

les autres territoires sont pris peu à peu dans les *formes diffuses* (cas d'Hayem, Siredey, Launois et Bensaude, Pitres, Sabrozes, etc.). L'état général reste habituellement intact, sauf dans les cas rares où l'adipose envahit le médiastin, provoquant ainsi, par compression, des troubles dyspnéiques plus ou moins graves, pouvant nécessiter une intervention sanglante (cas de Debove et Tuffier). Ces quelques particularités suffisent à rendre impossible toute confusion avec l'obésité simple dont la coexistence est du reste possible, quoique rare.

Le diagnostic de la *variété* de l'obésité (obèse floride ou anémique?), de ses *complications* (diabète, goutte, lithiase rénale ou hépatique), de l'état des fonctions circulatoires et rénales, est souvent plus délicat et offre une importance capitale au point de vue thérapeutique et diététique.

II. — DIABÈTES SUCRÉS

Le diabète sucré est actuellement scindé en trois variétés : le *diabète pancréatique*, imputable à la suppression ou à l'insuffisance de la sécrétion interne du pancréas; le *diabète nerveux*, dépendant d'une altération physique ou fonctionnelle de l'appareil nerveux qui préside à la glycoso-formation; enfin, le *diabète constitutionnel*, le plus commun, que, faute de connaître sa vraie cause, on attribue à la diathèse dite arthritique. Cette classification théorique ne se retrouve pas toujours strictement en pratique, et beaucoup de faits intermédiaires rentrent difficilement dans l'un ou l'autre de ces cadres.

I. Diabète pancréatique. — Isolé par M. Lancereaux, ce type clinique est caractérisé par un diabète grave, à marche rapide, semblant correspondre à des lésions profondément destructives du pancréas. Il frappe, sans cause connue, dans la classe ouvrière surtout, entre 20 et 60 ans, des sujets sains et robustes, non obèses, exempts de toute tare arthritique, personnelle ou héréditaire.

Le *début* est parfois assez soudain pour que le malade en puisse préciser le mois ou même le jour. Il est marqué par des troubles variables : vomissements, coliques ou diarrhée, ictère, douleurs lombaires et épigastriques (comparables à celles du cancer du pancréas).

La *période d'état* est constituée par les grands signes du diabète : *polydipsie*, quelquefois précoce, à début brusque, soit inapaisable quelquefois plus vive la nuit, poussant les sujets à absorber, par jour, 4, 6, 10 litres et plus de liquide; *polyphagie*, moins constante, faim insatiable, mais sujette à des rémissions et disparaissant à la phase terminale. La sécheresse de la bouche, des lèvres, de la langue est habituelle, ainsi que la constipation qui fait quelquefois place à une diarrhée fétide, remarquable par la présence possible, dans les selles, de *matières grasses* et de *fibres musculaires* non digérées (*insuffisance pancréatique*). Précoce, la *polyurie* atteint, en peu de semaines ou de mois, 5, 10, 15 litres en 24 heures. Très denses (1030) et

acides, les *urines* claires et décolorées contiennent des quantités énormes de sucre (400, 600, 1000 grammes en 24 heures). Cette *glycosurie* est tenace; à peine réduite par le régime, elle ne tombe qu'à la période ultime. Les urines, non albumineuses le plus souvent, sont surchargées d'urée. Selon Lancereaux, cette *azoturie* marche de pair avec la glycosurie.

La frigidité, précoce, arrive vite à l'*impuissance* absolue. Les forces tombent rapidement; les *réflexes rotuliens* sont diminués ou abolis. Pourtant la symptomatologie nerveuse est moins riche que celle du diabète constitutionnel. L'intelligence peut rester intacte; mais, bien plus souvent, la mémoire, la volonté, l'aptitude au travail faiblissent vite; le caractère s'aigrit, s'assombrit; la phase terminale est marquée par une torpeur physique et morale, plus ou moins profonde, qui aboutit au *coma*.

