

Le *diabète pancréatique*, qui est une des formes du diabète *maigre*, éclate soudainement, sans prodrome aucun; le malade peut préciser le mois et même le jour où sont apparus les premiers symptômes (Lapierre). Ce début brusque est marqué soit par des troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée abondante, soit par de l'ictère, soit enfin par des douleurs lombaires et épigastriques. Les signes habituels et cardinaux du diabète font leur rapide apparition, et les malades entrent presque d'emblée dans le grand diabète (Lancereaux).

La polyphagie, et surtout la polydipsie sont considérables; la soif est impérieuse, inextinguible; la faim est généralement très grande. La polyurie est excessive; les malades rendent 5, 10, 15 litres d'urines par vingt-quatre heures, urines claires, décolorées et d'une densité presque toujours supérieure à 1050 grammes. La glycosurie peut dépasser 1000 grammes par jour, on a même noté la quantité énorme de 1800 grammes de sucre; elle ne diminue ni par le régime, ni par le traitement. Cette glycosurie s'accompagne exceptionnellement de lipurie (Thirolat), rarement d'albuminurie, mais constamment d'azoturie (Lancereaux), indépendante de l'alimentation et du régime.

L'état général est rapidement et profondément atteint. L'amaigrissement, toujours précoce, aboutit à une extrême émaciation, les pertes incessantes en sucre et en urée produisant un véritable autophagisme. La peau devient sèche, rugueuse et écailleuse avec chute habituelle des cheveux et des ongles. Les forces diminuent de jour en jour; la fatigue rend la marche d'abord pénible, puis impossible. Les malades, épuisés, ont souvent des débâcles de diarrhée horriblement fétide et parfois graisseuse; ils ne tardent pas à tomber dans une profonde cachexie, avec une température supérieure à la normale, et dans l'immense majorité des cas, ils sont enlevés par la tuberculose pulmonaire, fin naturelle de cette variété de diabète. Le coma est rare.

La marche du diabète pancréatique diffère de celle du diabète gras constitutionnel; il ne s'agit plus ici d'une

durée de 10, 20, 50 ans et davantage; deux années suffisent en moyenne pour l'évolution de cette maladie, la mort peut même survenir en quelques mois; c'est dire la gravité du pronostic.

Complications. — Les symptômes *secondaires ou inconstants* et les *complications* qui peuvent survenir au cours du diabète sont si nombreux et si variés qu'il est nécessaire, pour les étudier, de les réunir en quelques groupes.

Symptômes cutanés. — La rétraction de l'aponévrose palmaire s'observe assez souvent¹. La peau du diabétique est sèche et rugueuse, l'eczéma, l'ecthyma simple ou gangréneux (Hardy), l'érythème de la vulve et des aines, l'intertrigo de la commissure des lèvres (Hardy), la friabilité des ongles, le prurit préputial, vulvaire ou cutané, sont des symptômes fréquents. Le zona a été signalé par Vergely².

Anthrax, phlegmons, gangrène. — Les furoncles, l'anthrax, le phlegmon, la gangrène diabétique, sont des accidents précoces ou tardifs, et qu'on peut observer chez des diabétiques qui ne rendent pas plus de 50 à 60 grammes de sucre par jour.

Du reste, le diabète ouvre la porte au parasitisme; le poumon du diabétique est un milieu favorable pour le bacille tuberculeux; sa peau, son tissu cellulaire se laissent facilement envahir par les microbes de la suppuration. Le développement de ces microbes, qui ont pénétré le plus souvent par une écorchure, par une éraillure des téguments, est singulièrement favorisé par la présence du sucre dans les tissus (Bujvid). Les nécroses, les gangrènes résultent de troubles circulatoires, mais les microbes saprogènes apportent fréquemment leur contingent aux gangrènes humides, inflammatoires.

Les furoncles et les anthrax sont très fréquents chez les diabétiques³.

1. Vigée. Rétraction de l'aponévrose palmaire chez le diabétique. Th. de Paris, 1895.

2. Vergely. Progrès médical, 26 septembre 1891.

3. G. Séc. Dyspepsies gastro-intestinales, 1881, p. 162.

L'*anthrax* est presque toujours unique, il siège à la nuque, au dos, à la fesse; il débute insidieusement, sans réaction vive, sans douleur violente; il peut se compliquer de gangrène et de phlegmon, néanmoins il guérit assez souvent après élimination des parties mortifiées. Sur 123 cas de diabète, Marchal (de Calvi)¹ a observé l'*anthrax* 17 fois. Le *phlegmon*, accident au moins aussi fréquent que l'*anthrax*, est rarement primitif, mais une simple écorchure de la peau, une piqûre (Verneuil), un érysipèle, une plaie quelconque peut devenir chez le diabétique l'occasion d'un phlegmon.

