

Il faudra d'abord s'assurer qu'un seul rein est pris; on peut le faire aujourd'hui non seulement par la palpation et l'examen des régions lombo-abdominales, mais encore par la cystoscopie.

S'il y a pyonéphrose, on peut soulager et prolonger le malade par la néphrectomie, le lavage, le drainage du foyer purulent; j'ai vu une fillette opérée dans mon service par le docteur Jalaguier qui a pu, grâce à ce moyen, vivre six ou huit mois sans souffrance.

Si un seul rein est malade, ce dont on peut s'assurer par la laparotomie, on est autorisé à l'enlever (néphrectomie).

Dans la cystite tuberculeuse, on prescrira le régime lacté, l'huile de morue, on fera des lavages vésicaux et au besoin la cystotomie sus-pubienne avec curettage des ulcérations de la muqueuse. Cette opération a été faite par Rochet (*Thèse de Lyon*, 1897, Armandon).

### TUBERCULOSE DU TESTICULE

La tuberculose du testicule n'est pas rare chez les enfants du premier âge; elle a un début insidieux, indolent, qui la fait méconnaître pendant la première période de son évolution. On sent, en palpant les bourses, que l'épididyme est gros, bosselé, induré.

Le corps du testicule est pris quelquefois, mais c'est l'exception. C'est le contraire de la syphilis.

Quand on recherche les antécédents héréditaires des petits malades, on trouve assez souvent la tuberculose paternelle ou maternelle.

#### TRAITEMENT

L'enfant sera fortifié par les bains salés quotidiens, par l'huile de morue ou le sirop iodo-tannique, s'il est en âge de prendre ces médicaments.

On appliquera sur ses bourses un emplâtre de Vigo qui les maintiendra et empêchera tout froissement. J'ai vu guérir par ces simples moyens des testicules tuberculeux.

S'il y a suppuration, on incisera et on stérilisera le foyer

avec l'iodoforme ou le fer rouge. On peut essayer les injections interstitielles de chlorure de zinc. La castration ne sera faite qu'à la dernière extrémité.

En somme, traitement surtout médical. S'il y a doute sur l'origine du mal, on fera des frictions mercurielles et on donnera l'iodure de potassium. Eaux minérales chlorurées sodiques fortes. Berek-sur-Mer, Hendaye sont à conseiller.

### TUBERCULOSE (CAUSES ET PROPHYLAXIE)

La tuberculose, cette grande faucheuse d'hommes, passait jadis pour épargner les petits enfants. Il n'en est rien, hélas! Et dans les grandes villes, dans les grandes agglomérations comme Paris, il est facile de s'assurer que les enfants du premier âge sont décimés par la phtisie. Les chiffres que j'ai recueillis en 1897-1898, à l'hôpital des Enfants-Malades, sont des plus concluants à ce point de vue.

Sur 228 enfants de 0 à 2 ans morts dans mon service et autopsiés, 34 ont été trouvés tuberculeux, ce qui donne une proportion supérieure à 14 p. 100. En d'autres termes, sur 100 enfants en bas âge qui meurent à l'hôpital, il y en a au moins 14 qui sont entachés de tuberculose.

Mais si l'on étudie la mortalité suivant l'âge des bébés, on trouve des différences considérables qui éclairent d'une vive lumière l'étiologie jusqu'alors obscure de la tuberculose infantile. Les enfants très jeunes, âgés de moins de 3 mois, sont exceptionnellement tuberculeux; sur 72 autopsies d'enfants de 0 à 3 mois, je n'ai pas relevé une seule fois la tuberculose. Même constatation a été faite par Hutinel, par Haushalter, et généralement par tous les médecins d'enfants qui ont eu l'occasion de faire de nombreuses vérifications anatomiques. Nous aurons plus loin à expliquer cette immunité des nouveau-nés et des tout jeunes nourrissons à l'égard de la phtisie.

A partir de 3 mois, de 6 mois, à 1 an, à 2 ans, la phtisie devient de plus en plus commune, et le pourcentage est effrayant. De 0 p. 100 (de la naissance à 3 mois) la tuberculose monte à 7,5 p. 100 (de 3 à 6 mois), à 31 p. 100 (de 6 à 12 mois), à 48,38 p. 100 (de 1 à 2 ans).

