

dernier, il ne faut pas oublier que le goitre exophtalmique peut s'accompagner parfois de glycosurie (Ballet).

Aux troubles cérébraux peuvent être rattachées de véritables *attaques de sommeil* saisissant le malade pendant le jour (Gelineau, Ballet, Landouzy).

Les *troubles intellectuels* peuvent consister en un affaiblissement de la mémoire, en abattement et apathie avec hypocondrie et lypémanie ⁽¹⁾, en hallucinations terrifiantes, enfin même en une sorte de démence.

Existe-t-il même une paralysie générale, d'origine diabétique? M. Vladimir de Holstein a examiné la question ⁽²⁾. Il rappelle des cas où la glycosurie transitoire au début de la paralysie générale est imputable à une poussée congestive du côté du 4^e ventricule ⁽³⁾ et deux faits non concluants, l'un de Marchal de Calvi où il y a insuffisance de détails, et l'autre de Charpentier où l'existence de la syphilis dans les antécédents rend impossible la détermination de la véritable origine. Mais il cite un cas de R. Laudenheimer ⁽⁴⁾ où chez un sujet exempt de syphilis et d'alcoolisme, mais diabétique depuis 20 ans, se produisit le syndrome clinique classique (notamment troubles de la parole, démence avec euphorie et amnésie, inégalité pupillaire, phénomènes parétiques du côté du facial et de l'hypoglosse); tous ces troubles cérébraux disparurent au fur et à mesure que la glycosurie diminuait sous l'influence du régime anti-diabétique. L'autopsie seule a manqué : aussi Laudenheimer se contenta-t-il de désigner provisoirement le syndrome observé par lui sous le nom de *pseudo-paralysie générale diabétique*. Ces troubles seraient le résultat d'une auto-intoxication par les produits de désassimilation imparfaite qui s'accumulent dans l'organisme des diabétiques.

Les accidents nerveux qui peuvent survenir chez les diabétiques ne sont nullement proportionnels à l'intensité de la glycosurie; ils sont quelquefois très accentués avec une glycosurie faible ⁽⁵⁾.

J. Mayer ⁽⁶⁾ a trouvé le cœur dilaté ou hypertrophié 80 fois sur 580 diabétiques. La dilatation existait surtout chez les individus pâles, délicats, avec poussées d'endocardite fréquentes, évolution rapide et grave. — L'hypertrophie a été constatée chez les diabétiques vigoureux et sanguins, elle est longtemps bien tolérée. Chez les diabétiques très obèses, la dégénérescence graisseuse et l'artério-sclérose ajoutent leurs effets à ceux de l'hypertrophie. Mayer attribue ces diverses lésions cardiaques aux modifications de la nutrition qui, par l'hyperglycémie et l'augmentation des déchets azotés, accroissent le travail du cœur.

Parmi les complications cardiaques du diabète, l'*endocardite* a fait le sujet d'un travail de M. Lecorché. L'endocardite se rencontre souvent, suivant cet auteur, dans le cours du diabète à forme subaiguë ou chronique, elle se localise d'ordinaire au niveau de l'orifice mitral et s'accompagne parfois de lésions athéromateuses des artères; elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé du sang altéré par l'excès du sucre; elle ne modifie guère la glycosurie, mais contribuerait

⁽¹⁾ LEGRAND DU SAULLE, État mental des diabétiques. *Gaz. des Hôp.*, 1884.

⁽²⁾ *Semaine médicale*, 8 mai 1897. — ROUILLARD (*Ann. médico-psychol.*, 1888) et BAUDIN-CHARPENTIER, *Ann. méd. psych.*, 1888.

⁽³⁾ *Arch. für Psychiatrie.*, XXIX, L, p. 546.

⁽⁴⁾ CHARPENTIER, Les intoxications et la paralysie générale. Paris, 1890.

⁽⁵⁾ L. AUERBACH, *Deutsch. Arch. f. Klin. med.*, XLI, p. 484.

