

nées, et, à l'intérieur, l'acétate d'ammoniaque, la liqueur ammoniacale anisée, les préparations strychniques.

Contre les troubles fonctionnels, tels que *palpitations*, le bromure de potassium sera associé dans une potion à l'éther et à l'eau de laurier-cerise. Enfin, si l'*arythmie* domine et qu'elle ne soit pas explicable par une lésion du cœur, cherchez du côté de l'estomac, et, le cas échéant, appliquez le traitement de la dyspepsie hypersthénique, cette cause fréquente des intermittences cardiaques.

Comme règle générale, on sera très réservé sur l'emploi des alcalins chez les diabétiques cardiaques, même si la lésion n'est pas évidente, et on leur interdira expressément toute cure hydro-minérale.

D. — Complications pulmonaires.

1. *Phtisie pulmonaire*. — Tout diabétique qui tousse réclame une surveillance particulière. Si la toux prend une allure chronique, la recherche du bacille de Koch s'impose, car la phtisie pulmonaire est une des complications les plus communes et les plus graves du diabète, et l'on peut dire que tout diabétique qui s'affaiblit est sur le chemin de la phtisie.

Alors, si la recherche est positive, on fera de l'arséniate de soude, de l'huile de foie de morue, des toniques et des opiacés à petite dose, la base d'un traitement commun au diabète et à la phtisie. On proscriera le bromure de potassium, les alcalins, qu'on remplacera par les sels de chaux et de magnésie. L'antipyrine ne sera plus qu'un médicament occasionnel, uniquement destiné à modérer une poussée fébrile. En somme, ce qu'on doit chercher à réaliser, c'est une sorte de médication mixte, ayant pour but de diminuer la glycosurie qui prépare le terrain au bacille de Koch, et d'accroître la résistance organique du malade à l'agression microbienne. Pas plus ici que dans la phtisie ordinaire, il ne faut s'attarder à la poursuite du bacille, car c'est un mode d'intervention dont les insuccès ne se comptent plus.

La marche de la phtisie diabétique est ordinairement rapide. Elle est précédée d'une période d'amaigrissement, pendant laquelle un traitement tonique, réparateur, et la suralimentation auront encore quelque chance de succès. M. Lecorché préconise la *créosote*, qui remplirait la double indication d'agir à la fois contre la phtisie et contre la glycosurie. Pour ma part, je n'ai pas eu à m'en louer, et je lui reproche surtout les troubles digestifs qu'elle cause. Toutefois, on peut la conseiller en injections sous-cutanées ou en lavements :

℥ Décoction de bois de Panama¹ 90 grammes.
Créosote de hêtre 10 —

F. s. a. Émulsion. Donnez chaque matin un petit lavement de 90 grammes d'eau tiède additionnée d'une à deux cuillerées à café de cette émulsion.

Les *préparations tanniques* (acides gallique ou tannique, extrait de feuilles de noyer), associées au camphre et à une petite quantité d'iodoforme, m'ont paru, sinon d'une plus grande efficacité, du moins certainement mieux tolérées. J'emploie la formule suivante :

℥ Arséniate de soude 0,001
Iodoforme 0,01
Baume de soufre anisé. 0,05
Thériaque 0,10
Extrait de feuilles de noyer 0,10
Poudre de ratanhia. Q. s.

Pour une pilule. Faites 50. Prendre de 2 à 5 pilules par jour.

On a cité aussi des améliorations avec les extraits de feuilles de noyer à haute dose (10 à 15 grammes par jour). Mais il faut bien avouer que, sauf quelques cas exceptionnels, la phtisie diabétique est au-dessus des ressources actuelles de la médecine.

2. *Bronchites*. — *Pneumonie*. — Leur gravité est considérable. Le traitement des *bronchites* n'offre rien de spécial aux diabétiques.