Après 2 ans, la mortalité par phtisie ne doit guère baisser jusqu'à 4 ou 5 ans, où elle nous a paru très commune, mais où nous ne pouvons l'apprécier par des chiffres. Il est vrai que parmi les enfants morts, la tuberculose bien souvent a été une trouvaille d'autopsie, et n'a pas causé la mort par elle-même. Mais si la mortalité par tuberculose ne répond pas exactement au pourcentage indiqué plus haut, il n'en est pas moins vrai que les enfants avaient été la proie du bacille et nous aurons bientôt à nous demander par quelle porte cette infection a pu pénétrer si fréquemment dans des organismes aussi jeunes.

A ce dernier point de vue, il est bon de relever une fois pour toutes les localisations tuberculeuses de nos autopsies. Sur les 34 autopsies de nourrissons faites par moi, 34 fois j'ai noté la tuberculose très avancée, la caséification d'un ou plusieurs ganglions trachéo-bronchiques. Si j'ajoute que dans d'autres autopsies (40 pour méningite tuberculeuse, *Thèse de Delthil*), j'ai également trouvé, d'une façon constante, en dehors de la granule jeune et récente des méninges, la caséification ancienne des ganglions bronchiques, on peut prévoir déjà l'importance capitale de ce fait pour l'étiologie. Mais n'anticipons pas.

Après les ganglions des voies aériennes, c'est le poumon qui a été trouvé le plus fréquemment envahi (vingt-cinq fois); dans neuf cas, il était indemne. Presque toujours, les lésions du poumon ont semblé moins anciennes que celles des ganglions voisins, huit fois cependant il y avait des foyers caséux et des cavernes. Les excavations pulmonaires peuvent se rencontrer chez des bébés très jeunes, ayant moins de 1 an, à 9 mois, à 8 mois, à 6 mois, à 4 mois (cas personnels). Cela n'implique nullement l'origine intra-utérine, mais prouve seulement la rapidité avec laquelle évolue la tuberculose pulmonaire infantile; si, chez l'adulte, il faut plusieurs mois pour faire des cavernes, chez le nourrisson quelques semaines suffiront.

Chez les enfants indemnes de tuberculose pulmonaire, je n'ai pas trouvé de tuberculose intestinale; chez ceux qui avaient le poumon atteint (25), neuf fois j'ai relevé la tuberculose de l'intestin et des ganglions mésentériques; on voit que cette localisation est loin de balancer la localisation pulmonaire et surtout médiastine. Le foie et la rate ont été pris quatorze fois; cette

localisation vient, par la fréquence, avant la localisation intestinale. Je passe sur les autres lésions, qui n'offrent pas d'intérêt pour l'étiologie, et j'aborde maintenant l'étude des causes et de la prophylaxie.

La question se réduit à ces deux termes : *hérédité, contagion*.

On a longtemps admis que la phtisie était héréditaire; cette opinion était devenue comme un dogme. Sans doute des parents épuisés par la phtisie donneront le jour à des enfants débiles et prédisposés à cette maladie. Mais, en réalité, ils ne leur transmettent pas le germe, la *graine* de la tuberculose. Si ce germe était transmis, la tuberculose serait commune dans les premiers mois de la vie au lieu d'être exceptionnelle. Le dogme de l'*hérédité* doit faire place à celui de la *contagion*, qui, seule, peut expliquer l'accroissement régulier et formidable de la mortalité par tuberculose à mesure que les nourrissons avancent en âge.

En effet, l'on sait très bien aujourd'hui que les microbes, ceux de la tuberculose comme les autres, ne voyagent pas dans l'atmosphère et n'obéissent pas aux courants atmosphériques. Ils sont transportés surtout par les objets auxquels ils s'attachent, par les poussières, par les linges, les ustensiles, etc. Or les tout petits enfants, ceux qui ne quittent leur berceau, assez élevé au-dessus du sol, que pour passer dans les bras de leur mère, de leur nourrice, ou des personnes chargées de leur donner des soins, sont moins exposés à la contagion que les autres, ceux qu'on pose par terre, ceux qui marchent, qui se roulent sur les parquets et portent à leur bouche tous les objets qu'ils rencontrent.

Sans doute le bébé des premiers mois, qui partage le logement, la chambre de sa mère ou de son père, peut être contaminé par eux de mille manières : par les baisers, par les caresses, par la toux, par la rencontre fortuite d'un mouchoir, d'un objet souillé par eux. Mais cette contagion familiale ne s'exerce pas avec autant de facilité dans la première que dans la seconde année, et nous voyons les nourrissons de plus d'un an payer à la tuberculose un tribut cinq fois plus lourd que les enfants de moins d'un an.

