

Marche. Durée. — Le choléra a ordinairement une marche continue, exacerbante. Débutant le plus souvent d'une manière brusque, il arrive en peu d'heures à son plus haut degré d'intensité et peut se terminer au bout de douze ou vingt-quatre heures. Sa durée moyenne ne dépasse guère un ou deux jours. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il persiste au delà de trois ou quatre. On sait que des symptômes cholériques peuvent survenir périodiquement, surtout sous le type tierce, et constituer alors une des formes de la fièvre pernicieuse : c'est ce que nous avons déjà dit en parlant de cette dernière affection.

Terminaisons. — La guérison est la terminaison presque constante du choléra européen. La convalescence est en général prompte : au bout de quelques jours les malades sont rétablis. Chose remarquable, les organes digestifs, qui ont été le siège d'une grande perturbation, reviennent presque aussitôt à leurs conditions normales, preuve indubitable qu'ils ne sont le siège, dans le choléra, d'aucune altération grave de texture; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit les malades conserver, du côté des voies digestives, une grande susceptibilité. Enfin, nous avons dit que le choléra pouvait avoir une issue funeste : la mort survient alors le plus communément par suite de l'épuisement qu'occasionnent et les souffrances et les évacuations excessives.

Les rechutes sont assez rares, à moins d'écarts dans le régime; les récidives sont au contraire assez communes chez quelques sujets, qui par les conditions hygiéniques auxquelles ils sont soumis sont plus spécialement prédisposés à la maladie.

Diagnostic. — Diverses maladies du ventre, telles que la gastrite, l'entérite, la dysenterie, la colique de plomb, les calculs biliaires, la péritonite, les invaginations, les indigestions et les empoisonnements, donnent lieu à des accidents qu'il ne faut pas confondre avec ceux du choléra européen; cependant le diagnostic différentiel ne peut présenter aucune difficulté, c'est ce qu'on reconnaîtra par la comparaison des symptômes.

La gastro-entérite n'a ni un début aussi brusque ni une marche aussi rapide que le choléra; elle s'accompagne de fièvre; les vomissements et les déjections, très-rarement verdâtres, sont moins abondants, moins fréquents et déterminent moins de douleurs et d'anxiété que dans le choléra.

Pour la dysenterie, le diagnostic est plus facile encore; car, à supposer même qu'il y eût des vomissements bilieux, il suffit d'avoir égard aux matières excrétées par l'intestin, qui sont glaireuses, sanguinolentes, rendues en petite quantité et avec des épreintes, pour ne pas commettre une erreur.

La colique de plomb et les étranglements intestinaux se rapprochent du choléra par les vomissements, mais ils en diffèrent par une constipation opiniâtre, qui est, en effet, un de leurs symptômes prédominants. Il en est à peu près de même dans la colique hépatique, qui s'accompagne de tension, de douleur dans l'hypochondre droit, souvent d'ictère, et dans laquelle il y a plutôt constipation que diarrhée bilieuse. Ajoutons aussi que les vomissements sont rarement bilieux, porracés, précisément à cause de l'interruption qui existe dans le cours de la bile. Ils ne le deviennent guère que lorsque, l'obstacle cessant, la bile accumulée dans ses conduits et dans son réservoir, et dont la sécrétion a dû être surexcitée, peut fluer librement dans l'intestin.

Nonobstant les souffrances vives qui l'accompagnent, le choléra ne peut jamais simuler une péritonite : car, dans celle-ci, les malades n'accusent point, comme dans le choléra, des douleurs térébrantes ou déchirantes, mais une douleur plutôt pongitive, très-aiguë, très-superficielle, en général circonscrite au

début, augmentant par la pression la plus légère; la fièvre est toujours vive, le ventre est ballonné, et s'il y a des vomissements, si parfois même ils sont porracés, ils n'ont jamais l'abondance et la persistance de ceux qui existent dans le choléra et qui en sont un des caractères les plus importants. Ajoutons enfin que dans la péritonite les malades sont le plus communément constipés.