1. Il suffit d'employer une décoction de bois de Panama à 2 p. 100. Cette décoction émulsionne parfaitement la créosote.

Quant à la *pneumonie*, commencer par donner 0^{gr},40 de calomel en quatre doses de 0^{gr},10 à une heure d'intervalle; puis, insister sur les stimulants diffusibles et sur l'alcool à haute dose; ne pas craindre d'appliquer un large vésicatoire, quel que soit l'injuste discrédit dans lequel est tombé cet excellent moyen d'action; enfin, malgré le diabète, donner le régime lacté.

E. — Complications rénales. — Albuminuries.

Les diverses albuminuries diabétiques, ne relevant pas de la même cause, réclament des traitements différents. On les divise en deux groupes : 1^o les *albuminuries simples*, parmi lesquelles on constitue tout d'abord la classe des *albuminuries d'origine phosphaturique*¹; 2^o les *albuminuries brightiques*.

Les premières sont purement fonctionnelles, dépendent d'un trouble de la nutrition et sont curables quand on les traite en temps opportun.

Les secondes sont d'origine lésionale, liées à une néphrite particulière, et le plus souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Quand le trouble fonctionnel qui conditionne les premières est traité trop tard ou imparfaitement, il finit par engendrer peu à peu une néphrite chronique; aussi peut-on dire que tout diabétique, dont les urines contiennent de l'albumine, en si minime quantité que ce soit, est sur le chemin du mal de Bright. Toutefois, les diabétiques simplement albuminuriques et les brightiques ne sont pas justiciables du même traitement.

Dans les cas du premier groupe, on s'inspirera, pour la direction générale du traitement, des principes qui seront exposés plus loin, aux articles TRAITEMENT DE LA PHOSPHATURIE et TRAITEMENT DES ALBUMINURIES PHOSPHATURIQUES². On surveillera exactement le régime, en modérant la quantité des matières

1. Voyez ALBERT ROBIN. — Des albuminuries phosphaturiques. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1893.

2. Voyez t. I, p. 173 et 187.

albuminoïdes et en insistant sur les légumes verts; on proscriera l'antipyrine; mais, si la quantité d'albumine est très minime et que la glycosurie reste abondante, c'est sur cette dernière que portera tout l'effort de la thérapeutique, car l'une des meilleures manières de lutter contre cette albuminurie encore minime, c'est de modérer l'activité des actes désassimilateurs qui ont une si grande influence sur son apparition.

Au contraire, quand l'albuminurie est déjà considérable, atteint 2 à 3 grammes par jour, sans que la glycosurie diminue encore, il faut, comme le dit fort bien M. Lecorché, louvoyer, traiter tantôt l'albuminurie, tantôt le diabète, et employer une alimentation mixte peu sévère. Alors aussi, on aura souvent avantage à user par intervalle du régime lacté, que l'on cessera dès que la diminution de l'albumine sera compensée par une augmentation de la glycosurie. Pendant les périodes de régime lacté, on instituera le traitement, décrit plus loin, de l'albuminurie phosphaturique. C'est dans ces cas que le *lactate de strontium* peut rendre quelques services, à la dose de 5 à 6 grammes par jour, pendant huit à dix jours. En cessant le régime lacté, on recommencera le traitement anti-diabétique, que l'on continuera tant que l'albumine se maintiendra à son chiffre abaissé. Sauf l'antipyrine, aucun des médicaments du diabète n'est alors contre-indiqué, pas même les opiacés, qui n'auraient vraiment d'inconvénients que si on les donnait à trop haute dose ou pendant un temps trop long, ce qui ne peut arriver si l'on se maintient dans les limites assignées plus haut à la troisième étape du traitement alternant.

Mais vient la période où la lésion du rein entre en jeu, où le diabétique, d'abord simplement albuminurique, devient un brightique. A ce moment, mettez de côté toute préoccupation relative au diabète; le traitement ne doit plus avoir d'autre objet que le mal de Bright et, par conséquent, ne diffère en rien de ceux qu'on oppose habituellement à cette maladie¹.

