

Il existe encore, dans cette première période, certains malaises confusément décrits sous le nom de gastralgie et qui seraient mieux classés sous la dénomination d'exigence gastrique. Ces états, le plus souvent méconnus, sont divers. Le plus nettement marqué consiste dans l'intolérance à l'inanition. Ce trouble se manifeste d'une façon toute particulière : il n'existe jamais après le repas, toujours avant. Le diabétique n'est jamais le gastralgique d'après, mais bien d'avant le repas. Il l'est par exagération de l'appétit. Il souffre avant son repas, sans bien se rendre compte de sa souffrance. Il a trop faim. Il est gastralgique par inanition ; il ne peut attendre.

C'est le premier pas vers la boulimie.

On voit des malades dont l'humeur, ordinairement très égale, se modifie progressivement sous l'influence de cette souffrance qui se reproduit toutes les fois qu'ils sont à jeun.

Je rappellerai, à titre purement anecdotique, l'histoire d'un malade qui, tourmenté par ce qu'il appelait la fringale, s'irritait si le repas était en retard de quelques minutes et arrivait à de telles violences, quand son attente se prolongeait, que la famille me le présenta comme menacé d'un trouble de l'esprit. Ce ne fut qu'assez longtemps après que le diagnostic de diabète fut porté et permit d'expliquer, par la souffrance due à l'inanition, les symptômes de gastralgie diabétique qu'on avait été sur le point de prendre, au premier abord, pour des accès de manie périodiques.

Beaucoup se bornent à dire que la faim les presse. Les observateurs plus attentifs se rendent compte de sensations gastriques incommodes survenant aux heures habituelles des repas. Le plus ou moins d'appétit dans le diabète est une affaire de premier ordre.

Les diabétiques sont encore sujets à des perturbations digestives brusques et transitoires. Ils sont analogues, à ce point de vue, aux autres faméliques.

Ce sont les diarrhées soudaines, de courte durée, avec évacuations profuses, se répétant à des intervalles plus ou moins

rapprochés sous formes de crises violentes. Elles viennent après le repas. Il y a une, deux, trois, quatre évacuations et c'est fini. On croit à des crises simples, sans importance et on ne s'en inquiète pas outre mesure. Cet état de choses dure cinq, six mois.

Quelquefois, après une de ces crises de diarrhée, survient une syncope complète. Les crises précédentes n'avaient provoqué que des menaces de syncope.

Ces troubles intestinaux dans le cours du diabète ne varient pas aussi fréquemment que les troubles stomacaux ; ils ne sont cependant pas rares.

Souvent encore les diabétiques sont sujets à des éruptions cutanées. Parmi les éruptions diabétiques, l'eczéma en particulier peut faire soupçonner la maladie.

Chez la femme, les démangeaisons (*pruritus pudendi*) sont assez fréquentes. L'eczéma des grandes et des petites lèvres peut se propager au col. Mais tandis que chez toute autre personne il détermine de l'excitation génitale, chez la femme diabétique il est indolent, il ne provoque pas d'irritation, il ne présente rien de fluxionnaire ; il est éteint.

Les sphacèles partiels initiaux mettent encore sur la piste de la maladie que l'on ignorait. La gangrène existe, grosse comme une tête d'épingle au pied. La chaussette colle, et c'est tout : on croit à une écorchure. Cet état dure six mois sans occasionner de douleur ; puis à côté de ce premier sphacèle en apparaît un autre, puis un autre, et la grande gangrène des extrémités peut se trouver constituée.

Ainsi le diabète est une maladie qui a droit de sélection. Les antécédents ne servent à rien. Ce ne sont pas les individus les plus mous ou les plus fatigués qui sont l'objet de ces diverses manifestations, ce sont les plus vigoureux.

Ces complications sont de nature multiple et ont des sièges divers.

L'urination abondante froissant les vêtements et les chausures met facilement sur la voie du diagnostic.

Quant à la soif impérieuse, insatiable, je n'en parle pas non plus : elle donne assez l'éveil.