⁽⁶⁾ Diab. mellit. mit Erkrank. des Herzens. *Zeitsch. f. Kl. med.*, XIV, p. 212.

à diminuer la polyurie. Elle est, en tout cas, une cause d'aggravation du pronostic, puisqu'elle hâte la fin des diabétiques par la généralisation de l'œdème et l'ascite qu'elle provoque. Sa constatation n'est donc pas une simple curiosité pour le médecin.

La lenteur de la circulation veineuse est fréquente chez les diabétiques. On constate souvent chez eux des varices, le varicocèle et la phlébite. Mais ces troubles circulatoires sont l'apanage de tous les arthritiques, comme l'*artério-sclérose*, et les diabétiques sont les arthritiques types. M. Bouchard a mis en évidence par une statistique imposante la prédominance d'une *tension artérielle élevée* et de l'artério-sclérose.

J'ai observé dans deux cas de diabète, avec MM. Pasturaud (d'Étampes) et Katz (de Pontoise), des poussées d'*adénie* tout à fait remarquables; les ganglions des régions cervicales et axillaires surtout prenaient de temps en temps un développement énorme. Dans un de ces cas il y eut aussi de la *splénomégalie*.

L'importance des troubles de L'APPAREIL BRONCHO-PULMONAIRE est grande, et pourtant on les méconnaît encore trop fréquemment.

L'*odeur de l'haleine*, qui est plutôt en rapport avec la perturbation générale de la nutrition et les fermentations acides de la bouche, peut néanmoins trouver place ici; variable sans doute, elle est pourtant assez caractéristique dans bien des cas pour guider le diagnostic : elle a été qualifiée d'acescente, d'alcoolique, d'urineuse; on l'a comparée à l'odeur des pommes pourries, du foin mouillé.

M. Lecorché a appelé *bronchite diabétique* une forme de bronchite, tenace, récidivante et non bacillaire. Sur elle peut se greffer une *broncho-pneumonie aiguë catarrhale secondaire* (Pavy, Wils, Seegen, Dreschfeld et Demange). Souvent pseudo-lobaire, elle peut se terminer par résolution, mais passe le plus fréquemment à l'hépatisation grise, avec formation rapide de cavernes, paraît s'accompagner d'une gangrène plus ou moins diffuse, favorisée par la glycémie et dénuée en général d'odeur caractéristique. (G. SCHLEMMER, *Revue médicale du Mont-Dore*, 1895). — LABBÉ, Considérations cliniques sur les pneumonies des diabétiques (*Th. de Paris*, 1892).

La *pneumonie lobaire* fibrineuse à pneumocoques s'observe chez les diabétiques assez souvent. Elle n'offre de particulier que sa gravité toute spéciale, et une rapidité quelquefois foudroyante (Bouchardat). Elle peut tuer par sa tendance suppurative et gangréneuse, par urémie, par l'intensité des phénomènes congestifs. Le pronostic n'est pas toujours désespéré (Merklen) ⁽¹⁾.

Senator, qui en observa 15 cas (dont 8 décès) sur 700 diabétiques, n'a jamais vu le sucre disparaître entièrement des urines pendant la fièvre pneumonique; il diminuait seulement. G. Klemperer croit la pneumonie franche rare chez le diabétique, parce que le pneumocoque vivrait mal dans les milieux sucrés à l'inverse du bacille tuberculeux (*Soc. de méd. de la Charité de Berlin*, 1896).

Riegel et Fink ont décrit chez les diabétiques une pneumonie chronique spéciale, *pneumonie fibreuse ulcéreuse* (Marchand), avec dilatation bronchique et sécrétion purulente, induration scléreuse du parenchyme, sans qu'on ait trouvé ni bacilles ni nodules tuberculeux à l'autopsie ⁽²⁾.