De bonne heure les malades *maigrissent* et dépérissent rapidement (diabète maigre). Leur peau est sèche, squameuse, décolorée; leur chevelure s'éclaircit. Décharné, le corps (perd 4 à 5 kilogrammes par mois) ne tarde pas à être presque squelettique. La température est égale ou un peu inférieure à la normale (36°-37°). Le *pouls*, petit et mou, s'accélère à la fin.

Évolution. — Le diabète pancréatique traverse *trois périodes* :

1° *Phase initiale*, à début brusque, où apparaissent et se complètent en quelques mois les grands signes du diabète.

2° *Phase d'état* où progressent les signes précédents.

3° *Phase terminale* où se confirme la cachexie qu'accélère souvent la tuberculose pulmonaire.

La *durée* totale peut ne pas dépasser 6 mois et atteint rarement 5 ans. La *terminaison fatale* est le résultat du marasme, du coma, d'une maladie intercurrente; le plus souvent de la *tuberculose pulmonaire*, presque constante.

Diagnostic. — Cette variété de diabète se reconnaît souvent : à son début brusque, à sa marche progressive, rapidement grave, et à l'absence de stigmates d'arthritisme.

II. Diabète nerveux. — Le *diabète nerveux* peut être lié : à des *lésions bulbo-protubérantielles* (tumeurs, abcès, ramollissement, gommages, etc.); à des *lésions cérébrales, méningées* ou *spinales*, ou même à des *lésions névritiques* (pneumogastrique et sympathique). Les *traumatismes du crâne* (fractures, plaies) et du *rachis* (luxations, fractures de la colonne cervicale), causes fréquentes de glycosurie, sont aussi susceptibles de faire naître un vrai diabète.

Quelquefois insidieux, le *début* du diabète nerveux est plus souvent rapide et brusque. Le syndrome diabétique est généralement très franc. La *polyurie* (inconstante) varie de 4, 10 à 15 ou 20 litres par 24 heures, elle peut précéder la *glycosurie* et lui survivre; celle-ci est très variable (quelques grammes à 500 ou 1000 grammes de sucre). L'*azoturie*, l'*albuminurie* manquent souvent. La densité des urines est élevée (1020-1050). La *polydipsie* marche de pair

avec la polyurie; la soif est nulle ou impérieuse, faisant absorber 5, 10, 15 ou 30 litres de boisson par jour. La *polyphagie* est bien plus rare.

L'asthénie, l'anaphrodisie, l'amaigrissement s'observent moins souvent et à un degré moindre que dans les autres formes de diabète. Les complications telles que : furoncles, phlegmons, manquent souvent. Beaucoup de troubles : céphalée, vertiges, paralysies sont imputables à la lésion causale.

Évolution. — Habituellement brusque, le début est parfois, aussi, insidieux. Le *diabète traumatique* éclate, tantôt aussitôt après l'accident, tantôt au bout de 3 à 4 semaines; quelquefois à plusieurs mois ou plusieurs années de distance.

L'évolution est, en général, rapide, soit vers la *guérison* qui tarde plus ou moins (3 semaines, 4 mois, 2 ans au plus), les cas curables se distinguant difficilement des *glycosuries simples*, soit vers la *mort*, qui, malgré des rémissions passagères, survient en 2 ou 3 ans, grâce aux progrès de l'amaigrissement, et souvent de la tuberculose. Passé un an, la guérison est peu probable.

Diagnostic. — Grave, le diabète nerveux rappelle beaucoup le diabète pancréatique; bénin il est très voisin du diabète constitutionnel. Dans le premier cas, l'état général est relativement respecté, malgré une glycosurie énorme. Dans le second, l'absence d'antécédents d'obésité, d'arthritisme, certaines complications cérébrales peuvent faciliter le diagnostic.

La limite entre certaines glycosuries durables, avec polyurie et polydipsie, et certains diabètes nerveux curables reste souvent indécise. L'une peut du reste aboutir à l'autre.