Une indigestion pourrait bien mieux simuler un choléra indigène, car lorsqu'elle est complète, elle provoque à la fois des vomissements, des selles liquides et des coliques; mais ces accidents, presque toujours consécutifs à une digestion laborieuse, sont souvent précédés de malaise, d'un dégagement considérable de gaz fétides, ayant une saveur acide ou d'œufs pourris; les matières vomies et souvent aussi les selles, au lieu d'être bilieuses comme dans le choléra, sont presque entièrement formées par des aliments à moitié digérés, leur expulsion est toujours suivie d'un grand soulagement.

Le choléra offre beaucoup de ressemblance avec l'empoisonnement par les poisons irritants; cependant, dans ce dernier cas, les vomissements se sont déclarés après l'ingestion dans l'estomac d'une substance qui a produit le plus souvent un sentiment de chaleur, de cuisson, de brûlure dans la gorge et le long de l'œsophage, et même dans la bouche, où l'on trouve parfois des taches, des eschares qui dénotent l'action d'un caustique. Les vomissements, au lieu de se manifester à peu près simultanément avec les évacuations alvines, précèdent au contraire celles-ci de plusieurs heures. Les douleurs de ventre présentent la même progression; car, bornées d'abord à l'épigastre, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'elles gagnent le reste de l'abdomen.

Le choléra asiatique enfin ne saurait être assimilé au choléra européen. Il s'en distingue en effet avant tout par la nature des vomissements et des déjections, qui, au lieu d'être bilieuses, vertes, comme dans le choléra indigène, sont blanchâtres, laiteuses, semblables à de l'eau de riz. Le refroidissement du corps, la cyanose, l'amaigrissement rapide, la voix éteinte, le pouls fréquent, puis l'absence de battements artériels, les crampes, la suppression de l'urine, l'anxiété, le sentiment d'oppression, sont des symptômes qui peuvent être communs aux deux maladies; mais on les observe très-rarement réunis dans le cas de choléra indigène, excepté lorsque l'issue doit être funeste.

Pronostic. — Le choléra indigène est une maladie incomparablement moins grave que ne l'est le choléra indien. Chez l'adulte bien constitué, n'ayant aucune lésion grave des voies digestives, on le voit se terminer presque toujours d'une manière favorable. Il n'en est pas de même chez les sujets affaiblis, déjà malades, ou bien lorsque la maladie sévit aux deux extrêmes de la vie. Dans ces conditions, elle fait de nombreuses victimes, aussi son pronostic doit être grave.

Le refroidissement du corps, l'absence du pouls, l'aphonie, la suppression complète de la sécrétion urinaire, doivent toujours faire redouter une issue fâcheuse.

Étiologie. — Le choléra européen n'apparaît guère qu'à la fin de l'été, c'est-à-dire pendant les mois d'août et de septembre; une chaleur humide en favorise le développement. On le rencontre plus souvent dans les pays méridionaux, tels que l'Espagne, l'Italie et la Grèce, que dans ceux du centre, et surtout du Nord. On a dit que le choléra affectait plus souvent les hommes que les femmes, qu'il sévissait surtout dans la période moyenne de la vie, et qu'il atteignait de préférence les individus qui ont les attributs du tempérament bilieux; cependant aucune de ces assertions n'est encore justifiée par des résultats numériques. Dans la plupart des cas, le choléra éclate sans qu'on puisse

découvrir l'action d'une cause déterminante; d'autres fois la maladie survient aussitôt après une secousse morale, comme un accès de colère, après l'emploi intempestif d'un éméto-cathartique, et plus souvent encore après l'ingestion de certains aliments, tels que la chair du porc, les crabes, les œufs de brochet, certains fruits, comme le melon, l'ananas. On a vu également le choléra se déclarer chez les individus qui avaient bu des vins nouveaux, des boissons glacées pendant que le corps était en sueur. Enfin l'exposition du corps aux intempéries de l'air, à la fraîcheur des nuits, ou bien encore l'inspiration de miasmes putrides, a plusieurs fois été la seule cause efficiente du choléra. Cette maladie peut affecter un grand nombre d'individus à la fois, et régner même épidémiquement, comme on l'a vu à Varsovie en 1701, à Londres en 1669 et 1676 (Sydenham).