Le phlegmon diabétique ne présente pas la réaction vivement inflammatoire des phlegmasies franches, il est souvent diffus et peut se terminer par gangrène du tissu cellulaire, par phagédénisme, avec accidents infectieux et adynamiques mortels. Bien qu'habituellement tardif, le phlegmon appartient à toutes les périodes du diabète, et il se développe avec une telle facilité qu'il commande la plus grande attention au chirurgien qui pratique une opération chez un diabétique (méthode antiseptique). Toutefois il faut intervenir.

Les phlegmasies des diabétiques ont une notable tendance à se terminer par gangrène, qu'il s'agisse de phlegmasies viscérales ou de phlegmasies cutanées (poumon, amygdales, organes génitaux); parfois même la phase inflammatoire initiale présente une si faible réaction, que la gangrène paraît seule en cause. Mais à côté de ces accidents gangréneux qui paraissent être secondaires et succèdent à la pneumonie, à l'*anthrax*, à l'érysipèle, au phlegmon ou à d'autres causes, il y a chez le diabétique une gangrène primitive qui n'est pas sans analogie avec la gangrène dite sénile.

Cette *gangrène diabétique* si bien étudiée par Marchal (de Calvi) atteint surtout les *membres inférieurs* (Peter²) et peut

1. Marchal (de Calvi). *Recherches sur les accidents diabétiques*. Paris, 1865.

2. Peter. *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 769.

revêtir différents aspects. Parfois elle est sèche et *superficielle*; elle envahit de préférence les orteils, elle apparaît sous forme de plaques érythémateuses, douloureuses, quelquefois symétriques, aboutissant à des eschares noires qui tantôt se terminent par la guérison, tantôt s'étendent et momifient les téguments dans une assez grande étendue. Des plaques gangréneuses peuvent également apparaître en d'autres points du corps.

Dans quelques cas la gangrène n'est plus superficielle, elle envahit en bloc le membre dans une de ses parties; les orteils sont douloureux, les téguments deviennent bleuâtres et se refroidissent, une tuméfaction œdémateuse se déclare, des ampoules se forment, un liquide sanieux s'écoule, et l'eschare envahit progressivement les parties profondes, dénudant les muscles et les tendons.

La pathogénie de ces gangrènes est multiple; on peut invoquer l'artérite oblitérante, l'état du sang, la qualité inférieure des tissus diabétiques, la présence de microbes saprogènes et pyogènes.

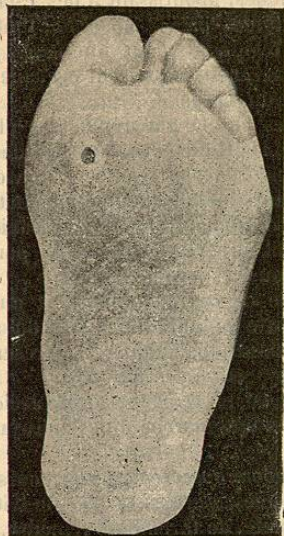
La gangrène de la *verge*¹ est un accident plus rare; elle revêt parfois une marche dite foudroyante bien étudiée par Fournier.

Les *œdèmes* qu'on observe dans le cours du diabète ont des causes diverses, parfois ils sont le fait d'une albuminurie concomitante, de thrombose veineuse, ou de cachexie, mais dans quelques cas ils ont les allures des œdèmes actifs, rapides dans leur évolution, et rentrent probablement dans la classe des œdèmes d'origine nervo-vasculaire (G. Sée).

Au nombre des troubles trophiques du diabète je signale tout spécialement le mal perforant plantaire. Ainsi que nous allons le voir, le processus perforant peut limiter son action aux parties molles, mais dans d'autres cas il atteint les os et les articulations; ce qui permet de décrire une forme bénigne et une forme grave.

1. Vaquez. *Ann. de dermat. et syph.*, 1887, p. 457.

Mal perforant. — La planche ci-jointe représente le mal perforant d'un diabétique de mon service qui avait à son entrée 30 grammes de sucre par litre. Le processus perfo-



rant avait été très lent dans son évolution, il durait depuis deux ans, ayant creusé les parties molles sans atteindre le squelette. Cet homme fut soumis au régime, au repos et aux pansements boriés humides. Six semaines plus tard, l'ulcération plantaire était complètement cicatrisée. Il s'agissait là d'un cas bénin.