Mais il est toute une catégorie de phénomènes qui font partie des symptômes initiaux ou terminaux du diabète : ce sont les troubles du système nerveux.

Je me propose d'en parler dans la prochaine leçon.

En résumé, le diabète a beaucoup plus fourni matière à des dissertations sans fin ou à l'étude des réactions qu'à l'histoire du malade lui-même, qu'à une étude clinique.

Si nous supprimons toutes les théories émises sur le diabète, nous trouvons que, quoi qu'on ait écrit, ce qui a été fait se réduit à très peu de chose. Il n'y a pas d'histoire de diabétique au début honnêtement et sincèrement écrite : de diabète confirmé, oui ; de diabète au début, non. Nous n'assistons le plus souvent qu'à la dernière phase de la maladie, car, celle-ci étant longue, d'une part le malade se fatigue de son médecin, et d'autre part la curiosité de celui-ci, au bout de trois mois, est tout à fait épuisée.

### III

#### Accidents nerveux et pulmonaires du diabète.

Le diabète est une maladie qui a droit de sélection. Ses manifestations sont de nature variée et ont pour siège des organes divers. Parmi elles le système nerveux occupe une place importante.

Les troubles nerveux du diabète peuvent varier jusqu'à l'infini, depuis l'émotilité jusqu'à l'hémiplégie, en passant par les paralysies partielles, les apoplexies passagères, les états syncopaux, l'inertie cérébrale, etc.

Ces accidents peuvent se montrer indifféremment au début, au milieu ou à la fin de la maladie ; et certains d'entre eux, alors que rien ne faisait soupçonner la maladie, éclatent avec une symptomatologie tellement spéciale qu'ils vous mettent

sur la piste. Ils éveillent l'attention parce qu'ils étonnent.

Les faits sont toujours plus instructifs que toute description ; je vais vous rapporter un exemple de diabétique qui entra sournoisement dans la maladie par des accidents syncopaux.

Un grand entrepreneur de bâtisses, âgé de cinquante ans, fort intelligent, fort riche, ayant été toujours parfaitement sobre, ne buvant pas, ne commettant jamais la moindre débauche, vivant dans son ménage, mène une vie active.

Il y a quatre ans, dans la plénitude de la santé, il devient sujet à des accidents de diarrhée intermittente, durant chaque fois trois ou quatre jours. Il consulte son médecin qui lui ordonne quelques médicaments et tout s'arrête. Quelque temps après, il est pris de malaises de gastralgie survenant une demi-heure après le repas. On considère son mal comme une dilatation de l'estomac. Il diminue alors la nourriture, cependant il ne maigrit ni n'engraisse, il continue à bien dormir. Il y a dix-huit mois, descendant un jour dans son jardin, il s'affaisse à la dernière marche et tombe sans connaissance. On le relève, on l'emporte dans la chambre, on le met au lit, il revient à lui, éprouve quelques nausées, mais ne vomit pas. La nuit passée, tout était fini, il n'y paraissait plus et l'incident était pris pour un trouble digestif.

Depuis, dans un assez long espace de temps, il survint deux ou trois crises analogues, mais moins graves. Une autre syncope plus sérieuse, qui dura vingt minutes environ, se produisit encore, mais toujours sans laisser de traces.

Qu'étaient donc ces accidents nerveux chez un homme dont le cœur est parfaitement sain, dont les autres organes ne paraissent point lésés ?

Consulté par ce malade, j'étais au premier abord assez étonné ; pourtant, après avoir causé pendant quelque temps avec lui, j'arrivai à lui demander la thermométrie de ses capacités génitales. Il me répondit alors que depuis quinze mois il avait perdu toute aptitude génésique. J'examinai les urines et je trouvai de 25 à 30 grammes de sucre par litre. Cependant cet homme

n'a jamais eu de soif vive, jamais d'accidents autres que les crises que j'ai rapportées.

Ce fait montre bien combien parfois le diabète est difficile à reconnaître.