1. Voyez Traitement du mal de Bright et des néphrites chroniques.

Pourtant, malgré l'opinion courante, je ne considère pas le régime lacté absolu comme le traitement de dernier ressort que l'on doit uniformément imposer à tous les diabétiques brightiques. Certes, *il convient de l'employer dans le plus grand nombre des cas*, mais j'en ai vu certains où le régime lacté n'a fait que précipiter la déchéance des malades, qui éprouvaient, au contraire, une certaine amélioration quand on leur rendait un peu de nourriture avec un traitement tonique, tout en conservant le lait comme boisson. Comme il n'existe aucun moyen décisif de savoir d'avance l'effet du régime lacté, le mieux est de commencer toujours par le conseiller, quitte à le suspendre si l'on voyait le malade s'affaiblir outre mesure. On le suspendra encore quand, après un certain laps de temps, l'albumine urinaire se maintiendra à un taux invariable ou quand le malade manifestera pour le lait une répugnance qui en limiterait certainement l'ingestion. Lorsque le lait est mal toléré par l'estomac, qu'il provoque de la diarrhée, du ballonnement du ventre, surtout quand on voit diminuer la quantité d'urée urinaire, n'hésitez pas à le supprimer avant l'affaiblissement général dont ces symptômes ne sont que les avant-coureurs, et à le remplacer par la viande crue, les ferrugineux, les toniques, etc.

N'oubliez pas, enfin, que bien souvent l'albuminurie est liée à la déminéralisation organique (Albert Robin); qu'il y a lieu de rendre alors à l'économie les matériaux inorganiques qu'elle a désassimilés en excès, et que, si le lait est insuffisant, on peut lui donner le bouillon comme renfort; ce bouillon, si injustement décrié, m'a bien souvent rendu service et jamais je ne l'ai vu réaliser le moindre des méfaits qu'on lui attribue théoriquement.

En dernier lieu, on se rappellera que l'albuminurie même brightique des diabétiques ne comporte pas toujours un pronostic funeste, que tout au moins quelques malades peuvent vivre pendant très longtemps. Je connais un diabétique albuminurique depuis l'année 1877, soit depuis dix-sept ans; voici huit ans qu'il oscille de 6 à 8 grammes d'albumine par

jour, et sa santé générale demeure à peu près intacte; en tout cas, il vit, il vaque quelque peu à ses affaires et présente à peine un léger œdème malléolaire; il eut la grippe il y a quatre ans et s'en tira parfaitement, alors que nous avions porté sur son avenir le pronostic le plus défavorable. Donc, ne désespérez jamais et luttiez avec conviction, car les cas comme celui-là ne sont pas exceptionnellement rares et ils constituent un grand encouragement pour la thérapeutique.

F. — Complications nerveuses.

A. *Névrologies*. — Elles sont fréquentes, tenaces et affectent surtout le nerf sciatique. On ne saurait les traiter indépendamment de leur cause, car trop souvent elles indiquent une recrudescence de la glycosurie. Les *révulsifs* ont peu d'action sur elles. Il vaut mieux leur opposer des médicaments qui aient en même temps une action restrictive sur le diabète, à savoir : le sulfate de quinine, l'antipyrine, les opiacés et le bromure de potassium. Suivant l'étape du traitement à laquelle on se trouvera quand apparaîtront ces névrologies, on insistera sur l'un ou l'autre de ces médicaments en forçant momentanément la dose habituelle. Lorsqu'elles prennent un degré d'acuité trop pénible, j'emploie aussi la formule suivante :

℥ Antipyrine	0,50
Bromure d'ammonium	0,50
Chlorhydrate de cocaïne	0,01
Valérianate de caféine	0,02

En un cachet. Faites 2. Donnez un cachet au moment de l'accès douloureux.

Cette médication doit être purement temporaire, surtout chez les diabétiques qui présentent déjà des signes d'affaiblissement.

