TRENTE-SIXIÈME LEÇON

SUR LE DIABÈTE HYDRURIQUE

(27 JANVIER 1885)

Histoire de deux malades affectés de diabète hydrurique. — Règles du diagnostic. — Question de la simulation.
De la pluralité des espèces chimiques de la polyurie. — Leurs caractères. — Énumération des divers diabètes.
Étiologie du diabète hydrurique. — Étude des deux malades. — Étude générale.
Des symptômes du diabète hydrurique. — Caractères de l'urine. — De la polydipsie. — Ses rapports avec la polyurie. — Possibilité de la polyphagie. — État de la nutrition. — Abaissement de la température. — Sur la diminution de la perspiration cutanée et de l'exhalation pulmonaire. — Des phénomènes négatifs qui distinguent le diabète hydrurique des autres formes de diabète. — Question de la tuberculose.
Pronostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Par une sigulière coïncidence, deux hommes sont entrés dans notre service, le même jour, le 14 janvier dernier, pour une affection identique, caractérisée par une augmentation considérable de la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures. De plus, chez tous deux, le début connu de la maladie remonte à la même époque; c'est il y a cinq ans que ces deux individus se sont aperçus qu'ils urinaient beaucoup plus abondam-

ment que de coutume, et qu'ils étaient obligés d'ingérer une quantité excessive de boissons.

Le malade qui occupe le numéro 3 de la salle Jenner est âgé de quarante et un ans; il est ébéniste de son état, et son affection semble avoir été beaucoup plus grave durant les deux premières années; il affirme que durant cette période initiale, il rendait chaque jour de quinze à vingt litres d'urine, et sa femme confirme ce renseignement. Ce qui est certain, c'est qu'au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme urinait de six à sept litres par vingt-quatre heures.

L'autre malade, qui occupe le numéro 5 de la même salle, est un porteur aux halles, âgé de trente-huit ans; il y a cinq ans, il a été pris, en parfaite santé, d'une augmentation soudaine de la soif, et il a constaté une augmentation énorme de la quantité d'urine; il ne paraît pas qu'il ait jamais rendu plus de douze litres dans les vingt-quatre heures; à son arrivée ici, il urinait de 7500 à 8000 grammes par jour.

En présence de faits semblables, votre premier soin, Messieurs, doit être de vous mettre en règle avec la question de simulation. Cette précaution est d'autant plus urgente que bon nombre des individus affectés de la sorte sont des sujets nerveux, souvent même entachés d'hystérie. Une surveillance, assez incessante pour être efficace, est impossible, mais vous avez d'autres moyens de vous mettre à l'abri de cette simulation, qui consiste à ajouter de l'eau à l'urine. Faites recueillir l'urine des vingt-quatre heures dans plusieurs vases, et non pas dans un seul; dans chacun des vases, dosez l'urée, vous

devez trouver pour toutes les fractions d'urine des chiffres à peu près pareils, toute réserve faite de l'influence des repas; si au contraire l'urine d'un des bocaux donne un chiffre d'urée de beaucoup inférieur, c'est que de l'eau y a été ajoutée. — Vous pouvez aussi faire uriner une fois le malade en votre présence, et comparer le chiffre d'urée de cette urine avec le chiffre de celle qui est contenue dans les bocaux. — Il semble d'abord qu'on puisse atteindre le but par un autre moyen, bien plus simple, c'est-à-dire par la comparaison de la densité des portions d'urine réparties dans les différents bocaux; ce moyen est illusoire, car si l'individu ajoute dans chaque vase la même quantité d'eau, les densités seront sensiblement les mêmes, et la simulation sera méconnue. Il n'y a d'autre critérium fidèle que la méthode du dosage.

Nous n'avons pas manqué de l'appliquer à plusieurs reprises à l'urine de nos malades, et nous sommes certains de cette première conclusion : la polyurie est réelle.

Ce premier point établi, la seconde question à résoudre est la suivante : l'anomalie quantitative de la diurèse est-elle associée à quelque altération dans la composition de l'urine?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord rechercher le *sucre* et l'*albumine*. Ces produits sont absents dans l'urine de nos deux malades.