Voici un homme pris de phénomènes gastralgiques et de troubles intestinaux qui devient diabétique. Dira-t-on que les premiers accidents ont créé le diabète ou bien que le diabète a créé ces accidents? Mais je ne veux faire ici aucune théorie; je reste sur le terrain anecdotique, historique, du diabète, sans entrer dans les expériences de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie, expériences auxquelles j'ai pris, en leur temps, une certaine part. De même dira-t-on que les phénomènes nerveux sont la cause du diabète parce qu'ils sont survenus au début de la maladie? Mais ne les voit-on pas aussi disparaître à la fin? C'est comme si on prétendait qu'une femme devient phthisique parce que la menstruation s'est arrêtée ou s'est trouvée supprimée, tandis que nous voyons bien des fois, chez les femmes, la phthisie débiter longtemps avant la suppression des menstrues.

Mais, je le répète, je ne veux faire ici aucune théorie; je veux montrer les faits tels qu'ils se passent; des faits réellement cliniques de diabète.

Les maladies du cœur sont rares dans le diabète, aussi les phénomènes syncopaux que l'on rencontre dans cette maladie ne sont-ils pas sous la dépendance du cœur. Il est impossible de trouver la cause de ces défaillances, de ces syncopes.

J'ai vu un autre malade présentant comme premier symptôme du diabète une attaque d'apoplexie qui, au bout de huit ou dix jours, n'avait laissé aucune trace.

Plusieurs mois après, ce même malade eut une nouvelle syncope, avec cette différence qu'il était devenu sujet à des vertiges. C'est là un point très particulier que ce vertige, parce que le diabète ordinairement ne s'accompagne jamais de phénomènes vertigineux. Le vertige appartient plus particulièrement à la symptomatologie de la goutte; et dans les cas de ce

genre on peut être assuré qu'on a affaire à un diabétique goutteux.

Autre fait. Je suis appelé auprès d'un jeune homme de vingt-cinq ans, légitimiste, qui, en allant à Frohsdorf, fut atteint dans des conditions particulières. Ayant entrepris un trajet assez long en chemin de fer, il fut pris en route d'une attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance, coma complet, suivi d'une hémiplegie. Il guérit cependant assez rapidement et put revenir à Paris au bout de peu de temps.

L'année suivante, il entreprit le même voyage et fut repris, dans les mêmes conditions, d'une hémiplegie peu accentuée cette fois. Il présentait en outre à ce moment une large plaque d'anesthésie sur la cuisse, du même côté que l'hémiplegie.

Ces phénomènes anormaux revenant chez ce jeune homme sans causes apparentes ne rentraient pas dans le cadre habituel des affections cérébrales. En examinant le malade, en l'interrogeant sur son sommeil j'appris qu'il se levait la nuit pour uriner, ce qui me conduisit aisément au diagnostic.

J'ai eu encore l'occasion de voir une couturière diabétique qui avait de 25 à 30 grammes de sucre par litre dans les urines. Elle avait été prise subitement d'une monoplégie du bras droit, et ce fut tout. Cette paralysie vint dans la journée, sans prodromes, et ne s'accompagnant d'aucun malaise. Les frictions, l'électrisation, tout échoua. C'est en interrogeant l'estomac que je fis le diagnostic.

Ces accidents nerveux du diabète sont en général mal connus et mal interprétés. Ils présentent cependant presque toujours quelque irrégularité dans leur aspect et dans leur marche qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Quand on voit arriver des accidents cérébraux singuliers, on se demande si le malade n'est pas syphilitique, mais ne découvrant aucune trace de syphilis, on se dit alors: n'est-il pas albuminurique? Il ne l'est pas. Alors il est diabétique.

Dans le diabète, alors même que la maladie est connue, rien

ne peut faire prévoir si des manifestations nerveuses se produiront à un moment donné. Dans l'alcoolisme, l'étude des antécédents et des prédispositions permet de prévoir dans une certaine mesure la localisation cérébrale de l'intoxication; dans la syphilis, les accidents peuvent être reliés à des phénomènes morbides antérieurs oubliés, mais certains. Mais dans la goutte, la prévision de cette localisation devient douteuse, et dans l'albuminurie et le diabète, elle devient impossible. Ces manifestations nerveuses du diabète peuvent se montrer indifféremment à toutes les périodes de la maladie: elles n'ont pas de date.

