

**Diagnostic.** — J'ai suffisamment insisté sur les débuts habituellement insidieux du diabète, pour qu'on soit mis en garde contre une erreur de diagnostic. La glycosurie étant reconnue dans l'urine, il y aura lieu de se demander si le malade est atteint de glycosurie simple ou de diabète, mais cette délimitation du symptôme et de la maladie n'est pas toujours possible; il n'y a souvent qu'une question de nuance ou de degré, et ce qu'on croit être une simple glycosurie est l'avant-coureur du diabète.

Il faut éviter de confondre le diabète et le *tabes*. L'abolition des réflexes rotuliens, les douleurs dans les jambes, la gingivite expulsive, l'amblyopie, les paralysies parcelaires des muscles de l'œil, sont autant de symptômes communs au diabète et au *tabes*, et qui peuvent donner lieu par leur réunion chez les diabétiques à un *pseudo-tabes*<sup>1</sup>. Mais il y a d'autres circonstances, où diabète et *tabes* marchent parallèlement, non pas qu'ils dépendent l'un de l'autre, mais ils appartiennent l'un et l'autre à la même souche nerveuse dont je parlais il y a un instant, au sujet de l'étiologie du diabète.

**Pronostic.** — Il ne faut pas s'exagérer outre mesure la gravité du diabète. Le diabète est en effet fort grave chez les enfants; il est également très redoutable quand il suit une marche rapide et cachectisante (diabète pancréatique de quelques auteurs); certaines complications diabétiques sont bien faites pour inspirer des craintes sérieuses (gangrène, tuberculose, coma), mais en somme il s'agit là d'exceptions. Un grand nombre de diabétiques, avec quelques soins et une hygiène bien comprise, vivent indéfiniment; j'ai soigné bien des diabétiques, et les accidents sérieux m'ont paru exceptionnels chez ceux qui ont bien voulu traiter leur maladie autrement que par le mépris. Il ne faut pas établir le pronostic sur les diabétiques qui viennent à l'hôpital, car nous n'y voyons généralement que des diabétiques fort avancés ou en proie à de graves complications.

1. Guinon et Souques. *Arch. de neurologie*, novembre 1891.

Quand on fait le relevé des diabétiques qu'on soigne en ville, on voit que les cas graves ne s'élèvent pas à plus de 6 à 8 pour 100. Dans les cas bénins qui forment la très grosse majorité, se trouvent les diabétiques qui rendent 15, 20, 30 grammes de sucre par jour, sans même s'en douter et qui améliorent leur situation dès qu'ils veulent se soigner. « Rien n'est plus commun que de voir des personnes terrorisées parce qu'elles ont su, d'une façon ou de l'autre, que leur urine renfermait du sucre; il est très avantageux pour l'avenir même des diabétiques légèrement atteints, qui constituent la grande masse, et qui se soignent, de savoir combien les cas graves sont rares. » (Worms.) Par contre, la gravité du pronostic est considérable dans le *diabète pancréatique*, dont la mort est la terminaison habituelle.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions qu'on trouve à l'autopsie sont inconstantes; néanmoins deux organes, le foie et le rein, présentent fréquemment des altérations.

Le foie peut être le siège de congestion, d'hypertrophie, de cirrhose.

Les altérations des reins sont importantes; elles sont ainsi résumées par Straus<sup>1</sup>.

« En ce qui concerne les lésions rénales dans le diabète, on voit qu'à côté des lésions banales de cet organe, telles que la néphrite interstitielle, parenchymateuse ou diffuse, etc., il existe une altération toute spéciale, spéciale par sa nature, spéciale aussi par sa topographie. Comme topographie, cette altération porte nettement et exclusivement sur la zone limitante, où elle frappe les tubes droits (tant larges que grêles) de Henle, et aussi, selon moi, quelques tubes collecteurs. Cette lésion n'occupe pas la totalité de la zone limitante; elle y est répartie en foyers plus ou moins nombreux et étendus, surtout dans le voisinage des faisceaux de capillaires de la région. Pour ce qui est de la nature de la lésion, elle se présente histologiquement sous