Après un an, en effet, le bébé commence à marcher et à prendre une part de plus en plus grande à la vie commune. S'il

n'y a pas de crachats tuberculeux chez lui, dans sa famille, il va en rencontrer à profusion dans ses promenades, dans ses jeux, dans tous les lieux qu'il pourra fréquenter ; le sol de Paris est incessamment souillé par des milliers de tuberculeux crachant partout, dans la rue, dans les locaux habités, dans les omnibus, etc. Le contagé est partout et nous le rencontrons à chaque pas.

Les exemples de contagion abondent pour qui sait voir et comprendre.

A la maison, c'est le père phtisique ou la mère, un frère, une sœur, qui, ruinés par la phtisie, transmettent presque fatalement le germe morbide aux enfants qui vivent avec eux, dans des logements souvent étroits, malsains, où l'on ne prend aucune précaution pour détourner le contagé. Si les parents ne sont pas eux-mêmes tuberculeux, c'est un familier de la maison, un domestique, une bonne, qui transmettent la terrible maladie aux enfants qu'ils fréquentent ou dont ils ont la garde.

Au mois d'avril 1898, j'ai été appelé à donner des soins à un bébé de 11 mois présentant des gommes multiples et des symptômes méningitiques, terminés bientôt par la mort. Cet enfant appartenait à une famille saine : père et mère vigoureux, allaitement maternel, trois autres enfants sains. Le bébé ne sortait jamais qu'en voiture pour aller au Bois de Boulogne, où il était promené sur les bras d'une bonne, sans jamais mettre le pied par terre. Il ne sortait jamais dans la rue. Il vivait isolé dans une villa abritée contre les poussières suspectes et les contacts fortuits. D'où venait la contagion ? La bonne, qui soignait cet enfant, qui le portait, le changeait, s'occupait de lui à toute heure du jour et de la nuit, était une femme pâle, maigre, ayant eu l'hiver précédent une bronchite rebelle, ayant perdu son mari de la phtisie. Impossible de trouver une autre source de contagé.

Au mois de juillet dernier, j'étais consulté pour un garçon de 12 ans, de parents sains, présentant tous les signes d'une infiltration tuberculeuse du poumon gauche. Pendant un an, avant de tomber malade, d'octobre 1896 à octobre 1897, l'enfant avait reçu des leçons particulières quotidiennes d'un professeur qui toussait, crachait, et qui, actuellement, est soigné pour une phtisie pulmonaire non douteuse.

Quand les enfants vont à l'école, ils trouvent encore là parfois des dangers très grands de contagion venant soit des autres enfants, soit quelquefois des maîtres chargés de les instruire.

Dans une école primaire de la province de Tarragone (*Revue philanthropique*, 10 février 1898), un instituteur atteint de tuberculose pulmonaire avancée occupait une chambre voisine de la salle de classe. Le nombre des élèves dépassait 90, 100, quoique l'école fût très petite. Le maître toussait beaucoup et crachait sur le parquet. Au bout d'un an, il mourut. Trois mois après, un de ses élèves succombait à la granulie ; c'était un garçon de 12 ou 13 ans, dont les parents étaient sains et robustes. Peu de temps après un de ses frères mourait également. Huit mois après, c'était le tour d'un autre écolier, puis d'un quatrième âgé de 7 ans, emporté par la méningite. Aucun des parents de ces enfants n'était phtisique.

Le local qui servait de classe était très étroit (5 mètres sur 2<sup>m</sup>,50), hermétiquement clos, le maître redoutait les courants d'air. L'instituteur crachant partout, la classe était balayée deux fois par semaine par les élèves eux-mêmes, qui disséminaient ainsi dans l'atmosphère les crachats desséchés et mêlés à la poussière. Cette observation montre combien l'école serait dangereuse pour les enfants si elle était dirigée par des maîtres phtisiques.

J'ai soigné, au dispensaire de la Villette, il y a quelques années, une fillette phtisique qui, malgré le degré avancé de ses lésions, malgré sa toux, son expectoration, continuait à fréquenter l'école. Quels dangers ne faisait-elle pas courir à ses petites camarades !

Dans tous ces cas, c'est l'inhalation des poussières bacillifères qu'il faut accuser ; que dire de la transmission de la tuberculose par le lait, la viande, les aliments en général !