III. Diabète constitutionnel. — Signes étiologiques. — Le *diabète constitutionnel*, dont le début, vers 50 ans, succéderait le plus souvent à une phase d'embonpoint excessif (Lancereaux), est la forme la plus commune et la plus importante. Exceptionnel dans l'enfance, le début est rare dans la vieillesse; l'âge de choix est 50 à 40 ans, chez la femme; 40 à 60 chez l'homme. Plus fréquente dans les professions dites libérales, la maladie est favorisée par un régime plantureux ou trop riche en sucre et en féculents, par l'abus de la bière, du cidre ou du vin doux.

Des exemples indiscutables de *diabète conjugal* sont imputables, pour les uns à la similitude de régime alimentaire, pour les autres à la *contagion*. Par contre, l'*hérédité, similaire* (ascendants diabétiques) ou de *transformation* (ascendants obèses, gouteux, graveleux, nerveux, etc.), est moins discutée.

Les israélites, souvent arthritiques et exerçant habituellement des professions sédentaires, paient un large tribut au diabète. Les *causes occasionnelles* invoquées sont nombreuses et disparates : émotions, surmenage moral, traumatisme, intoxication, grossesse, lactation, ménopause; leur valeur est souvent douteuse. La goutte est moins une cause qu'un effet commun de la diathèse. De lésions spécifiques du bulbe ou du pancréas, peut résulter un *diabète syphilitique* justiciable du traitement de cette infection.

Signes cliniques. — Début. — Le *début* est si insidieux que la glycosurie est souvent découverte par hasard, au cours d'un examen d'urine provoqué par certains signes suspects pour le malade : faim ou soif exagérées, mictions fréquentes et copieuses, taches poisseuses sur les vêtements, ou révélateurs pour le médecin : furoncle, gangrène, névralgie rebelle, balanite chronique, prurit vulvaire, gingivite, frigidity sexuelle. Quelquefois (toujours pour Lancereaux), une obésité précoce (de 25 à 50 ans) annoncerait la glycosurie, rare avant l'apogée de l'embonpoint. En premier lieu se montre l'*insuffisance glycolitique* (procédé d'Achard et Castaigne), ensuite la *glycosurie*, d'abord passagère, occasionnée par une émotion, une fatigue, un écart de régime, puis plus ou moins permanente.

Troubles urinaires. — Les urines, du jour surtout, sont plus ou moins pâles, suivant leur volume et le régime. Elles se troublent après émission et font, sur le linge, des taches blanchâtres, quand elles sont très sucrées. L'*odeur* en est nulle, d'autres fois aromatique.

La *saveur* ne devient mielleuse qu'à 30 ou 40 grammes de sucre par litre. La *densité* oscille entre 1050, 1045 et plus, suivant la teneur en sucre et en matières fixes. L'*acidité* est supérieure à la normale. Le *volume* est accru (3 à 4 litres en moyenne), mais moins que dans le diabète pancréatique. En cas de diabète récent, la *polyurie* est diurne, quel que soit le régime; en cas de diabète ancien, elle est nocturne si le régime est azoté, et suit les repas s'il est riche en féculents. Le régime carné réduit la polyurie qui est augmentée par les aliments farineux, sucrés ou salés. Elle est du reste proportionnelle au taux du sucre urinaire (3 à 4 litres pour 50 à 150 grammes de sucre, moins de 2 litres au-dessous de 50 grammes de sucre; au moins 4 litres, au-dessus de 150 grammes de sucre); elle diminue et disparaît à la phase ultime.

Le sucre urinaire est de la glycose, déviant à droite le plan de polarisation. Sa quantité en 24 heures passe rarement 100 grammes, dans le diabète constitutionnel; les chiffres de 15, 20, 40 grammes sont fréquents, ceux de 150, 200 grammes très rares. Le taux s'élève après les repas copieux ou féculents, les fatigues, les émotions; il s'abaisse sous l'influence du repos, du régime azoté, de la fièvre. Il correspond toujours sauf de rares exceptions (Kolisch et Ruber⁽¹⁾, Debove⁽²⁾) à une *hyperglycémie* concomitante. La glycosurie peut être intermittente, surtout au début.