Cependant les paralysies, la sciatique à forme grave, l'anesthésie et l'hyperesthésie en plaques, sont souvent initiales.

Ces troubles en plaques de la sensibilité ont une grande valeur diagnostique. Toutes les fois que nous observons une douleur en plaque, présternale en outre, nous devons être pleins de méfiance: il s'agit d'angine de poitrine, d'ataxie locomotrice ou de diabète.

Il est remarquable qu'on peut immédiatement s'assurer si elle est diabétique: on n'a qu'à ausculter le cœur. On constatera des intermittences bien différentes des intermittences séniles et rentrant dans la classe des intermittences nerveuses de toutes les cachexies.

On peut dire que l'association d'une douleur en plaque présternale et d'intermittences nerveuses appartient au diabète.

Règle générale: les paralysies d'origine diabétique sont incomplètes et disparaissent souvent rapidement. Elles peuvent porter isolément sur la face ou sur un membre. Elles sont mobiles, fugaces, capables de rechutes.

De même que pour les accidents nerveux, on peut voir survenir dans le cours du diabète des troubles intellectuels.

Ce sont pour la plupart des accidents cérébraux à forme délirante qui ont la plus grande analogie avec ceux des cardiaques et des gouteux. Ils apparaissent dans le cours du diabète, au début, au milieu ou à la fin; et il n'y a pas de différence entre eux, quelle que soit leur date d'apparition. Ils éclatent soudaine-

ment, sans cause apparente, comme un événement considérable. Et il ne faut pas croire qu'ils sont le résultat de la déchéance; car il est remarquable que dans le diabète les antécédents ne constituent aucune prédisposition.

Le délire est nocturne: il ressemble au délire ultime des cardiaques. Tantôt ce sont des hallucinations: le malade voit un individu, il s'adresse à lui, lui tient des propos plus ou moins bizarres. Tantôt le délire survient à propos d'un objet réel. Le malade voit la lune à travers un carreau, il la prend pour une illumination et il part de là pour divaguer avec abondance et loquacité.

On peut rencontrer des troubles nerveux d'un autre ordre chez les diabétiques qui sont devenus albuminuriques. Cette albuminurie, qui n'entraîne pas par elle-même d'accidents particulièrement graves, est cependant un signe sérieux parce qu'elle indique que le diabétique est arrivé à la fin de l'évolution de la maladie.

Cette albuminurie offre d'ailleurs cette particularité qu'elle présente des intermittences et une grande variabilité. Elle peut aussi se compliquer d'accidents urémiques qui n'ont pas la forme des accidents de l'urémie ordinaire, à laquelle ils empruntent cependant certains de ses caractères.

Cette urémie en effet n'est pas mortelle; elle ne s'accompagne pas de phénomènes violents, de convulsions et de coma comme l'urémie albuminurique. Les réactions sont beaucoup moins vives chez le diabétique; il a des vomissements, du coma et, quarante-huit heures après, il est sur pieds. Ce sont les mêmes symptômes que s'il y avait une tumeur cérébrale.

L'urémie albuminurique est aigre, dure; chez le diabétique l'urémie est flasque molle, intellectuelle surtout. Il a de l'inertie d'esprit, des absences, une sorte d'oubli complet de la situation qui n'est pas l'absence de l'épileptique. Quelquefois même il a un peu de délire; toutefois ce délire dure peu de temps; il est momentanément, toujours très calme, se résumant souvent en une conversation avec un interlocuteur imaginaire.

« Ah, maître Jacques, qu'est-ce que vous dites là ! » C'est un délire flâneur, tranquille, pacifique. Cette urémie diabétique est semblable à la folie sénile ; le malade sait qu'il a parlé à un être imaginaire et il ne s'en étonne pas.