Il faut ensuite doser l'*urée* pour les vingt-quatre heures, et cela plusieurs jours de suite. Si le taux quotidien est égal ou inférieur à la moyenne normale, vous pouvez

conclure que la polyurie n'est pas accompagnée d'*azoturie*. — Si le taux est supérieur à la normale d'une quantité qui ne peut être imputée au régime, et si cette anomalie est permanente, vous devez conclure que la polyurie est associée à l'*azoturie*. — Nos deux malades ont une proportion d'urée sous-normale, de 20 à 25 grammes pour vingt-quatre heures, et cela avec l'alimentation maximum du régime hospitalier, alimentation qui est d'ailleurs parfaitement utilisée. Bien loin donc de présenter de l'azoturie, ils ont à un très faible degré de l'*anazoturie;* c'est la *diabète anazoturique* de Vogel.

Ces recherches faites, et aboutissant à la négative, vous n'êtes point encore en droit de conclure qu'il s'agit d'une polyurie simple, ou purement aqueuse; ainsi que je vous l'ai exposé l'an dernier, il faut alors vous mettre en règle avec les *peptones* et avec les *phosphates*, déterminer, en un mot, s'il y a de la *peptonurie* ou de la *phosphaturie*. Lorsque ces recherches sont également négatives, comme c'est le cas chez nos malades, alors vous pouvez admettre, sans crainte d'erreur, une polyurie simple ou aqueuse.

Vous voyez, Messieurs, que le terme polyurie est une expression générique qui embrasse plusieurs espèces. Or, il n'y a pas un très grand nombre d'années que la nécessité de ces distinctions chimiques est établie; pendant bien longtemps, tous les cas de polyurie indépendante de la présence du sucre et de l'albumine, ont été englobés, sans autre caractéristique, sous le chef de diabète insipide, et il résulte de là qu'un grand nombre d'observations anciennes publiées sous ce nom ne peu-

vent être utilisées aujourd'hui, faute de qualification précise relative à l'azoturie, à la peptonurie, à la phosphaturie, et à l'hydrurie simple.

La dénomination de diabète insipide ne dit rien de plus que celle de polyurie, elle exprime une simple anomalie quantitative de la diurèse, avec exclusion de la présence du sucre. Il convient, sans nul doute, de conserver le nom de diabète, comme désignation générique de toutes ces affections qui ont en commun une augmentation de la quantité d'urine, mais il faut pour chaque espèce chimique une qualification précise. Si l'on accepte mon point de vue, il faut abandonner complètement le terme insignifiant de diabète insipide, et diviser le genre DIABÈTE en six espèces, savoir : le diabète *sucré;* — le diabète *albumineux;* — le diabète *azoturique;* — le diabète *peptonurique;* — le diabète *phosphaturique;* — le diabète *aqueux*, qu'il convient de nommer *diabète hydrurique*.

C'est de cette dernière espèce que nous avons actuellement deux exemples sous les yeux.

Examinons maintenant l'étiologie de cette affection, d'abord chez nos deux malades, puis d'une manière générale.

Dans bon nombre de cas, l'étiologie est réduite à signaler des coïncidences; nous sommes plus favorisés, car chez nos deux individus, nous trouvons une influence causale positive, et par un rapprochement qui complète d'une façon imprévue la similitude de ces deux malades, cette influence est la même chez tous les deux, c'est la syphilis.

L'homme du numéro 5 présente dans ses antécédents cinq attaques de rhumatisme articulaire aigu; en 1872, il a été atteint d'une syphilis qui paraît avoir été convenablement traitée, et dont il n'a subi aucune manifestation depuis plus de cinq ans. Or, dans les observations que j'ai consultées, je n'en ai trouvé aucune qui montre une relation de cause à effet, entre le rhumatisme et le diabète hydrurique, tandis que cette relation est plusieurs fois établie pour la syphilis. Par suite, je ne me crois pas autorisé à attacher une grande importance étiologique au rhumatisme, qui occupe une si large place dans les antécédents du malade, et je suis plus porté à incriminer la syphilis. Il importe de noter que cette syphilis n'a pas provoqué le diabète par l'intermédiaire d'une encéphalopathie; cet homme n'a jamais éprouvé le moindre accident cérébral.

