

L'arthrite aiguë séreuse grave qui se traduit par des douleurs très intenses, spontanées et provoquées, par un gonflement parfois énorme, dû tantôt à l'épanchement, tantôt à l'œdème périarticulaire, par la rougeur de la peau, enfin par un mauvais état général, cette arthrite est justiciable de l'*arthrotomie précoce* (Parizeau, *Thèse de Paris*, 1896). Jalaguier, Thiéry, Tillaux, Walther, Delbét, Tédénat et Lasalle, Hartmann, ont pratiqué cette intervention. C'est surtout la forme à grand épanchement qui en est justiciable, car c'est dans cette forme surtout qu'on trouve la synoviale le plus profondément envahie.

Le lendemain, parfois le jour même de l'intervention, la température tombe, les douleurs diminuent et bientôt l'état général s'améliore. Vers le 15° ou 20° jour en moyenne, on peut commencer à mobiliser l'articulation. L'arthrotomie, dans ces formes graves, permet d'éviter l'ankylose, qui, dans les cas traités uniquement par l'immobilisation, est une conséquence inéluctable.

Dans les arthrites suppurées, la nécessité de l'intervention précoce s'impose; le pronostic est moins grave si l'arthrite est purement gonococcique.

Il est une variété de rhumatisme blennorragique qui se présente fréquemment à l'observation et qui fait le désespoir des malades par sa ténacité, par les souffrances qu'elle occasionne, par les entraves qu'elle apporte à l'exercice de beaucoup de professions: c'est la douleur du talon, signalée dès 1781 par Swediaur, attribuée communément à l'inflammation des bourses séreuses sous-calcanéennes de Lenoir, mais qui paraît devoir être attribuée bien plutôt à l'hyperostose du calcanéum (calcanéite ossifiante à maximum aux insertions ostéo-fibreuses), bien que la localisation dans la bourse séreuse soit réelle dans quelques cas (observation de Brousses et Berthier, *Revue de chirurgie*, 1895). D'ailleurs, quelle que soit la localisation, il y a fréquemment névrite concomitante, ce qui explique la persistance des douleurs.

La talalgie s'observe surtout chez les personnes à professions pénibles et exigeant la station debout prolongée, telles que forgerons, boulangers, cuisiniers, garçons de restaurant ou de magasin. On peut arriver, sinon à faire disparaître l'hyperostose calcanéenne, du moins à supprimer les douleurs qu'elle provoque (Jacquet, *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mars 1897).

Il faut tout d'abord imposer un *repos prolongé au lit* et pratiquer avec persévérance le *massage local* consistant en la malaxation méthodique de la région achillo-calcanéenne et plantaire.

On peut encore utiliser les *bains d'air chaud* préconisés par Louis Rénon et Latron (*Soc. de thérapeutique*, 25 juillet 1900). La jambe, enveloppée complètement de toile ou de flanelle, est placée dans un appareil spécial, chauffé au gaz; on porte la température jusqu'à 45° degrés et l'on maintient le membre pendant 20 minutes à cette température; une sudation énergique se produit alors.

Le traitement sera complété par les applications fréquemment répétées de *pointes de feu* sur la colonne vertébrale, par l'*hydrothérapie chaude*, si l'excitation du système nerveux prédomine; froide, au contraire, en cas de dépression.

Le *traitement chirurgical* (curetage des bourses séreuses rétro et sous-calcanéennes, de tout le tissu fibreux de la région talonnière) a donné des résultats très satisfaisants (Vincent, *Semaine médicale*, 7 septembre 1904).

Contre la myalgie blennorragique, d'ailleurs très rare, Braquehay et Servel recommandent les *enveloppements humides* avec des compresses recouvertes de mackintosh et d'ouate ainsi que les badigeonnages avec un mélange de *gaïacol et d'huile d'amandes douces*, à parties égales.

MALADIES

DE LA NUTRITION

DES ORGANES LYMPHOÏDES ET DU SANG

DIABÈTES SUCRÉS

Nous laisserons de côté dans cette étude les glycosuries transitoires que l'on observe au cours de certaines intoxications (oxyde de carbone, chloroforme, chloral, etc.), de certaines médications (copahu, térébenthine), de quelques maladies infectieuses (choléra, grippe, paludisme), de quelques cirrhoses, d'affections bulbaires, etc., pour nous occuper exclusivement des glycosuries plus ou moins permanentes, qui s'accompagnent d'un ensemble symptomatique, auquel on peut donner le nom de syndrome diabétique.

La pathogénie du diabète est l'une des questions les plus complexes de la pathologie; depuis Claude Bernard jusqu'à Lanceraux, Mering et Minkowski, nombre de médecins et de physiologistes ont cherché à déterminer la cause intime du vice de la nutrition qui engendre la glycosurie; on a pu croire un instant que la solution du problème était trouvée, lorsque l'expérimentation a pu réaliser la production du diabète par lésion du pancréas, lésion dont l'anatomie pathologique avait déjà démontré l'existence, mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que les altérations du pancréas sont inconstantes et qu'à côté du diabète pancréatique, dont la symptomatologie et l'évolution sont assez caractéristiques, existent d'autres variétés de glycosuries permanentes, ayant sans doute des origines différentes.

En somme, le diabète n'est pas cette entité morbide toujours identique à elle-même que l'on s'est complu à décrire jusqu'ici; ce n'est qu'un syndrome dont la pathogénie est variable, en tous cas très complexe, et qui, par suite, peut se présenter en clinique sous des aspects divers; cette conception n'a rien que de très rationnel, si l'on songe aux démembrements qu'ont subis l'ictère, l'albuminurie, tous les grands syndromes morbides, au fur et à mesure des progrès de la pathologie; aussi sommes-nous autorisé à conclure qu'il existe des diabètes et non « un diabète ».

On distingue généralement aujourd'hui trois sortes de diabètes sucrés: ce sont le diabète constitutionnel ou arthritique, le diabète pancréatique et le diabète nerveux.

Le premier, de beaucoup le plus commun, se rattache au groupe des affections diathésiques réunies anciennement sous la dénomination commune d'arthritisme et actuellement sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition (Bouchard), l'hyperglycémie provenant de ce que l'organisme n'utilise pas tout le sucre produit par le foie. Cette théorie n'est pas admise par tous; certains médecins, M. Albert Robin, entre autres, admettent au contraire que le diabète est lié à une exagération des échanges nutritifs; non seulement il y a production exagérée de sucre, mais encore d'urée, d'acide carbonique; le coefficient d'oxydation de l'azote dépasse la normale, etc... Cette théorie permettrait d'expliquer d'une façon plus satisfaisante l'amaigrissement, la cachexie...