Le *taux de l'urée* est en général accru (40 à 60 grammes par 24 heures), mais pas toujours (une fois sur deux environ). Le régime azoté, la fièvre élèvent l'azoturie; le régime féculent, la cachexie l'abaissent ou l'effacent. Non compensée par la polyphagie, l'azoturie entraîne la constipation. Il n'y a pas entre elle et la glycosurie de rapport constant.

L'*acide urique* est souvent en excès; celui de la créatine, de la créatinine, paraît lié à l'alimentation carnée.

L'*albuminurie* est fréquente (10, 28, 51, 45 pour 100 des cas, selon les

(1) KOLISCH et RUBER, *Wien. Klin. Woch.*, 10 juin 1897.

(2) DEBOVE, Du diabète aglycémique, *Presse méd.*, 12 décembre 1905

auteurs), de causes variables, tantôt *forte*, symptomatique d'une néphrite, tantôt *légère* (moins de 2 grammes), parfois *passagère*, sans cylindrurie, ni œdème, ni hypertrophie du cœur, attribuée alors à un trouble de la désassimilation, et plus fréquente chez les petits diabétiques et les obèses.

Les *sels minéraux* sont sensiblement accrus (28 à 40 grammes en 24 heures). La polyphagie porte les *chlorures* à 12 ou 15 grammes et plus. Pas habituelle (27 pour 100) la *phosphaturie* (4 à 11 grammes) indique une désassimilation exagérée, coïncidant souvent avec l'endolorissement et la fragilité des os. L'augmentation assez commune des *sulfates* tient aussi à la désassimilation.

Polydipsie. — Signe souvent révélateur, subordonné à la polyurie, la *polydipsie* est modérée dans le diabète constitutionnel, accrue par le régime féculent, modérée par le régime azoté.

Polyphagie. — **Dyspepsie.** — La polyphagie manque souvent, est habituellement peu marquée, mais peut pourtant s'accuser franchement, à la période d'amaigrissement. Toutefois, il n'en résulte que rarement des *troubles gastro-intestinaux* (toujours de mauvais augure), l'estomac des diabétiques ayant une tolérance remarquable. La *constipation* est habituelle, plus ou moins rebelle, interrompue à certains moments par une diarrhée passagère.

Troubles sécrétoires. — Toutes les sécrétions, sauf celle des urines, sont diminuées : presque toutes renferment du sucre : le suc gastrique, le suc intestinal, la salive, l'expectoration, la bile, la sueur, le pus des abcès.

A la *raréfaction de la salive* se rattachent : la sécheresse de la bouche, des lèvres (fissurées), de la langue (rouge et fendillée) ; des troubles du goût, l'embarras de la parole, une haleine fade spéciale, la gingivite, l'ostéo-périostite alvéolaire.

Les *troubles de la sudation* entraînent la sécheresse de la peau et les dermatoses propres aux diabétiques.

La *température* est assez fréquemment abaissée, à une période avancée ; les complications habituellement fébriles (pneumonie, phlegmon) l'élèvent peu (38°).

Asthénie physique et morale. — **Agénésie.** — Habituellement faible et fatigué, le diabétique a l'intelligence et la mémoire paresseuses, l'appétit génital diminué et la puissance virile affaiblie.

Évolution. — Le début vrai passe généralement inaperçu. La phase d'état, elle-même, demeure souvent insidieuse. La soif, l'appétit peuvent rester longtemps modérés et la quantité des urines normale (1500-1800 grammes). Une *forme aiguë*, à début, à marche rapides, aboutissant vite à la cachexie (Lecorché), ressemble fort au *diabète pancréatique*.

Le diabète constitutionnel présente les caractères propres suivants : obésité prémonitoire ou associée (Lancereaux) ; manifestations arthritiques antérieures ou concomitantes : migraine, hémorroïdes, asthme, eczéma, calvitie, gravelle, rhumatisme chronique, artério-sclérose.

Longtemps l'état général se maintient, troublé seulement, momentanément,

par une fatigue, un écart de régime, une émotion, provoquant une augmentation passagère de la glycosurie.