1. Straus. *Arch. de physiol.*, juillet 1887.



deux aspects, selon les réactifs employés : par les réactifs ordinaires, elle apparaît comme une métamorphose hyaline ou vitreuse des cellules de revêtement des tubes en question; c'est la lésion découverte par Armani; si l'on emploie, avec les précautions voulues, la gomme iodée, les mêmes cellules se montrent infiltrées de glycogène; c'est l'altération découverte par Ehrlich. »

**Traitement.** — Le traitement des diabétiques a donné lieu à de nombreux travaux; A. Robin en a fait le sujet d'importantes communications<sup>1</sup>. Voici comment je comprends la question :

**Alimentation.** — Le diabétique doit s'abstenir complètement d'aliments sucrés; on peut néanmoins lui permettre de sucrer son café ou son thé avec la saccharine. Il ne doit manger ni pâtisseries, ni entremets sucrés, ni fruits sucrés, surtout pas de raisin. Il choisira dans ses boissons les vins qui ne sont pas sucrés. La bière et le lait sont permis; le lait est même un bon aliment pour le diabétique (Frémont); la lactose n'a rien à voir ici avec la glycose. J'ai souvent prescrit la cure lactée chez des diabétiques qui étaient en même temps albuminuriques; ils s'en sont bien trouvés.

Si je suis extrêmement sévère pour les boissons ou aliments sucrés, je le suis moins pour les aliments féculents. Je ne dis pas, bien entendu, que le diabétique doit se laisser aller à manger du pain, des pommes de terre et des aliments farineux à loisir, mais je dis que c'est une *erreur grave* que de l'en priver complètement. Suivant le cas, on peut remplacer le pain par du pain de gluten ou par du pain fait avec de la farine d'amandes (pain de Pavy), mais ce n'est pas une raison pour prohiber complètement le pain normal, dont on a soin de manger surtout la croûte. Je permets également quelques pommes de terre et je ne prohibe pas d'une façon absolue les sauces qui facilitent et varient l'alimentation.

Il n'est pas nécessaire, *il est même nuisible*, à mon sens,

1. A. Robin. *Acad. de méd.*, 1895.

de chercher, par un régime draconien, à faire disparaître totalement la glycosurie. Tel diabétique qui était robuste et bien portant avec 60, 80, 100 grammes de sucre par jour, maigrit et s'affaiblit si on le soumet à un régime absolument sévère dont le but est de supprimer totalement et rapidement la glycosurie. Sous l'influence d'un régime intransigeant le sucre peut, en effet, disparaître très vite des urines (du moins pour un temps) mais le diabétique est exposé à des accidents parfois redoutables, à l'albuminurie, à l'amaigrissement, à la tuberculose.

Je vois souvent des diabétiques que l'on traite ou qui se traitent avec la plus grande sévérité, par la privation absolue d'aliments féculents, jusqu'à ce qu'il ne reste plus la moindre trace de sucre dans leurs urines. C'est mauvais; beaucoup d'entre eux maigrissent et dépérissent pendant que le médecin traitant s'applaudit du résultat des analyses, et de la disparition de la glycose. Un diabétique soumis à ce régime intransigeant me disait récemment : « J'avais 80 grammes de sucre, on m'a prescrit un régime si sévère, qu'en dehors des viandes sans sauce, poissons sans sauce, œufs, légumes herbacés et pain de gluten, aucun aliment ne m'est permis; le sucre a disparu en quatre semaines, c'est vrai, mais j'ai maigri de six kilos, je perds l'appétit, je me sens tout affaibli, rendez-moi mon sucre j'aime mieux ça. » Et ce diabétique n'avait pas tort.

Souvent j'ai constaté l'apparition de l'albuminurie à la suite de traitements antidiabétiques trop sévères; le sucre diminue ou disparaît et l'albuminurie fait son apparition.

Enfin qu'on veuille bien se rappeler combien la tuberculose guette le diabétique, et on comprendra qu'il faut se garder de lui ouvrir la porte en favorisant par un régime trop sévère un amaigrissement que le diabétique doit toujours éviter.

