les résultats exposés dans les paragraphes précédents donnent une nouvelle force à la nécessité de nourrir les enfants au sein dans toutes les classes de la société. Dans les observations *détaillées* et dans la pratique de l'auteur, il n'y a pas d'exemple de cette affection survenant chez un enfant pendant qu'il est nourri au sein. Lors de la discussion sur le scorbut infantile au Congrès médical international de Berlin, le Dr Pott affirma qu'il avait vu un exemple de deux jumeaux atteints de la maladie, quoique nourris au sein. Aucun détail n'est donné sur la question de savoir si la mère était scorbutique et sur la quantité totale de lait prise par les enfants: mais il est dit que la succion était impossible chez eux par suite de

l'état douloureux de la bouche. Aucune information n'est fournie au sujet des autres symptômes de scorbut, et il semble que l'on peut se demander si la stomatite était réellement scorbutique. Ce fait n'affecte guère notre affirmation primitive. Dans les *Deut. Arc. für klin. Medicin*, 1880, le Dr Kuhn de Moringen rapporte une épidémie de scorbut. Il signale 15 cas survenus chez des enfants, dont plusieurs étaient très jeunes et allaités par leurs mères atteintes elles-mêmes du scorbut. Ces enfants souffraient de violent catarrhe buccal, de bronchite, et de diverses affections de la peau telles que pemphigus, érythèmes, et, dans un petit nombre de cas, pétéchies. Un certain nombre d'entre eux moururent, mais je n'ai trouvé aucune relation d'autopsie. Les détails sont trop pauvres pour aider nos recherches.

Si la mère est elle-même atteinte de scorbut, ou si son lait est insuffisant comme qualité et comme quantité, il est certainement désirable, comme l'expérience l'a prouvé, que l'on joigne au lait maternel quelques aliments auxiliaires. Mais la valeur des « aliments vivants » est telle, qu'il faut s'efforcer de conserver l'allaitement au sein au moins comme mode *partiel* d'alimentation, dans les nombreux cas où son usage *exclusif* est impossible ou insuffisant. Pour les cas dans lesquels la nourriture au sein, soit par la mère, soit par une nourrice, ne peut être obtenue, quelle alimentation artificielle faut-il recommander? Dans le paragraphe précédent, nous avons indiqué les grandes lignes du traitement que l'on doit opposer au scorbut lorsqu'il apparaît. La substitution de lait frais et non coupé, au lait coupé, ou condensé, ou peptonisé, et l'addition de pommes de terre en purée, ou d'autres légumes frais à ce lait, sont les méthodes les plus rapides et les plus praticables. On peut y adjoindre l'usage d'une petite quantité de jus de fruits frais ou de jus de viande fraîchement exprimé. Mais la purée de pommes de terre ou de légumes verts, et le jus de fruits frais augmenteront la rapidité de la guérison, particulièrement si la difficulté de la digestion de la caséine limitait la quantité de lait que nous pouvons administrer.

Dans la pratique urbaine, nous avons à combattre les risques graves causés par la présence dans le lait de micro-organismes pathogènes, et en conséquence un certain degré de stérilisation devient nécessaire comme pratique courante. Toutefois, il paraît démontré par l'expérience que la stérilisation prolongée et la stérilisation à haute température diminuent sensiblement les propriétés antiscorbutiques du lait. Nous devons donc tendre à pratiquer la stérilisation ou pasteurisation à des températures aussi basses que possible et pendant un temps écourté, dans la mesure compatible avec la destruction des organismes pathogènes.