Chez le diabétique, le mal perforant plantaire¹ peut apparaître sous le petit orteil et au talon, mais son lieu d'élection

1. Gascuel. *Le mal perforant plantaire*. Th. de Paris, 1890.

est sous le gros orteil. Le début est habituellement indolent, on dirait un durillon. Ce durillon s'exfolie, une phlyctène se forme, puis lentement survient une eschare, une ulcération, un trou. Les parties ulcérées sont indolores, on constate parfois même une zone d'anesthésie. Le malade prend quelques précautions, mais il continue à marcher et le mal perforant dure ainsi des mois et des années. L'ulcération guérit sous l'influence du repos et du traitement, mais elle est sujette aux récurrences. Telle est la forme bénigne du mal perforant diabétique, les parties molles sont seules atteintes, le squelette est intact, il ne se produit ni gangrène, ni infection secondaire.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas¹, l'ulcération perforante gagne en profondeur, elle atteint les os, les articulations, elle provoque la nécrose, il en résulte des séquestres osseux, des fistules, des ankyloses et la déformation des parties intéressées. Dans d'autres circonstances, au mal perforant s'associent des infections secondaires, suppuration, gangrène², phlegmon, érysipèle. Tout ceci prouve que le pronostic du mal perforant diabétique doit être fort réservé.

Il ne faut pas confondre le mal perforant diabétique avec le mal perforant tabétique. Dans le premier cas, il évolue au milieu des symptômes du diabète; dans le second cas, il évolue au milieu des symptômes du tabes.

Troubles digestifs. — Chez le diabétique la bouche est sèche, la sécrétion salivaire est diminuée, la langue est épaisse, rouge, parfois *pileuse* et sillonnée de crevasses. L'aspect pileux est dû à une prolifération exagérée de l'épithélium qui entoure les papilles. La carie dentaire est fréquente, et, sous l'influence de périostite alvéolo-dentaire, les dents, quoique saines, sont expulsées de leurs alvéoles (Magitot). Ces phénomènes sont dus à l'altération de la sa-

1. Kirrison. Mal perforant diabétique. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1885. — Jeannel. Diabète et mal perforant. *Revue de chir.*, 1886, p. 51.

2. Duplay. Le mal perforant. *Union médicale*, 1890, p. 37. — Duvernoy, *Mal perforant plantaire diabétique*, novembre 1891.

live, et probablement à la présence d'un acide provenant de la fermentation du sucre.

La dyspepsie est rare ou du moins lente à apparaître, malgré la quantité d'aliments et de boissons ingurgités par le diabétique. Le foie est assez souvent hypertrophié; dans quelques cas, il présente des lésions de cirrhose pigmentaire qui ont été étudiées ailleurs.

Troubles oculaires. — Nous avons déjà signalé la *diminution de l'amplitude d'accommodation*; signalons également la parésie du sphincter pupillaire (*mydriase*). La cornée est parfois intéressée (*kératite* neuro-paralytique, ulcérations de la cornée). L'iris est souvent atteint (*iritis*, tantôt plastique, tantôt avec hypopion).

La *cataracte* est une des complications les plus fréquentes et les plus importantes du diabète. Elle est habituellement double. De consistance molle chez les jeunes sujets, elle ne diffère pas, chez les personnes âgées, des cataractes séniles ordinaires. Sa marche est d'autant plus rapide que le diabète est plus grave.

Le fond de l'œil peut également être atteint : la *rétinite diabétique* est caractérisée par des hémorragies plus ou moins étendues, et par des exsudations en forme de taches blanches, arrondies, disséminées sur la rétine. Contrairement à la rétinite brightique, ces taches exsudatives ne forment pas de larges plaques, elles ne se disposent pas en étoile autour de la macula. Parfois l'affection se complique d'*atrophie blanche du nerf optique*, atrophie qui marche progressivement et n'est pas précédée d'œdème papillaire. L'atrophie peut exister seule, indépendamment de la rétinite glycosurique (Lécorché). Enfin, on observe parfois une *amblyopie* légère qui ne s'accompagne d'aucune lésion ophtalmoscopique. Elle est passagère et paraît tenir à des troubles d'innervation.

Paralysies des muscles moteurs de l'œil. — J'ai fait sur ces paralysies une leçon clinique dont voici le résumé : il m'a été possible de réunir 56 cas de paralysie des nerfs oculomoteurs chez les diabétiques, à savoir : 35 cas pour la

6^e paire, 13 cas pour la 5^e paire, 5 cas pour la 4^e paire et 6 cas d'ophtalmoplégie externe. Dans tous les cas que je viens de citer, le diabète *seul* pouvait être incriminé; les autres facteurs étiologiques étaient nuls; les malades n'étaient ni syphilitiques, ni tabétiques, ni hystériques; ils n'étaient atteints ni de paralysie générale, ni de tumeur cérébrale, ils n'étaient que diabétiques.