Je ne saurais trop insister sur ces considérations; voici bien des années que je m'efforce de les propager par mes publications et par mon enseignement. Chez les diabétiques dont la glycosurie est tenace, je ne m'entête pas à faire disparaître quand même un reliquat de glycosurie, je pré-



fière que le diabétique ait quelques grammes de sucre de plus que de le voir maigrir de quelques kilos.

En résumé, le régime des diabétiques ne doit être ni trop sévère, ni sévère d'emblée; *il faut savoir ménager les diabétiques*; les aliments féculents, les pommes de terre, le pain, ne doivent pas être absolument défendus; tout cela dépend de l'intensité du diabète et de l'état général du malade.

Le diabétique ne doit jamais réprimer sa soif; qu'il boive de l'eau et qu'il en boive en quantité; il s'oppose ainsi à la déshydratation des tissus et il favorise l'élimination du sucre.

*Médications.* — L'antipyrine, les préparations arsenicales et les médicaments alcalins forment la base de la médication. L'antipyrine est en pareil cas un merveilleux médicament; il ne faut la donner ni à fortes doses ni à doses longtemps continuées. Voici du reste le genre de médication que je mets en usage :

Pendant la première semaine du mois le diabétique prend deux fois par jour, au moment des repas, un cachet composé de 30 centigrammes d'antipyrine et de 20 centigrammes de bicarbonate de soude. S'il s'agit d'un diabète violent, on peut augmenter, doubler, tripler le nombre des cachets.

Pendant la deuxième semaine du mois, on suspend l'antipyrine et on prescrit la médication arsenicale. Cette médication consiste à prendre à chaque repas une cuillerée à café d'une solution composée de 80 grammes d'eau distillée pour 3 ou 4 centigrammes d'arséniate de soude. Mieux encore, on pratique tous les jours une injection de 3 à 5 centigrammes de cacodylate de soude (voir le memento thérapeutique annexé à la fin de ce volume).

On continue ainsi ces deux médications, alternativement, pendant plusieurs mois. On leur associera les boissons alcalines, l'eau de Vichy (Célestins) à la dose de 200 grammes par repas. Les cures faites à Vichy et à Carlsbad ont une grande efficacité.

*Hygiène.* — Les bains, les douches, les frictions, les

massages doivent être prescrits. L'exercice à pied ou à cheval, l'escrime, la natation, sont bons pour activer la destruction du sucre musculaire. Les sueurs profuses doivent être évitées, et il ne faut pas oublier que c'est après des fatigues, des excès, des voyages, qu'on voit souvent apparaître les symptômes du coma diabétique.

L'opothérapie par *extrait hépatique* paraît avoir quelque action sur la glycosurie d'un certain nombre de diabétiques (Gilbert et Chassevant<sup>1</sup>), notamment chez ceux qui ont une insuffisance fonctionnelle du foie avec diminution d'urée, urobilinurie, etc. Quand la glycosurie paraît dépendre d'une suractivité hépatique, l'opothérapie aggrave au contraire le diabète. J'ai voulu me rendre compte de l'efficacité possible des injections sous-cutanées de suc du pancréas chez les diabétiques; je n'en ai obtenu aucun résultat satisfaisant.

La *chirurgie* est souvent appelée à intervenir chez les diabétiques (anthrax, phlegmons, gangrènes). Autrefois on n'osait pour ainsi dire pas toucher au diabétique, on redoutait toutes les complications opératoires. Aujourd'hui, depuis les méthodes aseptiques et antiseptiques, on a pu voir que ces craintes sont singulièrement exagérées; la chirurgie peut intervenir, et intervenir très efficacement chez les diabétiques, néanmoins il ne faut pas se dissimuler que les opérations faites en pareille circonstance ne sont pas absolument exemptes d'inconvénients<sup>2</sup>. L'intoxication est d'autant plus à redouter chez le diabétique, que son foie et ses reins sont adultérés; un diabétique chez lequel le diabète suit une marche rapide, cachectisante, avec albuminurie, supportera bien moins l'opération que le diabétique chez lequel le diabète évolue lentement laissant la nutrition à peu près intacte.