L'emmagasinement prolongé du lait stérilisé paraît fort peu désirable. L'expérience montre que le scorbut de la première enfance débute rarement de très bonne heure; c'est vers huit mois qu'il faut être sur le qui-vive et craindre son apparition, surtout si l'enfant présente à cette époque des symptômes de rachitisme et d'anémie, maladies sur lesquelles nous avons vu que le scorbut venait facilement se greffer. Si nous sommes forcés d'employer le lait stérilisé, nous devons, à cette période, commencer à y ajouter de la purée de pommes de terre au lieu d'une spécialité alimentaire. La crainte de la non-

assimilation de l'amidon, pendant la seconde moitié de la première année, a sans doute été la raison pour laquelle les légumes n'ont trouvé qu'une place si restreinte dans le régime alimentaire de l'enfant et qui a fait que tant de spécialités alimentaires sont devenues si populaires.

Traitement local du scorbut infantile. Gencives. — Quand le régime a été ainsi modifié, il est remarquable de voir avec quelle rapidité le gonflement et l'hémorragie des gencives disparaissent. Le jus de citron dilué ou le jus d'orange peuvent être prescrits avec avantage. Le nitrate d'argent et les autres applications caustiques sont au contraire nuisibles.

Traitement local des membres. — Dans quelques cas, des incisions exploratrices ont été faites jusqu'à l'os, et l'on a extirpé une partie du caillot de dessous le périoste. Cela était intéressant au point de vue du diagnostic, et particulièrement justifiable si l'on ne se rendait pas compte de la nature de la maladie, mais, d'une façon générale inutile, et pouvant même occasionner une nouvelle hémorragie. Dans un des cas qui ont été rapportés, l'application de sangsues sur les membres tuméfiés fut suivie de résultats désastreux, en ce qu'il y eut une grave augmentation de l'anémie, et de nouvelles manifestations de la maladie sur d'autres points. Il est quelquefois avantageux d'enrouler des compresses humides autour des membres tuméfiés, avec compresses sèches ou couches de ouate par-dessus; cela soutient juste assez et produit un certain soulagement quand il y a beaucoup de douleurs. Dans d'autres cas, il est bon de placer de petits sacs de sable le long des membres. Il est rarement besoin d'attelles. Il est très désirable d'éviter le mouvement autant que possible. Le massage et les frictions doivent être proscrits durant les périodes aiguës de la maladie.

On ne donnera pas de bains, mais, pour la propreté, on épongera doucement le malade dans le décubitus. L'enfant sera habillé d'une façon très simple, afin qu'il soit aussi peu dérangé que possible quand on le changera. Il faut qu'il puisse aller à la selle dans la position horizontale. Un bon appareil est une auge profonde en bois, confortablement ouatée, où il peut reposer tout à fait à plat, et dans laquelle il peut être transporté sans déranger ses membres ou son corps. Il est nécessaire de prévenir la gardienne que des fractures spontanées peuvent se produire très facilement près des extrémités des os longs et en dehors des articulations chondro-costales. Lorsqu'elle se sera rendu compte de cela, et qu'elle aura compris aussi que les muscles du dos sont très faibles, et que, vu l'état d'anémie de l'enfant, on peut redouter une syncope, elle aura grand soin de ne le lever que dans les cas de nécessité absolue. L'enfant bénéficiera beaucoup d'être exposé le plus possible à la lumière du soleil et à l'air pur, et un des avantages de l'auge mentionnée ci-dessus est de pouvoir être transportée d'une pièce dans une autre, et au grand air, sans que les membres sensibles courent le risque d'être dérangés. Lorsque commence la guérison, l'enfant se soulève ou remue spontanément ses membres. Il n'y a aucun danger à cela, mais il ne faut pas le laisser tenir debout ou supporter un poids sur ses membres, car une fracture peut survenir pendant la convalescence.

On peut essayer avec précaution d'éponger, avec de l'eau salée chaude, le

dos et les membres, ou de les doucher. On peut donner l'huile de foie de morue pendant la convalescence. Pendant les premiers jours du traitement, l'enfant absorbera les antiscorbutiques avec avidité. Mais, plus tard, il est essentiel de surveiller soigneusement la digestion, spécialement au point de vue de l'aspect des selles. Lorsque le « besoin scorbutique » a été apaisé, l'enfant est souvent incapable de digérer une quantité de lait frais et de légumes aussi considérable qu'au début du traitement.