Traitement. — Les antiphlogistiques, que l'école physiologique avait essayé de mettre en vogue dans le traitement du choléra, sont presque toujours contre-indiqués par l'état du pouls et des forces du malade. La pratique des anciens, qui voulaient qu'on respectât pendant quelque temps les vomissements et les évacuations alvines, parce qu'ils supposaient que la nature se débarrassait d'un produit irritant, était également vicieuse. Nous croyons, en effet, que la première indication à remplir consiste à arrêter les vomissements et les selles, et à calmer les phénomènes spasmodiques et nerveux qui tourmentent les malades à un si haut degré. La glace et l'opium sont les deux agents thérapeutiques qu'il convient d'employer dans ce but : les malades prendront donc une boisson acidule ou faiblement aromatique et glacée; elle leur sera donnée par cuillerées. En même temps on prescrit l'extrait gommeux d'opium en pilules, à la dose de 5 à 10 centigrammes tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant l'intensité plus ou moins grande des douleurs. On continue l'administration du remède jusqu'à ce qu'on obtienne un effet sédatif. On pourra simultanément agir directement sur les intestins en injectant dans le rectum un quart de lavement fait avec une décoction de guimauve, ou avec une solution d'amidon, de gomme adragant, additionnée de 12 à 25 gouttes de laudanum de Sydenham. En même temps le malade sera placé dans son lit : on lui recommande l'immobilité, on rappelle ou l'on entretient la chaleur aux extrémités par des frictions aromatiques, irritantes, et mieux encore par l'application de la chaleur artificielle, et par des cataplasmes sinapisés. Les doses d'opium qu'on prescrit seront d'autant plus fortes et plus rapprochées que les douleurs sont plus vives, les spasmes plus forts, les évacuations plus nombreuses. Celles-ci sont parfois tellement répétées, que les médicaments séjournent à peine dans les organes digestifs; souvent même leur ingestion devient la cause déterminante de nouvelles évacuations. Dans ces cas si graves, il faudrait se hâter d'appliquer sur le ventre un vésicatoire avec la pommade ammoniacale, et s'en servir pour introduire dans l'économie un sel de morphine, en commençant par 5 centigrammes; on pourrait aussi porter le médicament dans le tissu cellulaire à l'aide de la seringue de Pravaz. Lorsque la maladie a une heureuse issue, il convient de continuer la même médication pendant plusieurs jours; on diminuera seulement la quantité d'opium.

Le traitement précédent s'applique au plus grand nombre de cas. Quelques personnes ont voulu qu'on s'abstint de l'opium dans le traitement du choléra sporadique des très-jeunes enfants : M. le docteur Ménard conseille de n'employer chez eux que les boissons à la glace; si les enfants sont à la mamelle, il ne leur rend le sein que lorsque les évacuations ont complètement

cessé, et ne les laisse teter que quelques gorgées à la fois. Ce traitement est rationnel; dans ce climat, il mérite sans contredit la préférence sur celui qu'on emploie en Amérique dans de pareilles circonstances, et qui consiste dans l'usage combiné des vomitifs et du calomel. Lorsque les malades sont en convalescence, il faut surveiller leur alimentation, car la plupart des rechutes sont produites par des erreurs de régime.

Il est quelques accidents consécutifs qui réclament l'emploi de divers moyens. Il est, par exemple, des individus chez lesquels tous les symptômes du choléra ont cessé, sauf les vomissements, qui persistent; l'absence de fièvre, de soif, de douleur à l'épigastre, exclut, dans ces cas, l'idée d'une gastrite. Ces vomissements, dépendant uniquement d'un état spasmodique, cèdent à l'emploi d'une boisson aromatique ou gazeuse, ou à quelques cuillerées de sirop d'éther, ou à l'emploi des toniques et des amers; quand ils résistent à ces moyens, on applique un vésicatoire à l'épigastre. Ce moyen réussit presque toujours.

Nature. — Les anciens, en soutenant que le choléra était une sorte d'empoisonnement produit par une altération de la bile, avaient émis une opinion hypothétique qui n'a été justifiée ni par les recherches de la chimie, ni par l'anatomie pathologique. L'ouverture des cadavres a également prouvé que le choléra n'était pas une variété de la gastro-entérite; c'est ce qui est aussi bien démontré par la marche de la maladie, qui débute en général brusquement, et qui, après une durée courte, se termine rapidement, souvent même presque instantanément : or ce n'est point la marche qu'on observe dans les phlegmasies de quelque organe que ce soit. En analysant les symptômes principaux du choléra, on est conduit à considérer cette affection comme un flux actif de mucus, et surtout de bile pure, qui se fait à la surface gastro-intestinale suivant un mécanisme encore inconnu.