Tous ces phénomènes diffèrent par conséquent et des accidents graves, de l'urémie albuminurique ordinaire et des accidents cérébraux que j'ai rapportés dans les exemples au début de cette leçon.

Toutes ces complications digestives et nerveuses peuvent être du début du diabète. On en a profité pour faire des théories sur la pathogénie du diabète.

Tandis que les accidents nerveux peuvent marquer le début ou la fin du diabète, les accidents pulmonaires appartiennent à la période finale.

Ces accidents du diabète sont obscurs et multiples. Ils entrent pour un quart dans les incidents qui traversent sa maladie. Au reste la statistique est difficile à établir, car le diabète n'est pas une maladie hospitalière. C'est ainsi qu'on rencontre la tuberculisation, des bronchites et des broncho-pneumonies d'un ordre particulier.

Ces accidents sont plutôt des conséquences que des complications de la maladie. Le choix de cette expression en apparence assez insignifiante a une portée qui se comprend de reste et sur laquelle je n'insisterai pas.

Sur la tuberculisation je serai bref. Ce sujet qui réclamerait une étude approfondie est presque impossible à traiter dans l'état de confusion où sont actuellement nos connaissances en ce qui concerne la phthisie pulmonaire par tubercule vrai. La phthisie diabétique est extrêmement rare. On a même été jusqu'à avancer qu'il y avait antagonisme entre la phthisie et le diabète ; qu'un tuberculeux ne devient jamais diabétique et réciproquement.

Dickinson, dans les statistiques de Saint-Georges hospital, n'a trouvé qu'un seul tuberculeux dans vingt-sept autopsies de diabétiques, Wilkes affirme n'en avoir jamais vu.

Sur vingt diabétiques, il n'y a guère plus d'un tuberculeux. Ce chiffre, au reste, n'a rien qui puisse étonner, quand on pense que le diabétique n'est plus un homme jeune ; il a ordinairement quarante ou cinquante ans, rarement trente ans. Le diabète, de même que la goutte, est une maladie de l'âge d'involution. Or toute maladie de l'âge d'involution est anti-tuberculeuse : exemple, le cancer ; tandis que la tuberculose se développe chez les gens jeunes. La fille hystérique peut finir par la cachexie tuberculeuse.

L'âge joue donc un rôle de premier ordre non seulement dans le mode d'évolution de la maladie, mais dans ses conséquences. Le pulmonaire diabétique n'est pas un tuberculeux, tandis que les jeunes sujets atteints de glycosurie, ce qui est extrêmement rare, aboutissent presque fatalement à la tuberculose. Et encore faut-il ajouter que cette loi a été discutée et contredite absolument par quelques praticiens, et que sur cette tuberculisation des jeunes sujets, les informations font défaut. Il ne saurait être question chez le diabétique de phthisie aiguë. Je ne parle, bien entendu, que de l'adulte, car chez l'enfant le diabète est rapidement mortel.

Mais ces accidents pulmonaires, que sont-ils ? Car pour n'être pas tuberculeux, ils n'en sont pas moins mortels.

En dehors des tuberculisations lentes, il existe des pneumonies chroniques caséifiables.

Dans ces broncho-pneumonies spéciales, on a constaté, il est vrai, des tubercules, mais qui ont un caractère particulier : ce sont plutôt des sortes de produits tuberculoïdes secondaires. Ils sont disséminés, et donnent rarement des colonies.

Comme dans la broncho-pneumonie chronique, on observe des ramollissements qui marchent rapidement et des cavernes qui se forment sans l'intervention de tubercules.

Au reste, les autopsies sont rares, et il faut renvoyer pour l'étude de ces lésions aux analyses microscopiques. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le tubercule vrai est rare.

Ces lésions évoluent lentement et elles empruntent au diabète

les caractères de la maladie dont elles ne sont que la conséquence. En pathologie, il faut tenir compte du terrain. Si nous empruntons nos comparaisons au sol, ne voyons-nous pas qu'une même plante ne se développe pas de même sur un sol pierreux ou humide ?