Notice historique et bibliographique. — Depuis 1859, on a publié en Allemagne sous le nom de « Rachitisme aigu » un nombre considérable d'observations présentant le type clinique que nous avons décrit dans les pages précédentes. Les plus importantes ont été rapportées par Möller dans le « *Königsb. Med. Jahr.* 1859, 1^{er} Band 5^{me} Heft p. 577 » et dans le même journal : 1862, 5^{me} Band 2nd Heft p. 155. D'autres cas ont été rapportés par Bohn, Förster, Hirschsprung et Fürst. Il en est fait mention dans les traités de Stibel, Senator, Steiner et Baginsky, au début aigu du rachitisme et au rachitisme fébrile aigu. Il est clair que, à quelques exceptions près (qui probablement étaient syphilitiques), ces mentions se rapportaient au scorbut.

La plupart des auteurs allemands rejettent la possibilité d'un rôle joué par le scorbut dans cette maladie, à cause du manque de constance de l'état fongueux des gencives. Nous avons indiqué dans les pages précédentes que ce symptôme est en relation définie avec le nombre des dents présentes. Un autre argument dont se sont servis les auteurs allemands (Möller entre autres) est que, lorsque les antiscorbutiques ont été employés, ils ne l'ont été qu'à une période où il y avait déjà depuis longtemps des lésions étendues des gencives, et lorsque la cachexie était devenue très profonde. — La preuve thérapeutique n'a pas été employée par ces observateurs pendant les premières périodes de la maladie. Mais il est intéressant de trouver dans les écrivains précédents la constatation de la guérison lente et trainante se produisant au retour du printemps et avec l'augmentation de la lumière du soleil, constatation absolument parallèle aux vieux rapports sur le scorbut maritime prolongé et sur le type scorbut terrestre chez les adultes. En outre, la possibilité de l'addition de lait frais ou de légumes frais au régime d'un grand nombre de ces malades, addition faite indépendamment des prescriptions du médecin, n'est pas prise en considération.

En 1875, le Dr Ingerslev, médecin danois, décrivit franchement un de ces cas comme scorbut infantile. Dans le *Virch. Jahrb.*, 1875, p. 697, il est donné de cette description un court résumé d'après lequel on voit qu'il y avait de l'arthralgie, des fongosités des gencives exhalant une odeur de carie, et que la maladie, qui datait de six mois, ne guérit qu'au printemps, lorsque l'enfant *reçut en abondance du cresson cultivé frais*. La guérison fut complète. La littérature médicale anglaise portant sur la maladie dite « Rachitisme aigu » était très limitée avant 1882. En 1881, Gee décrivit cinq cas sous le nom de cachexie ostéique ou périostique. Il insistait sur ce fait que les symptômes obscurs attribuables aux os et à la cachexie ne pouvaient s'expliquer ni par le rachitisme ni par la syphilis congénitale. Gee ne dit rien des gencives. Mais, en 1878, trois cas avaient été décrits par Cheadle, avec état fongueux net des gencives, et aussi symptômes obscurs du côté des membres inférieurs. Il affirma, en se fondant sur la clinique, que ces cas étaient du véritable scorbut, quoiqu'il fût incapable, en l'absence de données pathologiques, de dire quelle était la nature exacte de l'affection des membres. En 1879 et 1882, Cheadle publia de nouvelles observations, et avança que la maladie pouvait se greffer sur le rachitisme. Ses publications tracèrent les premières lignes de la vraie interprétation, et, à notre avis, on n'en a jamais démontré l'inexactitude. Il n'y avait jusqu'alors qu'un très petit nombre de documents anatomo-pathologiques à ce sujet, à l'exception d'un cas incomplet de Möller, dans lequel s'étaient produits de la pachyméningite et une hémorragie orbitaire. C'est le présent auteur, qui, se basant sur trois autopsies, a pu décrire, comme substratum anatomique de la maladie, des lésions qui ont paru expliquer un grand nombre des symptômes observés.