DU FLUX DE LAIT, GALACTORRHÉE

Un flux immodéré de lait, produisant une altération plus ou moins grave dans la santé de la femme, caractérise la *galactorrhée* ou *galactorrhée*. Cette maladie affecte les nourrices ou les femmes qui ont sevré récemment.

Symptômes. — Le lait sécrété s'écoule en grande abondance par le fait de la succion de l'enfant, ou bien indépendamment de cette excitation, c'est-à-dire d'une manière spontanée; le flux s'opère alors spécialement quelques heures après le repas; les linges dont la femme se garnit sont traversés. Cette excrétion peut s'accompagner de douleurs et de tiraillements vers les mamelles et les aisselles. Quoique ces pertes aient pour effet d'augmenter d'abord l'appétit, on ne tarde pas pourtant à remarquer que la femme pâlit, qu'elle maigrit, et que ses forces déclinent; bientôt elle est essoufflée, oppressée, elle est tourmentée par des palpitations; l'appétit diminue ou cesse; enfin la fièvre hectique s'allume, des accidents colliquatifs, tels que la diarrhée et les sueurs, surviennent et accélèrent la terminaison fâcheuse. Cependant il est douteux que le flux de lait produise à lui seul ces accidents d'étiologie; presque toujours les symptômes dont nous parlons se lient à la présence de tubercules dans les poumons. Cette grave complication survient sous l'influence de l'épuisement que la galactorrhée détermine; nous verrons le même effet se produire dans le cours du diabète. Si les poumons ne sont pas envahis par le travail de tuberculisation, le flux de lait cesse après un temps plus ou moins long, et la santé se rétablit sous l'influence seule d'un régime convenable.

Le *diagnostic* de la maladie ne présente aucune difficulté. Son *pronostic* peut être grave si le flux est spontané, s'il est considérable, et si la constitution est détériorée, car dans ces conditions les femmes deviennent souvent tuberculeuses.

Causes. — La galactorrhée dépend le plus souvent de la trop forte excitation des seins produite par un enfant vorace, et par l'allaitement de plusieurs nourrissons à la fois, ou bien encore par un allaitement trop prolongé. La maladie a paru aussi survenir quelquefois par l'abus des excitants, d'une alimentation trop réparatrice, ou bien, au contraire, par suite d'un régime débilitant, ou de la mauvaise constitution des femmes.

Traitement. — La première indication consiste à sevrer l'enfant, non brusquement, ce qui pourrait avoir des inconvénients, mais lentement et en ayant soin de ne donner le sein que longtemps après les repas. On soutient et on relève les forces par une alimentation réparatrice, à laquelle on associera souvent avec avantage l'usage des ferrugineux. Les seins seront soutenus convenablement, et l'on exercera sur eux une certaine compression. Les femmes ne feront aucun effort; elles devront surtout s'abstenir d'exécuter des mouvements avec les membres supérieurs. Enfin on produira des révulsions par des pédiluves, par des laxatifs, par les diurétiques et les sudorifiques; le petit-lait de Weiss remplit plusieurs de ces indications. Lorsque nonobstant le sevrage de l'enfant, la galactorrhée continue, on a proposé de faire des lotions vineuses ou aromatiques sur les seins, ou bien encore de les oindre avec un liniment camphré. M. Riesemberg (de Berlin) a conseillé l'usage de l'iode, et surtout de l'iode potassique à l'intérieur, comme propre à tarir la sécrétion du lait. L'expérience ne s'est pas encore prononcée sur l'efficacité de ce moyen dont l'emploi pourtant est rationnel, puisque l'iode a souvent pour effet de diminuer l'énergie de la sécrétion lactée. N'est-il pas permis d'espérer qu'on obtiendrait de meilleurs effets de l'emploi de l'hydrothérapie, qui peut agir et comme un agent énergétique de révulsion, et comme un reconstituant des plus puissants?

