

où les phénomènes nerveux prédominent; c'est le coma diabétique contre lequel la thérapeutique est impuissante; dans sa forme chronique, elle se traduit surtout par des troubles gastro-intestinaux qui peuvent aboutir également au coma ou se terminer par des accidents de collapsus cardiaque, mais qui peuvent aussi rétrocéder, si l'on intervient à temps.

Dans ces derniers temps, on a cherché à séparer le coma diabétique de l'acétonémie.

On a émis l'opinion que ce syndrome était le résultat d'une intoxication acide du sang (Stadelman et Minkowski, Magnus Lewy) et l'on a proposé un traitement conforme à cette nouvelle conception pathogénique. Ce traitement, qui consiste dans l'emploi des alcalins à hautes doses administrés par la bouche, à la période initiale; par la voie veineuse, quand le coma est constitué, n'a pas encore un seul succès à son actif. En réalité, l'intoxication diabétique, comme l'urémie, est une toxémie déterminée, non par un seul, mais par plusieurs agents toxiques, et elle est la conséquence des transformations incomplètes que subit le sucre dans l'organisme.

Quelle que soit la nature des altérations humorales qui déterminent les accidents du coma diabétique, on est d'accord sur les moyens prophylactiques propres à prévenir le développement de ces accidents. On sait depuis longtemps que l'apparition du coma est favorisée par les fatigues exagérées, les voyages de longue durée, les émotions déprimantes, et aussi par l'usage prolongé ou l'abus du régime carné.

Aussi doit-on mettre en garde le malade contre ces diverses influences prédisposantes, et éviter de prescrire un régime trop sévère aux diabétiques dont la maladie est déjà ancienne, ou bien aux jeunes sujets qui sont particulièrement prédisposés au coma. Il est nécessaire de soumettre les urines à des examens fréquemment répétés; si la polyurie diminue, la quantité de sucre restant à peu près constante, si la quantité d'ammoniaque augmente (4 à 5 grammes au lieu de 50 à 60 centigrammes par jour), ce qui est le témoignage d'une diminution de l'alcalinité du sang, il y a lieu de craindre l'imminence de l'intoxication diabétique.

Klemperer (*Société de médecine interne de Berlin*, 6 mai 1895) a prétendu que le meilleur moyen de mettre les diabétiques à l'abri du coma est de leur faire ingérer des quantités considérables de graisse, jusqu'à 250 grammes par jour; mais les aliments gras répugnant bientôt aux malades, il faut alors remplacer les graisses par les aliments hydrocarbonés, 150 à 200 grammes par jour.

Lorsque le coma a éclaté, on utilise d'ordinaire les stimulants généraux, c'est-à-dire les *injections d'éther*, de *cafféine*, l'*acétate d'ammoniaque*, mais ces divers moyens sont souvent inefficaces.

Reste la médication alcaline préconisée par Stadelman en 1884 et destinée à combattre l'intoxication acide (l'acide oxybutyrique étant l'un des facteurs de cette intoxication). Stadelman recommande l'injection intraveineuse d'une *solution de chlorure de sodium* à 6 pour 1000 *additionnée* de 30 pour 100 de *bicarbonate de soude*. Par ce moyen, Stadelman et les médecins qui l'ont imité (Minkowski, Dickinson) n'ont encore obtenu aucune guérison; tout ce que l'on a constaté, ce sont des rémissions de quelques heures; aussi Klemperer, qui avait

été partisan de ce moyen de traitement, y a-t-il complètement renoncé; d'ailleurs, nous l'avons indiqué, la théorie exclusive de l'intoxication acide de l'économie est aujourd'hui complètement abandonnée.

On a employé le plus souvent, dans ces dernières années, les *injections sous-cutanées de sérum physiologique* à hautes doses.

La transfusion sanguine (Kussmaul, Hilton-Fagge) a également été essayée sans succès.

Si l'on est impuissant contre le coma, on n'est pas absolument désarmé contre l'acétonémie lente ou intermittente qui révèle son existence par les troubles digestifs, la langue poisseuse, l'inappétence, l'odeur acétonique de l'haleine, les troubles psychiques (agitation ou dépression), les douleurs dans les membres, etc. Dès que se manifestent ces symptômes, il faut prescrire le repos, diminuer la quantité des aliments azotés ou même prescrire le régime lacté, supprimer les médicaments qui agissent sur la glycosurie et surtout l'antipyrine et l'opium, donner un *purgatif drastique* (eau-de-vie allemande), enfin prescrire le *bicarbonate de soude à hautes doses* (ne pas craindre de donner 50 ou même 40 grammes de bicarbonate de soude) et injecter de la *cafféine*, du *sérum* pour favoriser la diurèse.

Nous devons, en terminant ce chapitre relatif aux complications, indiquer sommairement la conduite à tenir dans les cas où une *intervention chirurgicale* devient nécessaire chez les diabétiques.

On sait que ces malades sont particulièrement exposés à des complications telles que la cataracte, les phlegmons, la gangrène qui sont justiciables du chirurgien; on sait que les interventions étaient autrefois si rarement suivies de succès que l'on avait pour ainsi dire renoncé à tout acte chirurgical chez ces malades.

Aujourd'hui, on est devenu moins timoré, depuis l'application rigoureuse des règles de l'antisepsie. On a constaté, en effet, que les opérations, faites dans des conditions absolues d'asepsie, peuvent donner chez les diabétiques d'excellents résultats, bien que le diabète constitue un facteur incontestable de gravité.

Les opérations réellement utiles doivent être seules pratiquées; nous voulons dire par là que l'on ne doit pas hésiter, dans les cas de diabète de moyenne intensité, à ouvrir un abcès ou à débrider un anthrax, à opérer une cataracte menaçant le malade d'une cécité à peu près complète, voire même à amputer un membre atteint de gangrène, ainsi qu'il a été dit. Si l'opération n'est pas d'une urgence absolue (tel est le cas de la cataracte), il est nécessaire de soumettre le malade à un traitement médical préliminaire ainsi qu'à un régime alimentaire sévère, pour le placer dans les meilleures conditions possibles pour la réussite de l'opération.

S'il s'agit d'un diabète à forme grave, avec glycosurie très abondante, affaiblissement considérable du malade, l'hésitation devient très légitime et l'on ne doit se résoudre à prendre le bistouri que dans les cas d'une urgence absolue, par exemple, quand il s'agit d'un anthrax à marche rapidement envahissante.

L'existence de tuberculose, de mal de Bright, de lésions cardiaques, l'acétonémie lente constituent des contre-indications absolues à toute intervention chirurgicale.