Un premier fait à remarquer, c'est que chez les diabétiques la paralysie de la 6^e paire est trois fois plus fréquente que la paralysie de la 5^e paire, tandis que dans la syphilis et dans le tabes c'est la paralysie partielle ou totale de la 5^e paire qui s'observe le plus fréquemment. D'où ce précepte qu'en face d'une paralysie de la 6^e paire, *c'est d'abord au diabète qu'il faut penser*. Les paralysies des nerfs oculomoteurs chez les diabétiques sont le plus souvent transitoires; elles surviennent brusquement, puis elles s'améliorent et disparaissent; leur durée moyenne est de trois mois. Dans les trois cas que j'ai observés, elles ont duré deux mois et demi et trois mois. Néanmoins, elles peuvent guérir plus vite; elles peuvent également persister plus longtemps. Les récides ne sont pas rares. Un diabétique qui a eu quelques mois ou quelques années avant une paralysie de la 6^e paire, et qui en a complètement guéri, peut avoir plus tard, à l'un des deux yeux ou aux deux yeux, une paralysie de la 6^e, de la 5^e ou de la 4^e paire.

Dans cinq cas, la paralysie s'est étendue progressivement à tous les muscles moteurs sous forme d'ophtalmoplégie externe unilatérale ou bilatérale. Dans le cas de Blanc, cité par Sauvinau, l'ophtalmoplégie atteignit les deux yeux et fut suivie d'une parésie des deux hypoglosses et des faciaux inférieurs. Dans un des cas de Sauvinau¹, l'ophtalmoplégie fut progressive et unilatérale; dans un autre cas, le diabétique eut d'abord une paralysie de la 5^e paire gauche et dix-huit mois plus tard une ophtalmoplégie droite, progressive, qui dura huit mois.

1. Sauvinau. *Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies*. Th. de Paris, 1892, p. 91 et 94.

Il y a des cas où les paralysies oculaires du diabétique peuvent être le prélude d'accidents graves et de polioencéphalite mortelle (Kœnig¹).

Telles sont, au point de vue de leur évolution, les différentes modalités que peuvent revêtir les paralysies oculaires chez les diabétiques. L'apparition de la paralysie d'un nerf oculo-moteur chez les diabétiques n'est pas nécessairement en rapport avec l'intensité de la glycosurie. Dans les 56 observations que j'ai rassemblées, nous trouvons des malades qui ont été pris de leur paralysie alors qu'ils avaient 200 grammes, 100 grammes, 50 grammes, 20 grammes, 12 grammes, 5 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Parfois même la glycosurie a disparu momentanément au moment où survient la paralysie. *Il n'y a donc pas de relation directe* entre l'abondance de la glycosurie et l'apparition de la paralysie.

J'aborde maintenant la description de quelques symptômes un peu particuliers que j'ai observés chez certains malades. Ainsi, un de mes diabétiques de l'Hôtel-Dieu (550 grammes de sucre en 24 heures), a été pris, dans les huit jours qui ont précédé sa paralysie de la 6^e paire, d'une *névralgie* temporo-orbitaire violente et continue. Les douleurs étaient nettement localisées à la région temporale et péri-orbitaire, elles n'empiétaient pas sur le reste de la face, elles étaient exagérées par la pression, elles persistaient jour et nuit sans répit, elles ne cessèrent que lorsque la paralysie se fut déclarée. Il ne s'agissait pas ici de mal de tête vulgaire ou de céphalée, il s'agissait d'une névralgie nettement localisée et semblant obéir à la même cause provocatrice que la paralysie. En un mot, j'eus l'idée que notre malade était atteint d'une *paralysie douloureuse* de la 6^e paire. Je sais bien que cet accouplement n'est guère classique, mais notre cas n'est pas isolé. Bien que la douleur accompagnant la paralysie des nerfs oculo-moteurs n'ait spécialement attiré, que je sache, l'attention de personne, je trouve néanmoins ce

1. Kœnig. *Mémoire de la Société française ophthalmologie*, 1893, p. 534.

symptôme signalé, au passage, dans plusieurs observations qui ont été fort obligeamment mises à ma disposition.