DES FLUX D'URINE

Sous le nom de *diabète*, on a longtemps confondu deux maladies distinctes ayant pour caractères communs un flux plus ou moins considérable d'urine et une soif proportionnée à cette excrétion. L'analyse du liquide, l'examen, la comparaison des symptômes, ont démontré, en effet, qu'il y avait deux flux urinaires essentiellement différents. Dans l'un l'urine, sécrétée en très-grande abondance, est seulement plus aqueuse et contient moins de principes fixes que l'urine normale: c'est la *polyurie*. Dans l'autre, l'urine a acquis une densité exceptionnelle, et renferme un produit nouveau, du sucre de fécule, c'est la *glycosurie* ou *diabète sucré*.

De la polyurie.

SYNONYMIE. — *Hydrurie*, polydipsie; *diuresis*; diabète insipide ou faux diabète, etc.

La *polyurie* est une maladie caractérisée par une émission très-abondante d'urines aqueuses ayant une très-faible pesanteur spécifique, et ne contenant aucun principe sucré: les malades sont, en outre, tourmentés par une soif exclusive qui les oblige à ingérer une très-grande quantité de boissons. C'est en raison de ce symptôme prédominant que quelques auteurs ont donné à

cette affection le nom de *polydipsie*; d'autres, en plus grand nombre, en ont fait une variété de diabète, et l'ont désignée sous les noms de *diabète insipide* ou de *faux diabète*. Cependant nous dirons plus tard que quelques diabètes insipides appartiennent au diabète véritable, puisqu'il existe alors dans l'urine un sucre de fécule qui est masqué seulement par sa combinaison avec d'autres substances. Ces cas exceptés, nous croyons que la polyurie doit comprendre à peu près tous les faits décrits autrefois sous la dénomination de *diabète insipide* ou *non sucré*. M. Lacombe, dans sa thèse (1841), a tracé de cette affection une description très-exacte.

Symptômes. — Dans la polyurie, les malades peuvent rendre des quantités d'urine plus considérables que dans le diabète; mais le liquide n'a pas, dans les deux cas, la même composition. Dans l'affection que je traite ici, l'urine est claire, limpide, à peine colorée, plus ou moins semblable à de l'eau filtrée, et peu ou point odorante; elle est neutre ou légèrement acide; la chaleur et l'acide nitrique ne la troublent pas. Elle contient enfin moins d'urée, d'acide urique et de sels fixes; elle a une pesanteur spécifique qui varie de 1,001 à 1,009. Plusieurs fois j'ai trouvé celle-ci inférieure de 1 ou 2 degrés à celle qu'avait l'eau de Seine qui servait aux besoins de la salle. La quantité de boisson que les malades prennent est en rapport avec cette exagération de la sécrétion urinaire. Il est, en effet des individus auxquels il faut deux ou trois seaux de liquide pour étancher leur soif. Celle-ci est presque incessante; la plupart des malades se réveillent souvent pendant la nuit pour obéir aux besoins impérieux de boire et d'uriner (Lacombe). Au milieu d'un trouble si remarquable, les digestions se font bien; l'appétit est rarement augmenté, comme il l'est dans le diabète; il est généralement conservé; parfois pourtant il est diminué, et les malades préfèrent, pour la plupart, une alimentation végétale et les boissons acidules. La bouche est pâteuse, la salive rare; il existe une sensation de sécheresse dans la bouche et dans le pharynx; il y a vers l'estomac un sentiment de gêne, comme dans le besoin exprimé par la faim (Lacombe). Les fonctions respiratoire et circulatoire sont à l'état physiologique; la peau est sèche et rugueuse; les malades sont impressionnables au froid; ils ont généralement peu d'embonpoint; cependant leurs forces sont conservées, et ils ont presque l'aspect extérieur de la santé, à moins pourtant que l'appétit ne fasse défaut.