Si l'on a mené grand bruit il y a quelques années autour des dangers de l'ingestion du lait ou de la viande d'animaux tuberculeux, on est bien vite revenu de l'entraînement que la théorie avait fait naître. En réalité ce n'est pas par l'estomac qu'on devient tuberculeux, et même si l'on ne prenait pas les précautions de stérilisation (lait bouilli, viande cuite) qui sont partout en honneur, on devrait regarder comme tout à fait exceptionnelle la tuberculose par ingestion.

L'étude clinique et anatomique de la tuberculose infantile démontre que le microbe pénètre d'abord dans le poumon par la respiration et que s'il atteint ensuite l'intestin, c'est dans un second acte, quand la phtisie pulmonaire a fait des progrès, quand l'enfant, qui ne sait pas cracher, avale ses crachats chargés de microbes, et infecte ainsi son tube digestif. Et d'ailleurs, ce qui prouve bien l'inanité des dangers de tuberculisation par les animaux, c'est que ni l'inspection la plus rigoureuse des étables et des abattoirs, ni l'emploi méthodique de la tuberculine de Koch, ni la stérilisation du lait, n'ont pu sensiblement abaisser la mortalité par tuberculose. Il faut donc chercher ailleurs, c'est-à-dire du côté de la contagion humaine.

La contagion par les crachats est admise aujourd'hui par la généralité des médecins, et le dernier *Congrès pour l'étude de la tuberculose* (Paris, 1898) l'a encore une fois proclamé.

Les vœux qu'il a adoptés dans sa séance de clôture (2 août) disent bien haut que la contagion constitue la cause de beaucoup la plus importante de la tuberculose humaine, que *les crachats desséchés et réduits en poussières sont les agents les plus efficaces de la contagion*. Ils demandent que tous les locaux ouverts au public soient pourvus de crachoirs hygiéniques et d'une affiche bien apparente interdisant de cracher ailleurs que dans ces crachoirs, que les pouvoirs publics donnent l'exemple en imposant cette mesure dans le plus bref délai pour tous les locaux qui dépendent de leur administration, et surtout, c'est le point capital de la réforme, *pour les écoles de tout ordre*.

#### PROPHYLAXIE

Dans les familles, il faut, autant que possible, isoler les enfants de leurs parents phtisiques; interdire la communauté de lit, de chambre. Mais comment faire accepter cela dans les milieux pauvres? Et même chez les riches, la séparation complète serait bien cruelle et bien souvent irréalisable. Nous ne pouvons pas compter sur l'isolement,

Mais ce que nous devons exiger, c'est un ensemble de mesures d'hygiène simples et pratiques, destinées à atténuer, sinon à supprimer complètement les dangers de la contagion. Un tuberculeux ne doit jamais cracher par terre, car ses crachats

desséchés et pulvérisés, mêlés aux poussières des appartements, sont une menace permanente pour tous ceux qui vivent avec lui, et surtout pour les enfants qui, ignorant le danger, ne font rien pour s'en préserver. Non seulement il ne faut pas cracher par terre, mais encore il faut éviter de cracher dans un mouchoir, où le même dessèchement de l'expectoration favorise la dissémination du contagé. On doit cracher toujours dans un crachoir de chambre contenant un liquide antiseptique (cau boriquée ou phéniquée), ou dans un crachoir de poche. Ces crachoirs sont tous les jours nettoyés à l'eau bouillante et leur contenu est brûlé.

Un père tuberculeux ne doit pas embrasser son enfant sur la bouche, le faire boire dans son verre, ni manger avec sa fourchette, sa cuiller, ni tousser près de son visage, etc.

Tout ustensile de table ou autre doit être personnel et exclusif au malade.

On ne doit jamais balayer à sec ou épousseter au plumeau l'appartement d'un tuberculeux. Ce mode de nettoyage ne sert qu'à disséminer les germes de la maladie et à faciliter leur accès aux personnes saines. Il faut préconiser l'essuyage direct, le balayage humide avec des liquides antiseptiques.

Dans les rues mêmes, il faudrait s'abstenir du balayage à sec, encore trop répandu, même à Paris, où roulent d'immenses brosses circulaires qui soulèvent des torrents de poussières dangereuses.

Les linges de corps, les mouchoirs, etc., doivent être trempés dans l'eau bouillante avant d'être livrés au blanchissage.