Un moment arrive pourtant où la glycosurie, devenue permanente, augmente (500 grammes en vingt-quatre heures), tandis que s'accusent la faim, la soif et la polyurie ; finalement, apparaît la dyspepsie et l'*autophagie* commence. Les malades maigrissent alors à des degrés variables, et, arrivés à la cachexie, qui efface plus ou moins la glycosurie et les grands signes du diabète, succombent au marasme ou à une complication telle que : pneumonie, tuberculose, néphrite, cardio-sclérose, artérite cérébrale ou coma diabétique. Le diabète constitutionnel dure pourtant, en général, longtemps : 10, 20, 30 ans et plus.

Diagnostic. — Au début, l'examen systématique des urines permet seul le diagnostic, facilité quelquefois par la constatation d'une obésité précoce ou d'un autre signe révélateur. On connaît les causes d'erreur dans la recherche du sucre (voy. *Examen des urines*). La *glycosurie simple* s'écarterait du diabète par divers caractères : sucre peu abondant, pas d'azoturie, aucun autre signe qu'une glycosurie passagère (quelques jours, semaines ou mois). Certains cas sont nets ; d'autres intermédiaires échappent à toute classification.

Le diagnostic de l'origine du diabète et de sa variété sera également précisé.

Complications du diabète sucré. — Irrégulière, leur apparition est tantôt précoce (signes révélateurs), tantôt contemporaine de la période d'état.

Complications digestives. — Les *altérations salivaires* entraînent une série de troubles, la plupart d'origine microbienne : *langue*, tantôt rouge et dépouillée, tantôt présentant, au dos ou sur la ligne médiane, un enduit blanchâtre ou noir, hérissée de papilles saillantes (*langue pileuse*), coupée souvent sur les bords de fissures, de crevasses ou d'ulcérations (*langue de crocodile*) ; *carie dentaire*, débutant par la deuxième molaire, détruisant les dents par morcellement ; *périostite alvéolo-dentaire* qui les ébranle, les déchausse, et dont les fongosités expulsent les racines progressivement ; *expulsion indolore* de dents saines, d'origine trophique ; *angines*, bénignes, assez fréquentes.

L'estomac généralement dilaté est souvent atteint de *gastrite*.

L'intestin devient fréquemment, à la longue, le siège d'une entérite plus ou moins marquée.

Des *accidents buccaux* résultent : la fétidité de l'haleine, des troubles de gustation, de mastication, du langage. Les *altérations gastro-intestinales* se traduisent par des vomissements ou de la diarrhée qui hâtent la cachexie.

Complications hépatiques. — **Diabète bronzé.** — Les diabétiques ont souvent le foie gros ; cette hypertrophie peut revêtir une forme spéciale : la *cirrhose pigmentaire hypertrophique* (voy. *Maladies du foie*).

Le diabète bronzé frappe surtout les hommes adultes, les ouvriers. Il débute en pleine santé ou après une maladie accidentelle, par des troubles soit digestifs, soit hépatiques, associés à des symptômes diabétiques à marche rapide.

La polyurie, la polydipsie et la polyphagie restent d'habitude modérées, mais la glycosurie est intense (200-500 grammes), sauf à la période ultime. La *mélanodermie* consiste en une coloration ardoisée uniforme du tégument, respectant habituellement les muqueuses. L'*examen de l'abdomen* fait constater : l'hypertrophie hépatique, un réseau veineux collatéral, le ballonnement du ventre, parfois l'ascite. La cachexie est extrêmement rapide (quelques mois à deux ans). La mort a lieu soit dans le marasme ou le coma, soit par tuberculose pulmonaire, pneumonie ou hémorragie.

Complications pulmonaires. — Tuberculose. — Le diabète favorise le développement des infections graves du poumon. La tuberculose est plus fréquente chez les malades pauvres et hospitalisés, chez les enfants et les adultes, au cours du diabète maigre dont elle est le terme naturel, comme le coma est celui du diabète constitutionnel. Quand la phthisie complique ce dernier, c'est à la phase de dénutrition. Les signes d'auscultation, de percussion, en sont classiques, mais les troubles fonctionnels sont effacés : toux brève et sèche, expectoration rare et tardive (contenant du sucre) ; absence de sueurs et de fièvre, parfois même hypothermie. Très rapide, l'évolution est continue ou procède par poussées successives, aboutissant à la mort en quelques mois.