La *gangrène pulmonaire* peut succéder à la pneumonie, à une broncho-pneu-

⁽¹⁾ *Gazette des hôpitaux*, 1891.

⁽²⁾ *Münch. med. Woch.*, 1887, n° 57.

monie, même à une simple bronchite. Charcot a signalé que l'odeur fétide des crachats peut manquer dans la gangrène pulmonaire des diabétiques.

Mais le point capital est la fréquence de la *phthisie*. Griesinger a trouvé 42 fois la tuberculose sur 100 diabétiques qui succombent. Celle-ci a un début ordinairement insidieux et une marche rapidement ulcéreuse; elle provoque peu d'hémoptysies, peu de réaction fébrile, peu de transpirations⁽¹⁾; il n'est donc pas étonnant que plus d'un praticien ait eu la pénible surprise de constater un jour des signes cavitaires, en auscultant un diabétique chez lequel il n'avait même pas soupçonné le début de la phthisie. La tuberculose diabétique ne donne jamais de tubercules miliaires et n'a pas de tendances à la généralisation (Leyden). La phthisie diabétique peut revêtir les formes aiguë pneumonique et chronique ulcéreuse. C'est au point de vue du pronostic une des phthisies les plus malignes; elle ne rétrocede presque jamais.

LES TROUBLES OCLAIRES du diabète sont plus nombreux qu'on ne l'a cru longtemps.

La *cataracte* diabétique avait presque uniquement préoccupé les observateurs; on savait qu'elle était généralement de consistance molle. Elle peut apparaître avec une extrême rapidité chez les jeunes sujets diabétiques. Litten a cité le cas d'une jeune fille qui devint aveugle en quelques heures. Il y a peu d'années, presque unanimement les ophthalmologistes la considéraient comme inopérable. Cependant, depuis qu'on opère avec une antiseptic minutieuse, on arrive à d'heureux résultats, après avoir fait disparaître ou baisser autant que possible la glycosurie par un traitement préalable (Panas). Nettleship a vu même, dans 2 cas, des cataractes diabétiques disparaître spontanément quand le sucre disparaissait de l'urine, et dans un cas l'opacité du cristallin reparut après le retour de la glycosurie.

On a observé bien d'autres troubles oculaires: l'*amblyopie* légère ou grave, les troubles de l'accommodation, la *diplopie* surtout par paralysie du droit externe, *dyschromatopsie*, *hémioptie*, la *rétinite* avec ou sans hémorragies rétinienne. Seggel (*Munch. med. Woch.*, n° 43, 1891) attire l'attention sur deux formes de rétinite: la forme centrale ponctuée, tout à fait caractéristique, la rétinite hémorragique coïncidant avec la sclérose des vaisseaux et pouvant compliquer la première à une période plus avancée. Toutes deux se distinguent de la rétinite albuminurique par l'intégrité de la papille, l'absence de troubles étendus de la rétine et de dilatation des veines. Signalons aussi la névrite et l'*atrophie du nerf optique*, les *opacités du corps vitré*, la *kératite* suppurée; l'*iridochoroidite* et l'*iritis*⁽²⁾. Appenzeller (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 1896) a vu un cas où la *myopie* a évolué parallèlement au diabète, provoquée par une augmentation du degré de réfraction de l'humeur aqueuse et rétrocedant quand la diminution de la glycémie rendit à cette humeur son état normal.

Les troubles de la vue sont rares chez les enfants.

Comme troubles de l'APPAREIL AUDITIF, on observe l'*otalgie*. M. Raynaud a signalé une *otite* diabétique avec carie du rocher. Kirchner⁽³⁾, Schwabach⁽⁴⁾

(1) A. BAGOU, *La tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré*; Thèse de Paris, 1888.

(2) LEBER, *Wiesinger*. — HIRSCHBERG, *Centralbl. f. prakt. Augenblick*, juillet 1886. — SCHIRMER, *Klin. monatschr. f. Augenbl.*, 1887.