Si nous quittons l'appartement du phtisique pour descendre dans la rue et dans les locaux publics, la préservation de l'enfant se complique. On ne peut pourtant pas empêcher les gens de cracher sur la chaussée. Mais ce qu'il faudrait absolument empêcher sous peine d'amende, c'est de cracher dans les omnibus et voitures publiques, dans les gares et wagons, dans tous les locaux couverts fréquentés par le public. Là est le principal danger.

Quand l'enfant va en promenade, on lui évitera autant que possible le contact des objets malpropres, de la terre souillée, du sable piétiné, etc. On l'empêchera de porter ses mains sales à la bouche, on les lavera quand il rentrera. On n'oubliera pas de

lui laver le visage et les orifices naturels (oreilles, yeux, narines, bouche, etc.).

L'inspection médicale des écoles doit viser la tuberculose avant tout, tant du côté des élèves que du côté des maîtres. Un élève ayant une tuberculose ouverte sera écarté de l'école; le même ostracisme doit s'appliquer aux maîtres, instituteurs, professeurs, répétiteurs, surveillants, domestiques. Dans tous les cas, les écoles doivent être grandes, bien aérées, bien éclairées, balayées à la serpillière humide, non époussetées, pourvues de crachoirs fixés à 1 mètre au-dessus du sol, à moitié pleins d'eau phéniquée ou d'eau simple pour éviter tout dessèchement des crachats. Il sera absolument interdit de cracher par terre.

Pour restreindre dans la mesure du possible les innombrables dangers de la contagion qu'offre pour les enfants le séjour dans les grandes villes, il faut faire campagne en faveur de l'assistance efficace des tuberculeux indigents qui, repoussés des hôpitaux encombrés et malsains pour eux, souillent incessamment le sol des locaux habités, des rues, des promenades, et créent autour d'eux une atmosphère empoisonnée où nous sommes contraints de vivre malgré les dangers qu'elle présente et dont nous commençons à avoir conscience. Il faut demander à grands cris la création de *sanatoria* populaires où l'on *soignera* les phtisiques, en même temps qu'on fera leur éducation hygiénique. Là beaucoup trouveront la guérison, d'autres un soulagement, tous une règle de conduite utile à eux-mêmes et à la communauté, s'ils sont appelés à y rentrer. L'argent que les particuliers, les communes, les départements, l'État, dépenseront dans ce but sera de l'argent bien placé. Tant qu'on n'aura pas créé des asiles pour les malheureux phtisiques qui traînent, en liberté, une vie pitoyable et meurtrière, on peut dire qu'on n'aura rien fait pour la prophylaxie.

Quant aux aliments bacillifères, à la viande des bovidés tuberculeux, au lait des vaches tuberculeuses, nous nous refusons à y voir un réel danger. Dépenser, pour nous préserver d'un péril imaginaire, des forces et de l'argent qui seraient si bien employés ailleurs, c'est faire fausse route. Tout ce que nous avons dit au début de cet article démontre que ce n'est pas

par l'estomac mais par le poumon, pas en mangeant mais en respirant, que nous contractons la tuberculose. Sans doute il faut écarter de l'alimentation des viandes suspectes, un lait de provenance douteuse : mais sachons bien que quand nous aurons fait cela, c'est comme si nous n'avions rien fait. L'ennemi c'est le CRACHAT, c'est lui qu'il faut viser pour aboutir.

#### TUMEUR LACRYMALE (Voyez DACRYOCYSTITE)

#### TUMEUR ADÉNOÏDE DU PHARYNX NASAL

Le tissu adénoïde de l'arrière-cavité des fosses nasales s'hypertrophie fréquemment dans la seconde enfance, quelquefois même chez les enfants du premier âge (LUBET-BARBON). Ces végétations obstruent l'orifice postérieur des narines, empiètent sur les trompes d'Eustache, et peuvent causer des désordres fonctionnels sérieux : dyspnée, surdité, otalgie. Quant on voit un enfant qui dort la bouche ouverte, qui ne peut respirer librement par le nez, qui a les yeux saillants, l'air hébété, on pense aux végétations adénoïdes. Mais l'examen direct seul permet de faire le diagnostic : le doigt introduit dans le pharynx rencontre, au-dessus du voile du palais une masse molle, friable, qui tapisse la voûte du pharynx. A l'aide de la rhinoscopie postérieure (miroir), on voit cette masse et on en saisit mieux la grosseur et les limites.