B. *Névrites périphériques*. — Elles se manifestent par des paralysies passagères et incomplètes liées à des troubles de la sensibilité, tels que anesthésies, névrologies, douleurs

lancinantes. Tout en continuant le traitement fondamental du diabète, on leur opposera les *douches sulfureuses locales*, l'*électricité*, le *massage méthodique*, les injections sous-cutanées de *glycéro-phosphate de soude*, qui m'ont aussi rendu de grands services contre les névralgies.

C. *Neurasthénie*. — Modérer la médication alcaline; insister sur les *préparations arsenicales*, sur les *toniques* et les *ferrugineux*, s'il existe quelque symptôme d'anémie; en cas d'insuccès, employer les *glycéro-phosphates*, soit par l'estomac, soit en injections hypodermiques; enfin, se servir habilement de l'*hydrothérapie*, qui donne des effets souvent remarquables: tels sont les éléments essentiels d'une thérapeutique utile.

G. — Complications diverses.

Les *complications cutanées, oculaires, génitales*, etc., réclament le traitement habituel de l'affection en cause, sans qu'on interrompe pour cela la cure anti-diabétique, car les interventions locales n'ont de chance de succès que si l'on parvient à modifier le terrain où évoluent ces complications, quelles qu'elles soient.

H. — Coma diabétique. — Acétonémie.

Nous ne pouvons discuter ici la grosse question du coma diabétique et de l'acétonémie, ou plutôt des accidents toxiques que l'on décrit sous cette dénomination. Cliniquement, ils sont caractérisés par des troubles gastriques, respiratoires, nerveux, par l'odeur spéciale dite chloroformique de l'haleine, par la réaction rouge que l'urine donne quand on l'additionne d'un peu de perchlorure de fer. Ces accidents évoluent habituellement d'une manière lente, quelquefois intermittente, et précèdent l'explosion finale du coma diabétique, cette redoutable complication, qui est presque toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique. C'est pourquoi il importe davantage de l'éviter que de le combattre.

Tout diabétique jeune, chez lequel apparaissent les pre-

miers symptômes de l'épuisement et de la cachexie, est menacé d'acétonémie, et certaines circonstances mettent plus particulièrement en jeu cette prédisposition. Citons le régime carné, l'abus du traitement opiacé ou belladonné, la fatigue musculaire, le refroidissement, ou telle affection aiguë intercurrente, comme une pneumonie, une grippe ou même une simple bronchite.

Dès qu'apparaissent les premiers symptômes de l'acétonémie, troubles digestifs, gêne de la respiration, affaissement ou excitation cérébrale anormale, etc., examinez aussitôt l'urine et assurez-vous de l'odeur de l'haleine. Si l'urine se colore en rouge par le perchlorure de fer et si l'haleine exhale une odeur de pomme, mettez aussitôt le malade au régime lacté, tout en lui permettant de manger du pain et des féculents. Et quelle que soit l'étape du traitement antidiabétique qu'on traverse alors, cessez immédiatement les médicaments employés; s'abstenir surtout de l'antipyrine, du bromure de potassium, des opiacés, en un mot de tous les agents dépresseurs de l'activité nerveuse.

Ceci fait, ou donnera un purgatif salin, par exemple 25 grammes de sulfate de soude, et, dès le lendemain, du bicarbonate de soude, à dose de 8 à 10 grammes dans les 24 heures.

On entretiendra soigneusement la diurèse éliminatoire, soit en maintenant le régime lacté, soit en relevant l'activité du cœur et des vaisseaux avec une petite dose de digitale associée à l'ergotine, si le pouls est petit et rapide; on donnera 0,50 de citrate de caféine, si le pouls est mou et ralenti.