(3) *Monatsch. f. Ohren*, 1884.

(4) *Deutsch. med. Woch.*, 1885.

ont vu des otites moyennes suppurées. La *surdité* peut exister, même sans otite apparente.

Comme autres troubles sensoriels, nous signalerons la perte de l'odorat (*anosmie*) (Leudet), sa perversion (Lecorché), — la perte du goût (*agueusie*).

Diagnostic et pronostic. — Les diabétiques avérés ne sont pas rares; tout médecin en a plusieurs dans sa clientèle; les diabétiques méconnus sont peut-être encore plus nombreux. Bien que l'examen chimique des urines soit de plus en plus familier aux praticiens, il est malheureusement encore trop de médecins qui ne le pratiquent que dans les circonstances où ils pensent y trouver de l'albumine ou du sucre. On ne saurait trop répéter qu'un médecin de nos jours doit examiner systématiquement les urines de toutes les personnes qui le consultent.

Ce qui rend difficile le diagnostic du diabète, c'est qu'il est exceptionnel de rencontrer en clinique des malades qui se présentent avec les symptômes réputés cardinaux: polyurie, polydipsie, polyphagie. C'est bien plus souvent dans la série des manifestations symptomatiques que les nosographes rangent sous la rubrique complications ou anomalies, qu'il faut chercher en réalité les premiers et les seuls indices de la maladie encore latente. Par contre, tels polyuriques, polydipsiques ou polyphages sont des artério-scléreux, des dyspeptiques dilatés ou des hyperchlorhydriques, et l'examen de leurs urines va décevoir le médecin, qui s'empressait à y chercher des réactions de la glycose⁽¹⁾.

(1)

RECHERCHE ET DOSAGE DU SUCRE DANS L'URINE

Pour éclairer le lecteur sur le meilleur moyen pratique de rechercher et de doser le sucre dans l'urine, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter les renseignements suivants à MM. Yvon et Berlioz (*Manuel clinique de l'analyse des urines*, 5^e édition, 1888, et *Mémoire lu à l'Académie de Médecine*, 18 juin 1889).

La présence du sucre dans l'urine peut être affirmée:

1^o *Par la fermentation*. Ce procédé, malgré les divers artifices qui ont été indiqués pour en abrégier la durée, est d'une application longue, peu pratique, et ne donne pas toujours des résultats satisfaisants.

2^o *Par le polarimètre, saccharimètre ou diabétomètre*. L'emploi de ces instruments exige une quantité de sucre au moins égale à 0,50 par litre, et encore, lorsque ce chiffre n'est pas dépassé, la présence du sucre ne peut être affirmée que par un opérateur très exercé et disposant d'un bon appareil. Le saccharimètre est surtout un instrument de dosage.

3^o *Par les réactifs proprement dits*: leur nombre est considérable. Nous n'indiquerons que le nom de leurs auteurs et celui des substances qui entrent dans leur composition:

1. Liqueur de Fehling Sulfate de cuivre. Tartrate neutre de potasse, lessive de soude.
2. Liqueur de Bareswill Sulfate de cuivre. Tartrate acide de potasse. Lessive de soude.
3. Liqueur de Violette Sulfate de cuivre. Sel de Seignette. Lessive de soude.
4. Réactif de Trommer Sulfate de cuivre et potasse.
5. Réactif de Capezuoli Oxyde bleu hydraté de cuivre et potasse.
6. Réactif de Moore Potasse caustique.
7. Réactif de Böttger Azotate de bismuth et carbonate de soude.
8. Réactif de Mulder Carmin d'indigo et solution alcaline.
9. Réactif de Neubauer et Vogel. Solution ammoniacale de nitrate d'argent.
10. Réactif de Pratesi Bichromate de potasse et silicate alcalin.
11. Réactif de Hager Ferrocyanure et potasse caustique.
12. Réactif de Knapp Cyanure de mercure et alcali.