Pneumonie. — Grave, fréquente surtout dans le grand diabète, ses allures sont un peu spéciales : début souvent sans frisson ni point de côté ; dyspnée intense et progressive, température relativement peu élevée ; atténuation ou suspension du syndrome diabétique durant son évolution ; mort possible en 24 ou 48 heures (*pneumonie foudroyante*) ; celle-ci n'est pourtant pas constante. La suppuration ou la gangrène sont des terminaisons fréquentes.

Broncho-pneumonie. — Elle est souvent pseudo-lobaire et tend vers la suppuration.

Gangrène pulmonaire. — Elle est l'aboutissant de divers processus : tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonie, bronchite. Elle évolue rapidement et insidieusement, sans fétidité de l'haleine ni des crachats, et se complique souvent de *pleurésie putride*.

Bronchites, congestions et œdèmes du poumon. — Ces complications sont rares, au cours du diabète, mais susceptibles d'entraîner rapidement la mort.

Complications cardio-artérielles. — Dérivées, la plupart, de l'artériosclérose, elles concernent surtout le diabète constitutionnel. Lecorché a signalé : l'*endocardite* (de la valvule mitrale), la *péricardite*. La *cardiosclérose* d'origine artérielle (hypertrophie, intermittences, arythmie) est fréquente.

Gangrène diabétique. — La *gangrène diabétique primitive* est une conséquence de l'artérite des membres. C'est une gangrène sèche momifiante, analogue à la gangrène sénile ; plus commune aux membres inférieurs, elle est *superficielle* ou *profonde*.

La *forme superficielle* prélude par des douleurs et une plaque rouge violacée qui fait place à une escarre noirâtre dont la chute laisse une ulcération, tantôt persistante, tantôt réparée par une cicatrice pigmentée. En cas de foyers multiples, on a une véritable *éruption gangreneuse*.

Précédée de fourmillements, de crampes, de douleurs parfois vives, de sensation de doigt mort, d'hypothermie locale, en certains cas, de claudication intermittente, la *forme profonde* est annoncée par la disparition des pulsations artérielles dans le membre, dont la région menacée devient bleuâtre, froide et insensible (orteil, pied ou jambe) pour noircir ensuite et se momifier. Il arrive parfois que la gangrène devient *humide, suppurante* ou *œdémateuse* (par infection secondaire). Elle détermine alors presque toujours des accidents septicémiques (frissons, état général grave), souvent mortels. On a attribué un rôle à la *névrite* dans la gangrène diabétique, rôle, douteux dans la gangrène profonde, plus probable dans la forme superficielle.

Complications cutanées. — Appelées *diabétides* par Fournier, elles sont nombreuses : érythèmes, acné, urticaire papuleuse chronique, zona, herpès, ecthyma, psoriasis, lichen, xanthome. Les agents pyogènes déterminent les *furuncles* à répétition et l'*anthrax* (nuque, dos, fesses surtout). Ce dernier débute à bas bruit, sans grande élévation thermique, se complique parfois de phlegmon et de gangrène susceptibles d'entraîner la mort, et peut suspendre momentanément la glycosurie. Un peu plus fréquent, le *phlegmon* succède souvent à une érosion insignifiante ; le dos, les fesses, la nuque en sont les sièges de prédilection ; il est fréquemment indolore et apyrétique, quelquefois profond (testicule, parotide) ; il atténue ou suspend aussi la glycosurie. Le phlegmon peut être diffus, se compliquer de gangrène, d'adynamie et entraîner la mort.

Complications génito-urinaires. — Déjà mentionnée, l'*albuminurie* est tantôt *dyscrasique* (le plus souvent), tantôt liée à un mal de Bright associé.