Les fonctions de l'estomac demandent à être surveillées tout spécialement, car aux dangers de l'anorexie, il faut ajouter ceux qui proviennent des fermentations gastriques anormales, dont les produits absorbés corroborent les intoxications générales. Donc, stimuler les fonctions gastriques, à l'aide des strychniques, de petites doses d'ipéca, et remédier à leur insuffisance, en donnant à la fin des repas un peu de pepsine associée à la maltine.

Enfin, exciter la circulation et les éliminations cutanées par des frictions répétées à l'eau de Cologne ou à l'eau-de-vie camphrée, et stimuler la respiration, en faisant largement inhaler l'oxygène.

En somme, maintenir l'activité nerveuse, directrice de la nutrition; ouvrir largement les voies d'élimination, rénale, intestinale, cutanée et pulmonaire; alcaliniser l'organisme saturé d'acides plus ou moins toxiques; soutenir les forces, en alimentant convenablement le malade et en remédiant aux actes de fermentation qui s'accomplissent dans son estomac, telles sont les indications majeures de la thérapeutique.

Quant au coma diabétique, on a essayé sans succès la *transfusion du sang*, les *injections salines intra-veineuses*, les *injections sous-cutanées d'eau salée*. Aucune de ces interventions ne paraît avoir donné de résultats satisfaisants. Pour ma part, j'ai pratiqué la transfusion du sang dans un cas, et l'injection intra-veineuse du sérum artificiel dans un autre cas, d'ailleurs sans aucun succès.

I. — Des interventions chirurgicales chez les diabétiques.

Le diabète aggrave le pronostic d'un traumatisme ou d'une opération chirurgicale (Verneuil); mais il serait insensé d'en conclure que l'on doit surseoir à toute opération chirurgicale chez les diabétiques. Ainsi, il ne viendra à l'idée de personne de s'abstenir d'une opération d'urgence, sous prétexte que le patient a le diabète. S'il s'agit d'une opération non urgente, le chirurgien a le devoir de préparer le malade à la subir, en traitant d'abord méthodiquement sa glycosurie, afin de la réduire à son minimum. Les seuls cas où l'abstention est de règle sont ceux de diabète compliqué de tuberculose pulmonaire, d'affection cardiaque, d'albuminurie ou d'acétonémie; il en est de même des troubles gastro-intestinaux, qui constituent, eux aussi, une majeure contre-indication. M. Lecorché donne aussi comme formelle contre-indication l'hypoazoturie très marquée, alors que l'urée tombe au-dessous de 10 à

12 grammes en 24 heures. Par contre, une proportion élevée d'urée, pourvu que celle-ci soit d'origine alimentaire, constituerait un des meilleurs signes de la résistance vitale, et par conséquent, une des conditions les plus importantes du succès de l'opération.

VIII

Traitement hydro-minéral du diabète.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que l'empirisme seul a présidé jusqu'à présent à l'indication des cures hydro-minérales conseillées aux diabétiques. Il devait en être ainsi en l'absence de toute théorie certaine de cette maladie et devant les incertitudes qui divisent encore la plupart des médecins sur sa réelle pathogénie. Ceux qui voient dans le diabète une maladie par ralentissement de la nutrition et par défaut d'utilisation du sucre normalement formé dans l'organisme conseilleront les eaux excitantes de la nutrition et celles qui accroissent les phénomènes d'oxydation. Ceux qui considèrent le diabète comme la résultante d'une production exagérée du sucre chercheront des eaux qui puissent exercer une action sédative sur le foie. Enfin, les indécis, et ce sont les plus nombreux, se laissent guider par la tradition et s'en tiennent à Vichy ou à Carlsbad.

Mais la question est en train de s'éclairer. Je crois avoir démontré que le diabète est conditionné par une exagération dans la production du sucre; que, chez le diabétique, il existe non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale du foie et du système nerveux, etc. Or, ces faits sont applicables aussi bien au traitement thermal qu'à la thérapeutique générale. Donc, on devra écarter de l'hydriatique du diabète toutes les eaux qui accélèrent la dénutrition ou les mutations organi-