Les caractères sont modifiés par le terrain et cependant c'est bien la même plante.

Il en est ainsi pour les maladies ; chacune d'elles imprime un cachet particulier, une physionomie différente à la symptomatologie.

Un albuminurique, à la suite d'un traumatisme sur la face, a une épistaxis. Elle sera abondante et suivie d'anémie. Pourquoi ? parce que cet accident est dominé par la maladie albuminurique. Il en est de même pour la maladie qui nous occupe ; il faut tenir compte, pour les accidents diabétiques, du terrain pathologique. Le diabétique est un homme qui ne crée pas. Chez lui, il n'y a rien d'érectif, toutes ses manifestations vitales sont abaissées, ses réactions inflammatoires sont éteintes. Son cœur est flasque, il bat mollement.

S'il a quelque complication du côté de l'œil, la détermination se fera sur le cristallin, c'est-à-dire sur la partie de l'organe la moins douée de vitalité. Sauf la goutte — cette amante du diabète — qui, chez lui, peut être aiguë, il est incapable d'avoir des douleurs franches de rhumatisme. Aussi, pour le poumon, il n'aura pas de pneumonie franchement inflammatoire, mais bien de la broncho-pneumonie à marche lente, ne procédant pas par poussées aiguës, broncho-pneumonie qui, je le répète, n'implique pas le tubercule, et qui peut guérir quelquefois.

L'affection pulmonaire ne survient que quand la santé du diabétique est altérée depuis longtemps. Il baisse avant l'affection pulmonaire ; il baisse par l'affection pulmonaire. Auparavant il a eu déjà de la bronchite, une toux incommode, sans fièvre, qui a duré cinq, six, sept mois.

Il n'y a pas d'affection pulmonaire diabétique sans bronchite. Dans la pneumonie du diabète il y a toujours de la bronchite. Il

peut y avoir des bronchites sans pneumonie, il ne peut pas y avoir de pneumonie sans bronchite.

Il y a deux espèces de bronchites diabétiques : l'une partielle, localisée en un point dont elle ne bougera plus, c'est l'espèce à foyer fixe ; l'autre partielle également, ne se diffusant pas, mais se déplaçant, c'est l'espèce à foyer mobile. La première se caractérise par de petits râles, secs, fins, n'occupant jamais le sommet du poumon et pouvant être confondus avec de la pleurésie sèche. La seconde se caractérise par des râles humides, sibilants, qui ne sont pas lancés dans l'oreille ; on dirait au contraire qu'ils éclatent au loin. Ils ne s'étendent pas, ils ne se diffusent pas, ils n'occupent jamais qu'une partie du poumon, mais ils sont mobilisables comme dans l'albuminurie. En même temps, la respiration est peu pénétrante. Cette bronchite va, vient, dure quatre, cinq, six mois ; elle n'est pas inquiétante et est inoffensive dans ses conséquences.

La première espèce est-elle susceptible de se transformer en la seconde ? Non, pas plus que la seconde n'a de tendance à se transformer en bronchite de la première espèce. Mais quand la bronchite de la seconde espèce vient à s'immobiliser en un de ses foyers, c'est une bronchite d'un autre ordre. Elle ne se fixe pas à la base comme dans la bronchite de la première espèce, ou comme chez les cardiaques ; elle ne se fixe pas au sommet, comme chez les tuberculeux : son siège de prédilection est dans la région moyenne du poumon, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, au niveau de la crête de l'omoplate.

La topographie dans les accidents pulmonaires du diabète est une question capitale. La bronchite du premier type n'est pas dangereuse, cependant elle n'est pas préservatrice de la seconde. Tant que les bronchites de la deuxième espèce n'ont pas de tendance à s'immobiliser, elles ne sont pas graves non plus. Mais quand ces bronchites vagabondes reviennent toujours au gîte, c'est mauvais signe. La bronchite devenue fixe, immobilisée en un foyer, ne disparaîtra plus. Elle devient broncho-pneumonie.