Marche. Durée. Terminaisons. — Cette affection, qui commence souvent dans l'enfance, va en augmentant jusqu'à la puberté, puis elle reste stationnaire. Lorsque la polyurie affecte les adultes, elle acquiert en peu de jours son summum d'intensité (Lacombe). Les saisons n'ont aucune influence sur les principaux symptômes de la maladie, tandis que le développement d'une affection fébrile produit pendant toute sa durée une diminution dans l'intensité de la soif (Lacombe). La polyurie a une durée indéterminée; elle est rarement moindre de plusieurs années, et se prolonge souvent pendant toute la vie. Lorsqu'elle cesse, la guérison n'est le plus souvent qu'éphémère. Les récidives sont fréquentes; je ne sais s'il existe aucun cas authentique de guérison définitive. Il ne paraît pas que cette maladie ait jamais occasionné la mort par elle-même; cependant elle laisse les individus dans un état habituel de faiblesse, et lorsqu'elle commence dans l'enfance ou pendant la puberté, elle peut, comme nous l'avons vu une fois, retarder le développement régulier du corps. Contrairement aussi à ce que nous verrons pour le diabète, la polyurie ne semble pas provoquer le développement des tubercules. Cependant j'ai vu pendant l'année 1861 succomber dans le dernier degré d'une phthisie pulmo-

naire un homme âgé de quarante-huit ans, polyurique depuis plus de trente années, et non prédisposé à la phthisie par voie d'hérédité.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la polyurie qu'avec le diabète; mais la première diffère de celui-ci par la composition des urines, qui ne contiennent jamais de sucre, et ont une pesanteur spécifique peu considérable; par l'influence beaucoup moindre qu'elle exerce sur l'embonpoint et les forces, par sa durée illimitée, et parce qu'elle n'a peut-être jamais une issue funeste.

Pronostic. — Si la polyurie ne compromet pas prochainement l'existence, elle ne doit pas moins être considérée comme une maladie fâcheuse, en raison de sa persistance, de son opiniâtreté et de l'état maladif qu'elle entretient pendant toute la vie.

Causes. — Les causes de la polyurie sont inconnues. Cette maladie semble affecter préalablement les sujets débiles ou de constitution moyenne. Les hommes, surtout à l'âge adulte, y sont davantage prédisposés. D'après un fait que M. Lacombe a rapporté dans son excellente thèse, il semblerait que la polyurie pourrait se montrer héréditairement dans certaines familles.

La maladie survient presque toujours spontanément; on cite pourtant un certain nombre de cas où elle a succédé à un coup sur la tête, à une chute sur le siège, à une contusion sur la région hépatique, ainsi que j'en ai rencontré un exemple; on l'a vue enfin se déclarer dans le cours d'affections cérébrales chroniques (1).

La polyurie n'est pas spéciale à l'homme, elle a, dit-on, quelquefois régné épidémiquement sur les chevaux: c'est ce qui eut lieu à Paris en 1837. Les vétérinaires l'ont décrite sous le nom de *pisse*.

Autopsie. — On ne trouve aucune lésion qui soit propre à la maladie. Il serait naturel de croire que les reins doivent toujours avoir acquis un volume plus considérable; il n'en est pas toujours ainsi. Le malade dont je parlais tantôt, resté polyurique pendant trente ans, avait des reins au-dessous du volume et du poids normaux, et la substance corticale, du moins dans un des reins, était sensiblement décolorée; la vessie et même les uretères avaient une ampleur au moins double de ce qu'elle est à l'état physiologique.

Traitement. — Le traitement de la maladie dont je viens de parler est encore à trouver. On a tour à tour essayé, sans grand avantage, les antiphlogistiques, les émétiques, les narcotiques, les toniques, les martiaux, les astringents, les antispasmodiques, spécialement la valériane à haute dose, le régime exclusivement végétal ou animal. Chez une malade que j'ai traitée en 1849, après avoir expérimenté la plupart de ces moyens, ainsi que les bains de vapeur et la valériane, je parvins à produire momentanément un mieux notable avec l'extrait d'opium. M. Debout a prôné de nouveau le nitrate de potasse fondu, ou sel de Prunelle, à la dose de 4 grammes par jour. Mais tous ces moyens sont assez précaires. Pourrait-on obtenir des effets plus durables à l'aide de l'hydrothérapie? C'est à une expérience ultérieure à le prouver.