Le Dr Dieulafoy ayant inoculé aux cobayes des fragments de végétations adénoïdes et d'amygdales enlevées à des enfants sains en apparence, a obtenu la tuberculose dans une proportion inquiétante. Mais M. Cornil, par l'histologie et la bactériologie, a montré que la tuberculose était exceptionnelle dans ces tumeurs, et que les inoculations aux animaux ne suffisaient pas. Les adénoïdiens sont bien des *lymphatiques*, mais non pas des *tuberculeux*.

#### TRAITEMENT

Un traitement général sera institué contre le tempérament scrofuleux souvent en cause : huile de morue, bains de mer, eaux sulfureuses, la Bourboule. Localement, on sera autorisé

à intervenir si l'enfant a de l'otorrhée ou devient sourd. S'il n'a que du ronflement nocturne, il est permis de compter sur la résolution ou l'amélioration par les agents médicaux; quelquefois même l'ablation des amygdales met un terme aux accidents. On a peut-être trop de tendance aujourd'hui à juger l'amygdalotomie insuffisante et à recourir d'emblée à l'extirpation des végétations adénoïdes.

Le Dr Marage a obtenu des succès en touchant les végétations à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé de résorcine et eau (parties égales). Six ou dix séances faites tous les deux ou trois jours seraient nécessaires.

Trois procédés ont été mis en œuvre :

1° *Écrasement* avec le doigt : on se met derrière l'enfant, on fixe sa tête renversée de la main gauche, et avec l'index droit muni d'un anneau métallique, on va à la recherche du tissu adénoïde, que l'on écrase et que l'on arrache. Cette méthode est aveugle et imparfaite; elle exige plusieurs séances; elle expose aux hémorragies, aux accidents inflammatoires.

2° *Cautérisation* avec le galvanocautère : cette méthode est d'un maniement délicat et exige plusieurs séances.

3° *Ablation* avec des pinces spéciales à longues branches et à coudure terminale : ce procédé, adopté par les spécialistes, exige l'anesthésie avec le bromure d'éthyle. Il faut, dans toute opération de ce genre, faire de fréquents lavages antiseptiques de la gorge et des fosses nasales (eau boriquée à 2 p. 100, salicylée à 2 p. 1000). L'enfant, après l'opération, gardera la chambre et ne sera nourri qu'avec des liquides (lait, bouillon).

A la suite de l'opération plus ou moins complète, on fera bien d'envoyer les enfants faire une cure aux eaux sulfureuses résolutive de Challes, Uriage, Luchon, Saint-Honoré, Enghien, ou aux eaux arsenicales de la Bourboule et du Mont-Dore.

Castex, ayant suivi des enfants opérés pour des végétations adénoïdes, a pu constater que le taux de la croissance était doublé ou triplé après l'extirpation.

## TUMEURS BLANCHES

Les tumeurs blanches chez les enfants, comme l'a bien montré M. Lannelongue, sont des ostéo-arthrites de nature tuberculeuse. Je n'ai pas à entrer dans tous les détails du traitement chirurgical des diverses tumeurs blanches (coxalgie, tumeurs blanches tibio-tarsienne, fémoro-tibiale, etc.).

J'aurai en vue surtout le traitement médical applicable à tous les cas.

### TRAITEMENT

Le repos dans une bonne attitude est applicable à toutes les tumeurs blanches, il exige souvent l'emprisonnement de la jointure dans une gouttière, dans un appareil silicaté ou plâtré.

Il est combiné souvent aussi avec la compression ouatée, les pointes de feu, les vésicatoires, les badigeonnages de teinture d'iode.

Jobert prescrivait des frictions avec :

℞ Nitrate d'argent . . . . .	4 grammes.
Axonge . . . . .	30 —

L'onguent mercuriel belladonné est préférable, voici sa formule :

℞ Onguent napolitain . . . . .	30 grammes.
Extrait de belladone . . . . .	4 —

Ces moyens externes ne donnent pas de résultats aussi frappants que les injections interstitielles.

Richet faisait autrefois l'ignipuncture.

M. Lannelongue a préconisé une méthode nouvelle qui consiste à attaquer la tumeur blanche à sa périphérie, sans pénétrer dans l'articulation, et à créer une barrière artificielle autour du foyer virulent. C'est la méthode sclérogène qui a donné d'excellents résultats, surtout dans la tumeur blanche du genou.

On prend une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10, et, avec une seringue de Pravaz, on injecte deux ou trois gouttes sous