Ces résultats furent publiés dans les *Medico-chirurgical Trans. of London*, 1885, vol. 66, p. 100. L'analyse de 51 cas dont 11 ont été traités par l'auteur et dont 20 avaient été déjà publiés ailleurs permet de dire : 1° Les symptômes caractéristiques de la maladie dite rachitisme aigu, savoir : l'affection spéciale des membres, et la cachexie, avec ou sans état fongueux des gencives, ne sont pas dus au rachitisme, mais sont tous véritablement scorbutiques; 2° la base anatomique de l'affection des membres est une hémorragie sous-périostique, et cette hémorragie entre probablement pour une certaine part dans la production de l'anémie; 3° la maladie peut survenir chez des enfants rachitiques, et peut-être chez eux plus facilement que chez les enfants non rachitiques, mais le rachitisme peut être presque nul; 4° quoique la maladie tende spontanément dans bien des cas à une lente, mais complète guérison, une amélioration marquée succède souvent à l'application d'un traitement antiscorbutique vigoureux, et surtout précoce; 5° le traitement recommandé est le suivant : localement, pendant la période aiguë, compresses humides, immobilité; à l'intérieur faire usage de jus de viande crue, de lait non coupé, et de jus d'orange, ou de quelque autre légume frais et cru, et, avant tout, favoriser l'accès de la plus grande quantité possible d'air pur; 6° la dénomination de rachitisme aigu devrait être abolie pour ces cas et celle de *scorbut de la première enfance* lui être substituée; le caractère spécial qui le distingue du scorbut des adultes est qu'il frappe davantage les os; 7° pour ce qui est de l'alimentation artificielle des enfants, il semble qu'on ne puisse se fier aux aliments dits spéciaux des enfants, employés seuls pendant une période quelque peu prolongée, quelque utiles qu'ils puissent être comme adjuvants temporaires.

Depuis 1885, un grand nombre d'autres faits confirmant les précédents ont été publiés. Les résultats de nouvelles autopsies ont été publiés par Stephen Mackenzie, Colcott Fox, Cheadle, Sutherland, Wallis Ord, Northrup, Rehn et d'autres. Outre les lésions des membres et des viscères, des épanchements hémorragiques ont été observés dans la cavité arachnoïdienne par Sutherland, par Ord, et par l'auteur. Des séries considérables ont été publiées avec des analyses importantes, par Rehn et Heubner. Quelques-unes des confirmations les plus intéressantes sont venues des États-Unis d'Amérique. C'est en 1889 que le premier cas y fut observé; il fut rapporté par Northrup, mais en février 1894 il n'y eut pas moins de 106 cas présentés à l'Académie de Médecine de New-York par Starr, Rotch, Holt et autres. Il semble qu'en Angleterre et en Amérique, la maladie ait été beaucoup plus commune pendant ces vingt dernières années et que cela réponde à l'énorme augmentation du nombre des spécialités alimentaires.

Le substratum anatomique, hémorragie sous-périostique, a été généralement accepté comme expliquant la plupart des symptômes. La nature scorbutique de la maladie a été aussi largement admise. Mais des écrivains, comme Fürst et Ashby, considèrent ces cas comme dus au rachitisme et à la diathèse hémorragique, et voudraient classer la maladie comme rachitisme hémorragique. L'auteur a montré que le rachitisme, quoique habituellement présent, n'est jamais essentiel dans le groupe symptomatique en question. En outre, il fait remarquer que l'hémorragie, l'anémie et la cachexie disparaissent sous l'influence de la nourriture vivante quand elle est donnée de bonne heure, d'une façon qui est tout à fait caractéristique du scorbut, et que l'on n'observe pas dans les autres maladies hémorragiques connues.