Ainsi, chez un des diabétiques de Lapersonne, la paralysie de la 6^e paire était accompagnée de névralgie. Chez un des diabétiques de Galezowski, la paralysie de la 3^e paire avait été accompagnée de douleurs si vives qu'on avait cru d'abord à un zona ophthalmique. Chez un des diabétiques de Kœnig, la paralysie de la 6^e paire avait été précédée et accompagnée d'une douleur constrictive autour de l'œil droit. Chez le diabétique de Nattan-Larrier, la paralysie de la 6^e paire avait été précédée d'une violente névralgie temporo-orbitaire qui persista pendant toute la durée de la paralysie et qui ne disparut pas après que la paralysie fut guérie. Chez une diabétique de Buge, la paralysie de la 4^e paire fut accompagnée de douleurs aux deux tempes. Chez une diabétique de Charcot, la paralysie de la 5^e paire fut accompagnée de névralgie faciale. Chez un des diabétiques de Sauvinaud, la paralysie de la 3^e paire gauche fut accompagnée de légères douleurs dans le côté gauche de la tête.

Voilà donc bon nombre de diabétiques chez lesquels la paralysie d'un nerf oculo-moteur a été précédée, accompagnée ou suivie de douleurs névralgiques à la région temporale avec ou sans irradiations péri-orbitaires du côté de la paralysie. Ce n'est pas là une simple coïncidence; les deux symptômes, la douleur et la paralysie sont associés, ici comme dans la paralysie douloureuse de la 7^e paire (nerf facial).

Accidents pulmonaires. — La fonction respiratoire est profondément troublée chez certains diabétiques; ils ont une haleine qui rappelle assez bien la pomme rainette; ils absorbent moins d'oxygène, ils rendent moins d'acide carbonique et moins de vapeur d'eau, leurs poumons sont en état de réceptivité favorable aux agents de la suppuration, de la gangrène, de la tuberculose, de la pneumonie.

Le larynx peut être atteint chez le diabétique. La laryngite diabétique (Leichtenstern) se manifeste par une sécheresse de la gorge avec perte de la voix, si la conver-

sation se prolonge. A l'examen laryngoscopique, on constate un aspect sec du larynx et des cordes vocales.

Les diabétiques sont exposés aux fluxions de poitrine, aux broncho-pneumonies, aux pneumonies, et chez eux la pneumonie est parfois si redoutable que le sujet peut être enlevé en une ou deux journées (pneumonie foudroyante de Bouchardat). Habituellement, les pneumonies diabétiques n'évoluent pas franchement, elles n'élèvent pas fortement la température, et facilement elles passent à la suppuration, à la gangrène, les agents pathogènes de ces complications ayant, avons-nous dit, une prédilection marquée pour le poumon diabétique.

On a néanmoins observé des cas de pneumonie lobaire diabétique franche, le sucre disparaissant dans les urines au moment de la pneumonie, la défervescence se faisant classiquement au neuvième jour et le sucre reparaissant dans les urines aussitôt après la guérison¹.

Diabète sucré et tuberculose pulmonaire. — Je considère la tuberculose pulmonaire comme une des complications les plus fréquentes et les plus graves du diabète sucré. Tout individu, jeune ou vieux, atteint de diabète, est guetté par la tuberculose pulmonaire.

D'après Bradsley, presque tous les diabétiques meurent phthisiques. Bouchardat dit qu'il a constaté dix-neuf fois la tuberculose sur dix-neuf autopsies de diabétiques. Contour, dans sa thèse de 1844, considère la tuberculose comme une conséquence inévitable du diabète. Pour Lécorché, la tuberculose est la complication la plus fréquente du diabète. Griensinger dit que sur cent diabétiques quarante-trois meurent phthisiques.

La tuberculose ne frappe pas seulement les diabétiques amaigris et cachectiques qui ont une déperdition journalière de plusieurs centaines de grammes de sucre, elle frappe aussi les diabétiques dont la santé est en apparence florissante et dont la déperdition journalière de sucre ne dépasse pas 50 à 40 grammes et même moins.

1. Merklen. *Gaz. des hôp.*, 19 mai 1891.

Dans une observation de Hanot¹, relative à une diabétique à gros foie devenue tuberculeuse, la quantité de sucre n'était que d'une quinzaine de grammes. Dans une des observations de Tapret, il est question d'un homme vigoureux atteint de goutte et de diabète si léger, que la glycosurie ne dépassait pas quelques grammes; néanmoins, cet homme devint tuberculeux.

Dans la leçon que j'ai consacrée à la tuberculose des diabétiques², j'ai cité des observations du même genre.

Parfois, même, le diabète est si léger, que le malade qui vient nous consulter pour sa tuberculose (ou pour une soif disant bronchite) ignore qu'il est diabétique; sa soif n'est nullement exagérée et le taux de ses urines n'excède pas la normale; c'est par un examen attentif qu'on découvre chez lui des signes révélateurs du diabète, tels que l'eczéma génital, la gingivite expulsive, les furoncles; on fait alors une analyse des urines qui décèle une dose journalière de 20 à 25 grammes de sucre. Le malade était diabétique à son insu, et sur son diabète est venue se greffer la tuberculose.