Nature. — On n'est pas encore fixé sur la nature et sur le siège de l'affection. Est-ce primitivement un flux rénal, ou bien une névrose de l'estomac analogue à la boulimie? et alors le flux urinaire ne serait-il pas la conséquence de l'ingestion du liquide? C'est ce qu'il est impossible de déterminer dans l'état actuel de la science.

(1) *Gazette hebdomadaire*, année 1860, et *Archives*, année 1839.

Du diabète sucré.

SYNONYMIE. — Diabète, phthisie sucrée, glucosurie ou glycosurie; *urinæ profluvium*, *lenteria urinalis*, *diabetes mellitus*, *anglicus*, etc. — Diabète vient de *διαβαίνω*, je passe à travers.

On désigne sous le nom de *glycosurie*, ou *diabète sucré*, une maladie apyretique caractérisée par l'excrétion abondante d'une urine contenant une quantité plus ou moins considérable de sucre de fécule.

Historique. — Il ne paraît pas qu'avant Celse aucun auteur ancien ait connu le diabète. Les indications et les descriptions qu'on trouve dans les ouvrages de Celse, d'Arétée et de Galien jusqu'à Willis, sont peu précises, puisque le diagnostic de la maladie ne reposait guère alors que sur l'abondance de la sécrétion urinaire. Cependant Willis, ayant dit en 1764 que dans le diabète l'urine était sucrée, provoqua les recherches des chimistes. Mais ce ne fut pourtant qu'en 1775 que Pool et Dobson, et surtout Cowley, trois ans plus tard, démontrèrent dans l'urine la présence du sucre. Depuis cette époque, les recherches sur le diabète ont été très-nombreuses: nous citerons en particulier, pour l'Angleterre, le travail remarquable de Rollo et de Prout; en France, les recherches de Nicolas et Gueudeville (de Caen); celles de Dupuytren et Thenard; une excellente thèse de M. Contour (1844). Mais nous devons surtout mentionner de la manière la plus honorable les beaux travaux de notre vieil ami le professeur Bouchardat, insérés dans deux de ses *Annuaire*s (1841 et 1846), et dans le XVI^e volume des *Mémoires de l'Académie de médecine*. Citons enfin les admirables recherches de M. Cl. Bernard; car en démontrant que le foie sécrète normalement un sucre identique avec celui que les diabétiques rejettent, cet éminent physiologiste a éclairé d'un jour tout nouveau l'histoire du diabète.

Anatomie pathologique. — On ne connaît point encore le caractère anatomique du diabète. Les reins, dans lesquels on a pendant longtemps voulu localiser la maladie, sont le plus souvent exempts de toute altération. Si dans quelques cas fort rares on y a trouvé des productions accidentelles (calculs, hydatides, etc.), si parfois on les a vus atrophiés, il est constant que ces lésions sont purement accidentelles. L'altération la plus commune du tissu rénal, qui serait liée plus ou moins directement à l'affection, consisterait dans une hypertrophie qui porterait ordinairement sur les deux reins à la fois; le tissu serait aussi plus vasculaire: ceci s'expliquerait par l'activité insolite des reins. On peut trouver la même lésion chez ceux qui ont une simple polyurie, tandis qu'elle manquerait, d'après M. Bernard, chez les diabétiques qui ne sont pas en même temps polyuriques.

Depuis que les travaux de M. Bernard ont porté à localiser le diabète dans le foie, cet organe a été l'objet d'une attention toute spéciale dans les autopsies. M. le professeur Andral, dans une communication faite le 23 juillet 1855 à l'Académie des sciences, nous a appris qu'ayant eu l'occasion d'ouvrir récemment le cadavre de cinq diabétiques, il a trouvé invariablement chez tous une altération du foie. C'était une coloration d'un rouge brun tellement prononcée que l'organe, au lieu de présenter cette apparence de deux substances qu'on y trouve toujours, l'une jaune, l'autre rouge, n'offrait plus dans toute son étendue qu'une teinte rouge parfaitement uniforme, c'est-à-dire que le foie était fortement congestionné; mais l'hypérémie avait un autre aspect que ces congestions qui se produisent si fréquemment dans le foie sous l'influence de causes très-diverses. M. Bernard a trouvé la même lésion chez un diabétique