Les diabétiques sont sujets : à une *urétrite* indolore (écoulement blanchâtre) ; à la *balano-posthite* (œdème, rougeur du gland et du prépuce), point de départ possible de phlegmons ou de gangrènes de la verge et du scrotum. Chez la femme, on observe la *leucorrhée*, l'*eczéma vulvaire*. D'origine microbienne, toutes ces complications sont favorisées par la fermentation des urines sucrées. Il en est de même de la *cystite* et de la *pyélite*.

L'*agénésie*, dans les deux sexes, l'*impuissance* de l'homme, la *stérilité* de la femme, sont assez fréquentes, mais non constantes chez les diabétiques.

Complications nerveuses. — Ce sont les plus communes et les plus graves. Avec Chauffard⁽¹⁾, on peut distinguer : 1° les *petits accidents nerveux*, dus à l'auto-intoxication glycémique, polymorphes, fugaces et curables ; 2° les *grands accidents nerveux* dus à l'auto-intoxication par des produits de fermentation acide et dont le type est le *coma diabétique*.

Accidents moteurs. — La *fatigue musculaire* non motivée est précoce, presque constante ; elle prédomine aux lombes et aux cuisses et cède au régime antidiabétique.

Bien étudiées par Lasègue, les *paralysies*, très variées, sont d'habitude partielles, incomplètes et passagères.

(1) BROUARDEL et GILBERT, *Traité de méd. et thérap.*

1° Les *monoplégies*, d'origine centrale ou périphérique, frappent un membre, un groupe de muscles, ou un seul muscle (abducens, pathétique, extenseur propre de l'index).

2° L'*hémiplegie* est tantôt *banale*, due au ramollissement ou à l'hémorragie cérébrale, tantôt *diabétique*, imputable à l'auto-intoxication glycémique; rarement isolée, quelquefois initiale, cette variété est incomplète, mobile, transitoire.

3° Les *paralysies paraplégiques*, d'origine probablement périphérique, sont généralement associées : à l'*abolition des réflexes rotuliens* (58 diabétiques pour 100), à des crises de *douleurs fulgurantes* dans les membres inférieurs et autour du tronc; à la *perte du sens musculaire* et même au *signe de Romberg* (pas exceptionnel). La démarche incertaine dans l'obscurité, les anesthésies, les hyperesthésies, les dysesthésies, les *crises gastriques*, les *troubles trophiques* (mal perforant, chute des dents, des ongles), la frigidité, quelques troubles oculaires achèvent la ressemblance avec le tabes et constituent le syndrome dit *pseudo-tabes diabétique* dont la distinction avec le tabes vrai peut être délicate. On doit alors discuter les trois hypothèses suivantes : 1° *tabes avec diabète*; 2° *glycosurie tabétique*; 3° *pseudo-tabes diabétique*.

Un diabétique présente-t-il des signes tabétiques, ceux-ci céderont au régime antidiabétique, s'ils tiennent au *pseudo-tabes*, et lui résisteront si le *tabes vrai* est en cause; en ce cas, l'apparition des troubles vésicaux, du signe d'Argyll-Robertson lèveront les doutes.

Un ataxique avéré présente-t-il de la glycosurie? celle-ci ressortit au tabes, si elle coïncide avec des phénomènes bulbaires (anesthésie faciale, tachycardie, dyspnée, crises laryngées) et au diabète, dans le cas contraire.

La *paraplégie diabétique* a souvent un début lent, marqué par des fourmillements, des picotements, des crampes, des douleurs nocturnes dans les membres; puis apparaît la *parésie* ou la *paralysie*.

La *parésie* est une faiblesse marquée des membres inférieurs (des supérieurs parfois) avec pesanteur et courbature lombaires.