Les exemples de ce genre concernent la forme la plus habituelle de la tuberculose pulmonaire diabétique, celle qui s'installe insidieusement, sans fièvre, à la façon d'une simple bronchite. Le diabétique croit qu'il s'est enrhumé, il se met à tousser et à cracher, et il s'en préoccupe si peu qu'il ne demande même pas avis à son médecin. Cependant, le « rhume » traîne en longueur, il est tenace, les crachats sont épais et parfois striés de sang, l'appétit languit, les forces déclinent, le malade se décide alors à nous consulter. Déjà, avant tout examen, ce diabétique, qui tousse depuis des semaines, éveille nos soupçons, on trouve à l'un des sommets une expiration saccadée, des craquements secs et humides; l'examen des crachats décèle des bacilles: le diabétique est devenu tuberculeux.

A peine la tuberculose s'est-elle installée, que la scène

1. Hanot. *Archives de médecine*, octobre 1877.

2. Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1905. 15^e leçon.

change. Tel diabétique qui supportait sans perdre ses forces et sans maigrir un diabète parfois intense qui durait depuis longtemps, ce même diabétique languit et dépérit après l'apparition de la tuberculose. Il ignore le plus souvent qu'il est devenu tuberculeux, *il se croit simplement atteint d'une vulgaire bronchite*, et cependant il s'étonne du changement qui s'est opéré en lui, il est inquiet, il accuse le régime qu'on lui a fait suivre, il incrimine le traitement qu'on lui a prescrit, alors que c'est la tuberculose qu'il faut incriminer.

Méfions-nous donc des diabétiques qui toussent; je n'aime pas les diabétiques qui s'enrhument; je redoute toujours chez eux l'éclosion de la tuberculose diabétique, beaucoup plus grave que la tuberculose vulgaire. Je ne dis pas que la tuberculose diabétique soit fatalement incurable et mortelle à échéance plus ou moins éloignée; il y a fort heureusement des tuberculoses diabétiques accessibles au traitement, il y en a même qui guérissent, mais c'est l'exception. La tuberculose diabétique est difficile à déloger, et l'association de la tuberculose et du diabète crée une situation très menaçante.

Après avoir étudié l'une des formes de la tuberculose pulmonaire diabétique, celle qui simule la bronchite vulgaire, assez insidieuse à ses débuts et assez lente dans son évolution, occupons-nous de ses autres formes, car la tuberculose *aiguë*¹, la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, la tuberculose granulique, peuvent également se greffer sur le diabète. En voici des exemples :

Un malade de Tapret ayant 200 grammes de sucre est pris d'une tuberculose aiguë, fébrile, qui en *trois semaines* aboutit aux lésions caverneuses et en trois mois à la mort. Une malade de Hutinel ayant 100 à 120 grammes de sucre est prise de broncho-pneumonie tuberculeuse des deux poumons qui est mortelle en quelques semaines. Un malade de Letulle² ayant près de 400 grammes de sucre est pris de

1. Bagou. *La tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré*. Th. de Paris, 1888.

2. Letulle. *Bull. de la Soc. anatomique*, 1877, p. 496.

granulie et succombe en vingt jours; à l'autopsie, on constate des granulations tuberculeuses dans la plupart des organes, surtout aux poumons, au foie et aux reins. De plus, on trouve au sommet du poumon droit et dans un ganglion du hile du poumon des lésions tuberculeuses plus anciennes.

Quelques auteurs avaient pensé que la tuberculose du diabétique prédispose moins aux *hémoptysies* que la tuberculose vulgaire. C'est une erreur. Schmidt a constaté des hémoptysies dans vingt-six cas de tuberculose diabétique; Lécorché a observé des hémoptysies, tantôt au début, tantôt à une période avancée de la tuberculose diabétique; quatre fois ces hémoptysies étaient considérables. Pour ma part, j'ai constaté assez souvent des hémoptysies abondantes et répétées chez des diabétiques tuberculeux. J'en ai rapporté dans ma leçon clinique une observation, que, faute de place, j'ai le regret de ne pas reproduire ici en détail. C'était chez un homme de cinquante-cinq ans, diabétique depuis plusieurs années, n'ayant que 25 à 30 grammes de sucre et une petite quantité d'albumine. Il eut un jour une hémoptégie terrible qui fut le signe révélateur d'une tuberculose pulmonaire qui s'installa au sommet du poumon droit; les crachats, fort rares, contenaient des bacilles. A dater de ce moment, les hémoptysies reparurent assez fréquemment, et deux ans plus tard il succomba en pleine hémoptysie, emporté par cette tuberculose pulmonaire à forme hémorragique, greffée sur un diabète très peu intense.