Les choses ont marché tout autrement chez le malade du numéro 3. Il a été atteint en 1870 d'une syphilis grave, qui a été irrégulièrement traitée, et, en janvier 1880, il a été pris d'accidents cérébraux de l'ordre le plus sérieux : cela a commencé par une attaque apoplectiforme, à la suite de laquelle il n'est resté aucun symptôme de foyer, mais bien de l'aliénation mentale. Depuis le mois de janvier jusqu'à la fin d'avril, cet homme a constamment déraisonné, et il a été plus d'une fois en proie à une violente agitation. A cette date, une amélioration lente s'est manifestée à la suite d'un traitement antisyphilitique énergique, et le malade est rentré graduellement en possession de lui-même; mais sa mémoire est restée très affaiblie, et il est souvent obligé d'interrompre son travail d'ébéniste, non pas par

faiblesse musculaire, mais parce que son attention s'épuise rapidement.

L'attaque d'encéphalopathie touchait à sa fin, lorsque cet individu a été pris un beau jour d'une soif inextinguible; sa femme nous affirme que pendant les premières semaines, il buvait de 20 à 30 litres par jour; après cette explosion initiale, l'état s'est amélioré, la quantité de boisson et la quantité d'urine se sont longtemps maintenues à 10 litres, plus tard l'intensité de la polyurie a encore diminué, et, comme je vous l'ai dit, lorsque cet homme est entré à l'hôpital, il ne rendait plus que 6 à 7 litres d'urine par jour, buvant en proportion.

La syphilis est ici, plus certainement encore que dans l'autre cas, la cause de l'affection polyurique, et elle l'a provoquée par l'intermédiaire d'une encéphalopathie grave.

Si nous envisageons, d'un point de vue général, l'étiologie du diabète hydrurique, nous devons signaler quant à l'*âge* deux maxima de fréquence, l'un de vingt à quarante ans, l'autre de cinq à quinze. Lorsque la maladie apparaît de bonne heure, de cinq à dix ans, elle est presque toujours héréditaire; elle existait chez l'un des parents, ou bien ceux-ci ont été affectés d'accidents nerveux de nature variable.

Le *sexe* masculin est plus fréquemment atteint; un relevé de Strauss (de Tübingen), qui porte sur 85 cas, comprend 57 hommes et 28 femmes.

L'influence de l'*hérédité* est prouvée par un grand nombre de faits. Lancereaux, dans sa thèse, en a relevé

onze exemples, et il est bien remarquable que cette influence peut se faire sentir sur plusieurs générations. Ainsi Samuel Gee a observé dans une famille la polyurie simple pendant trois générations successives, et un enfant de la quatrième génération naquit avec une polyurie congénitale. — La relation publiée par Orsi, en 1881, n'est pas moins intéressante. Dans une famille composée de neuf personnes, savoir : le père et la mère, quatre fils, deux filles, un oncle maternel, six sont hydruriques, le père et les deux filles sont seuls exempts ; la mère a quarante-huit ans, l'oncle soixante-deux, les fils de quinze à vingt-cinq (1).

Le *tempérament nerveux* est une cause prédisposante incontestable.

Dans les conditions étiologiques proprement dites, les TROUBLES NERVEUX de toute nature occupent la plus large place : les *états pathologiques* constitués par l'hystérie et les accidents hystériformes, les *impressions accidentelles* résultants des émotions vives, des chagrins, des fatigues intellectuelles, de la frayeur, de la crainte d'une opération chirurgicale (comme dans un cas de Trousseau), voilà tout autant de causes, dont l'efficacité a été mainte fois démontrée.