La *paralysie* succède aux troubles sensitifs mentionnés ou à de la parésie. Le début en peut être rapide; les membres inférieurs surtout sont frappés, parfois les quatre membres; comme la *paralysie alcoolique*, elle prédomine sur les extenseurs des pieds et des jambes, comporte souvent l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence, et s'accompagne : d'abolition des réflexes rotuliens; d'hyperesthésie cutanée, musculaire, osseuse; de névralgies symétriques; d'anesthésies et de dysesthésies; de troubles trophiques et vaso-moteurs. Ces troubles forment, suivant leurs combinaisons, divers types :

1° Le *type hyperesthésique* comportant souvent des troubles moteurs et anesthésiques;

2° Le *type moteur ou paralytique* (troubles moteurs, tendineux, électriques) impliquant aussi quelques troubles sensitifs;

3° Le *type ataxique* ou *pseudo-tabétique*, déjà décrit.

Accidents trophiques et vasomoteurs. — Ils sont multiples et variés :

sueurs locales, œdème, état lisse et pâle de la peau (Leudet); mais surtout : chute spontanée des ongles, mal perforant et atrophie musculaire.

La *chute des ongles* peut être préparée par le *péri-onyxis des diabétiques*, affection tenace, précédée de douleurs assez intenses sur les orteils et caractérisée par des ulcérations progressives et rebelles entourant l'ongle; deux ou trois orteils peuvent être atteints (Vergely-Pitres, Auché).

La *chute spontanée des ongles* reconnaît deux mécanismes :

1° *Décollement sans douleur*, ni inflammation, ni ulcération, débutant par le soulèvement du bord antérieur de l'ongle que remplace un épiderme gris et rosé.

2° *Ecchymose sous-unguéale* détachant l'ongle sur une certaine étendue; repousse d'un nouvel ongle qui chasse l'ancien.

Le *mal perforant* est associé, le plus souvent, aux accidents névritiques (anesthésie, troubles trophiques) ou infectieux (furuncles, phlegmons, gangrène) et à l'artério-sclérose. Le régime antidiabétique l'améliore quelquefois.

L'*atrophie musculaire* intéresse des muscles paralysés (extenseurs des membres inférieurs, petits muscles de la main), quelquefois un seul (deltoïde, triceps fémoral); elle s'accompagne habituellement de réaction de dégénérescence.

Accidents sensitifs. — Les *névralgies*, de formes diverses (douleurs fulgurantes, térébrantes, lancinantes, picotements, crampes, fourmillements, endolorissement vague), très tenaces, justiciables du régime antidiabétique, se distinguent par leur *bilatéralité* fréquente et leur *symétrie*. Sans rapport avec le taux de la glycosurie, elles affectent des sièges variables : *sciatique*, *crural*, *trijumeau*, *intercostaux*, etc. Les névralgies sont souvent associées à des plaques d'hyperesthésie, ou d'anesthésie, à des dysesthésies, ou même à des paralysies. L'anesthésie peut revêtir le *type syringomyélique* (Vergely) ou *hémiplegique* (hystérie).

Le diabète expose encore à diverses *algies* : céphalée, gastralgie, entéralgie, arthralgie, *angine de poitrine* (par coronarite ou névralgie du plexus cardiaque).

Accidents sensoriels. — Les troubles du goût, de l'odorat; la surdité ou les otalgies passagères sont rares. Les *troubles oculaires* sont plus fréquents et plus importants.

Plus fréquente dans le sexe masculin et chez les diabétiques albuminuriques (Bouchard), la *cataracte diabétique*, quelquefois précédée de névralgies sus-orbitaires, s'observe de 50 à 40 ans, marche assez vite et est presque toujours molle et double.

L'*amblyopie diabétique* peut être légère ou grave. La *forme légère*, récidivante mais fugace, est précoce et guérit en quelques semaines ou quelques mois. La *forme grave*, tardive, à début et à marche lente, traduit des lésions variables : hémorragies rétiniennes, atrophie papillaire, mais peut exister sans lésion appréciable. Mauthner attribue les troubles graves à l'artério-sclérose; les seuls imputables au diabète, ou plutôt à l'abus de l'alcool et du tabac, consisteraient en un *scotome central* sans lésion du fond de l'œil, ni rétrécissement du champ visuel.

L'*insuffisance de l'accommodation* par paralysie des muscles intrinsèques