Le diabète d'origine *traumatique* peut, comme les autres diabètes, favoriser l'éclosion de la tuberculose. A ce sujet, Hutinel m'a communiqué le fait suivant : Un jeune garçon, né de parents bien portants, avait eu lui-même une excellente santé jusqu'au jour où, se trouvant dans un train tamponné, il ressentit une violente secousse et éprouva une très vive émotion. Peu de temps après l'accident, il fut pris de polydipsie, de polyurie; on fit l'analyse des urines et l'on constata la présence de 150 grammes de sucre. A dater de ce moment survint un amaigrissement rapide, et des signes de

tuberculose pulmonaire apparurent. La phthisie, qu'aucun traitement ne put enrayer, parcourut rapidement ses étapes, et ce jeune homme succomba en huit mois à une tuberculose pulmonaire greffée sur un diabète traumatique.

Telles sont les différentes modalités que peut revêtir la tuberculose pulmonaire des diabétiques. Ce qui me surprend, c'est que le diabétique soit si rarement atteint de *pleurésie* tuberculeuse, alors qu'il est si souvent touché par la tuberculose pulmonaire. Il y a là un contraste d'autant plus étonnant que la pleurésie est une des manifestations les plus communes de l'infection tuberculeuse. On s'explique mal que la plèvre du diabétique soit si épargnée, quand son poumon l'est si peu. On trouve tant qu'on en veut des observations de tuberculose pulmonaire diabétique, tandis qu'on pourrait compter les observations de pleurésie tuberculeuse diabétique. En voici quelques cas¹ : Un homme entre à l'hôpital Bichat, pour un diabète des plus intenses. La glycosurie atteint 800 grammes par jour. La maladie paraît remonter à quatre mois; à cette époque, cet homme a été atteint de polydipsie, de polyurie et de polyphagie avec amaigrissement rapide. Sous l'influence du régime et de l'antipyrine, le diabète s'améliore notablement. Mais bientôt apparaissent des douleurs au côté droit de la poitrine; la toux est fréquente; l'expectoration est abondante; on constate au sommet du poumon droit des signes de tuberculose pulmonaire. Quelques jours plus tard apparaît un épanchement de la plèvre droite. Le malade se cachectise et succombe. A l'autopsie, on trouve une caverne pulmonaire, et la plèvre contient 3 litres de liquide séreux.

J'ai vu jadis, avec Ramon, une dame, diabétique, atteinte de pleurésie sucrée. J'ai eu ces temps derniers à l'Hôtel-Dieu un diabétique qui a été pris d'une pleurésie droite hémorrhagique, tuberculeuse et sucrée, dont il a guéri.

De l'étude que nous venons de faire, il ressort que la tuberculose pulmonaire, sous toutes ses formes, peut com-

1. Bagou. *Tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré*. Th. de Paris, 1888.

pliquer le diabète sucré : tuberculose lente, rapide, granuleuse, hémoptoïque. Cette terrible complication s'observe chez les diabétiques de tout âge : enfant, adulte et âge avancé. La forme la plus habituelle est la tuberculose vulgaire, celle qui simule tout d'abord une bronchite ou un rhume « qui n'en finit pas ».

La pathogénie de cette tuberculose est difficile à expliquer. Il fut un temps où l'on considérait la phthisie des diabétiques comme l'expression ultime des diabètes intenses et cachectisants. Nous savons qu'il en est souvent tout autrement; la tuberculose se greffe également sur des diabètes légers, elle se greffe même sur des diabètes d'origine traumatique. Tout ceci prouve que le *milieu sucré* constitue chez le diabétique un terrain extrêmement favorable à la fixation et à l'évolution du bacille de Koch; je me contente de signaler le fait sans hypothèses. Un individu jusque-là robuste et bien portant devient diabétique : le voilà dès lors plus apte qu'un autre à devenir tuberculeux, quelles que soient d'ailleurs la cause et l'origine de son diabète, qu'il s'agisse de diabète nerveux, arthritique, hépatique, pancréatique, traumatique.