Les *lésions traumatiques* et *non traumatiques* de l'encéphale et du système nerveux forment un groupe de causes, dont l'influence n'est pas moins bien établie ; les coups, les chutes sur le crâne, les traumatismes indirects

(1) S. Gee, *A Contribution to the History of Polydipsia* (*St.-Bartholom. Hosp. Rep.*, 1877).

Orsi, *Curiosità cliniche.*, VI. *Sei individui d'una stessa famiglia colpite da idruria* (*Gazz. med. ital. Lombard.*, 1881).

résultant d'une chute sur les pieds, ont souvent pour conséquence l'affection que nous étudions.

D'un autre côté, les altérations pathologiques les plus diverses des centres nerveux peuvent amener le diabète hydrurique ainsi que les autres espèces de diabète ; la nature de l'altération est ici tout à fait indifférente, c'est une question de siège ; il faut que la lésion retentisse directement ou indirectement sur les régions bulbo-protubérantielles ; cette condition remplie, qu'il s'agisse de tumeurs, de méningites, de ramollissement ou d'hémorrhagie, la polyurie persistante peut survenir. Ainsi dans les cas de Mosler, il s'agit, d'une part, d'un gliosarcome du plancher du quatrième ventricule ; d'autre part, de foyers multiples de ramollissement dans les hémisphères et dans le quatrième ventricule : — dans le cas de Potain, ce sont des foyers hémorrhagiques dans le cervelet et dans son ventricule ; — dans le fait de Roberts, ce sont des tubercules siégeant dans l'hémisphère cérébral gauche et dans le lobe droit du cervelet ; — dans le cas de Liouville il s'agit d'un foyer hémorrhagique dans la protubérance. Vous voyez, par ces exemples, qu'il est inutile de multiplier, la justesse de mon assertion quant à l'influence prédominante du siège de la lésion, abstraction faite de sa nature.

De même que l'ébranlement indirect du cerveau par un choc qui ne porte pas sur le crâne, peut produire la polyurie, aussi bien que le choc direct, de même des lésions pathologiques siégeant en dehors de l'encéphale peuvent avoir, par suite d'une action à distance, le même effet que les lésions du centre nerveux intra-cranien lui-même. Préaux a vu survenir le diabète hydrurique au

cours d'un mal de Pott ; — dans deux cas de Ralfe, il s'agit d'une compression du pneumogastrique par un anévrysme de la crosse de l'aorte ; — dans le fait de Haughton, une tumeur comprimait les grands plexus nerveux de l'abdomen ; — dans une de ses observations, Schroeder a signalé une sciatique ancienne. Tous ces faits sont bien en rapport avec la pathogénie que je viens de vous indiquer, et ils agrandissent singulièrement le domaine étiologique des influences nerveuses.

Un certain nombre d'observations mentionnent les coups et les chutes sur les reins, et sur l'hypochondre droit comme causes de polyurie ; mais ces observations appartiennent à une époque où la distinction chimique des divers diabètes insipides n'était pas faite, et je ne puis vous dire si ces faits doivent être appliqués à l'étiologie du diabète hydrurique.

On a relevé dans les antécédents des hydruriques *diverses conditions pathologiques* auxquelles on pourrait, par suite, assigner une certaine influence causale ; mais le caractère disparate de ces états, et leur rareté ne permettent pas d'y voir autre chose qu'une simple coïncidence ; je vous les signalerai cependant : ce sont l'hypertrophie du foie (Bridge), les tumeurs du même organe (Schroeder), la rougeole (Finlayson), la malaria et le saturnisme (Hugonard) (1).

(1) Bridge, *Diabetes insipidus with Atrophy of optic Nerve and extreme Enlargement of the Liver* (*New-York med. Record*, 1880).
Schroeder, *Casuistische Beiträge zur Lehre von Diabetes insipidus*. Göttingen, 1881.
Finlayson, *Diabetes insipidus with great Enlargement of the Bladder* (*Glasgow med. Journ.*, 1881).
Hugonard, *Obs. d'un cas de diabète insipide* (*Lyon méd.*, 1880).