Quoi qu'il en soit, il faut compter chez le diabétique avec

1. Gilbert et Chassevant. Opothérapie hépatique dans le diabète sucré. *Congrès de Paris*, 1900.

2. Legendre. *Rôle de la chirurgie dans le diabète sucré*. Th. de Paris, 1895.



l'administration du *chloroforme*; il faut compter avec les *érythèmes* qui se développent soit spontanément, soit sous l'influence des antiseptiques; il faut savoir qu'il y a des antiseptiques qui, mal éliminés, grâce à l'adulteration du foie et des reins, peuvent provoquer de graves accidents toxiques; il faut savoir enfin que la vitalité moindre des tissus s'oppose parfois à la solidité des sutures et à la rapidité de la cicatrisation des plaies.

### § 6. DIABÈTES INSIPIDES

#### A. DIABÈTE AZOTURIQUE — AZOTURIE

L'excès de matières azotées dans l'urine ne suffit pas pour constituer le diabète azoturique; l'azoturie est un symptôme commun à une foule d'états morbides, tandis que le *diabète azoturique* (Demange<sup>1</sup>), comme le diabète sucré, est une maladie générale, caractérisée par une déperdition exagérée et constante des matières azotées et par des symptômes généraux : polyurie, polydipsie, polyphagie, qui rappellent en partie le tableau du diabète sucré.

**Description.** — Le *diabète azoturique* débute parfois brusquement; il est annoncé par une faim dévorante (Bouchard), par des sueurs profuses (Rendu), par une soif ardente. Plus souvent il s'installe insidieusement; la soif et l'appétit augmentent graduellement et les urines deviennent très abondantes.

L'*urine*, acide et transparente au moment de son émission, devient alcaline et se trouble par le repos. Elle contient du mucus et des sédiments (acide urique et urates), mais elle ne renferme ni sucre ni albumine. Sa densité oscille de 1002 à 1015 et varie avec sa quantité. Elle est *azoturique*, c'est-à-dire qu'elle contient en excès de l'urée,

1. De l'*azoturie*. Th. d'agrég. Paris, 1887. — DIABÈTE AZOTURIQUE. *Dict. des sc. méd.*, t. XXVIII, 2<sup>e</sup> partie, p. 661.

de l'acide urique et des matières extractives azotées. En vingt-quatre heures l'urée atteint 40, 60, 100 grammes (Bouchardat), au lieu de 25 grammes, chiffre normal; l'acide urique atteint 9 grammes (Bouchardat); les matières extractives azotées (créatinine, uroxanthine) atteignent et dépassent 70 grammes (Bouchard<sup>1</sup>). L'excès porte également sur les chlorures et sur les phosphates.

Dans quelques cas de moyenne intensité, la maladie peut durer indéfiniment sans devenir redoutable; mais dans les cas graves la force musculaire décroît, le malade éprouve une fatigue excessive et il est exposé aux troubles nerveux de toute nature que nous avons étudiés dans le diabète sucré. Il peut être atteint d'hémorragies de la rétine et du corps vitré, qui sont loin d'être rares dans l'azoturie comme dans la phosphaturie (A. Trousseau<sup>2</sup>). A une période plus avancée, l'appétit se perd, l'amaigrissement devient extrême, la consommation fait des progrès, des œdèmes cachectiques apparaissent. La mort survient par le fait de cette dénutrition excessive ou elle est due à quelque complication (hémorragies, gangrènes, phthisie). Malgré la gravité du *pronostic*, la guérison définitive a plusieurs fois été obtenue.

Le *diagnostic* repose en entier sur l'examen des urines. Cet examen est d'autant plus important, que dans quelques cas l'azoturie est excessive bien que la polyurie fasse défaut (Bouchard). Le diabète azoturique est parfois associé à la phosphaturie; et même la phosphaturie prend une telle importance que J. Teissier a décrit à part un diabète phosphatique.

**Étiologie. Pathogénie.** — Le diabète azoturique est plus fréquent à l'âge moyen de la vie. Il paraît se développer principalement sous l'influence de causes nerveuses, émotions violentes, chagrins, lésions cérébrales, traumatisme, syphilis.

1. Leçons clin. de la Charité. *Tribune méd.*, 1872-1875.

2. A. Trousseau. *Bulletin médical*, 4 avril 1899.