D'après Bouchard, « la phthisie diabétique existe presque exclusivement chez les malades qui sont en même temps albuminuriques; j'ai vu, dit-il, l'albuminurie faire défaut une seule fois dans la phthisie diabétique et j'ai vu la phthisie survenir dans près du cinquième des cas (18 p. 400) chez les diabétiques albuminuriques, tandis que dans la totalité des cas de diabète la phthisie ne survient que 8 fois sur 100¹ ». Mon opinion diffère de celle de Bouchard, et je n'attache pas à l'albuminurie la même valeur pronostique; certes, il est préférable pour un diabétique de n'être pas albuminurique, mais dans bien des cas l'albuminurie est un épiphénomène sans graves conséquences et, à mon sens, sans association directe avec la tuberculose. Ainsi, sur les douze diabétiques tuberculeux dont il est question dans ma leçon, huit n'étaient pas albuminuriques. Il faut également faire la part des cas

1 Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition* p. 205.

fréquents où le diabétique était déjà tuberculeux quand a paru l'albuminurie.

En fait de traitement, la prophylaxie doit occuper une très large place. Le diabète créant un terrain des plus favorables à la fixation et à l'évolution du bacille de Koch, le diabétique doit, dans la mesure du possible, éviter toutes les causes de contamination. Un diabétique placé dans une salle d'hôpital où sont des tuberculeux est plus exposé que d'autres à prendre la tuberculose. Un diabétique qui a dans sa famille femme ou enfant tuberculeux, doit faire appliquer les règles d'une hygiène sévère afin d'éviter pour lui la contagion. Les diabétiques qui sont issus d'une souche tuberculeuse offrent un terrain doublement favorable à l'éclosion de la tuberculose et doivent s'observer en conséquence.

Accidents nerveux¹. — Passons en revue les troubles nerveux diabétiques d'origine périphérique, et d'origine centrale avec ou sans lésions cérébrales.

Les troubles nerveux sensitifs ou moteurs d'origine périphérique peuvent être mis sur le compte de *névrites* bien étudiées dans ces dernières années². En fait de troubles de *sensibilité*, l'anesthésie et l'hyperesthésie ont été également observées³. Les névralgies occupent les nerfs intercostaux, le sciatique, le trijumeau, le pneumogastrique (Peter); elles sont parfois symétriques (Worms). Dans une série de savants mémoires, P. Vergely a appelé l'attention sur les accès d'*angine de poitrine* associés au diabète⁵, sur le zona diabétique, sur la dissociation syringomyélique de la sensibilité chez les diabétiques⁴.

Les troubles de *motilité* sont des plus variés : certains diabétiques éprouvent une lassitude douloureuse et une fatigue musculaire excessive, principalement aux muscles

1. Dreyfus. *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré*. Th. d'agrég. Paris, 1885.

2. Auché. *Arch. de méd. expér.*, septembre 1890.

3. Vergely. *Communication à l'Académie de médecine*, 22 nov. 1881 *Gaz. hebd.*, 1885.

4. Vergely. *Gaz. hebd.*, 12 août 1895.

des jambes et des lombes. On explique cette atonie musculaire par la déshydratation des muscles et par l'insuffisance de l'oxygène destiné à la respiration musculaire (Sée); il est probable qu'il s'y joint une diminution de l'influx nerveux. On observe de véritables *paralysies* tantôt *parcels*, limitées à un bras, à un groupe musculaire, aux muscles de la face, de la langue, du larynx, tantôt généralisées sous forme hémiplegique ou paraplégique. Ces paralysies diabétiques peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie; elles ont pour caractère d'être incomplètes et fugaces.

Je viens d'étudier les paralysies d'origine périphérique, mais dans d'autres cas les paralysies reconnaissent pour cause une artérite oblitérante cérébrale, l'athérome, le ramollissement, l'hémorragie cérébrale ou l'hémorragie méningée. Ces différentes lésions provoquent, suivant le cas, l'apoplexie, l'hémiplegie, l'aphasie.

Les troubles *cérébraux* occupent une place importante dans l'histoire du diabète. Le diabétique devient apathique, paresseux, il a de vrais accès de sommeil, il manque « d'appétit pour la pensée » (Lasèque). L'excitation cérébrale, le délire, l'aphasie généralement transitoire, le *coma*, font partie du cortège des troubles cérébraux. Le *coma* notamment (Kussmaul) est un des accidents terribles du diabète; dans la statistique de Frerichs, sur 250 décès provoqués par des accidents diabétiques, le *coma* figure 155 fois.

Le *coma diabétique*, dans sa forme la plus habituelle¹, est annoncé par des troubles gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée, par des douleurs abdominales simulant la péritonite (Jaccoud), ou par des troubles dyspnéiques, ce qui lui donne la plus grande analogie avec les accidents urémiques, dont il diffère toutefois par l'absence de convulsions et de contractures, et par l'état de la respiration, qui

1. Jaccoud. *Clinique*, 1888, p. 282. — Lépine. *Revue de méd.*, septembre 1886, mars 1887.