

Cette dernière peut être bénigne ou grave; elle n'implique pas le tubercule, bien qu'elle ait ordinairement l'aspect tuberculeux, et peut quelquefois guérir. Sa marche est torpide et apyrétique, et cette apyrexie est encore en contradiction avec la tuberculose primitive au début. La déchéance de la santé est considérable.

Elle se manifeste par la perte des forces, l'amaigrissement, l'expectoration, l'anorexie. C'est cette phthisie générale du diabétique qui marque le niveau de l'état pulmonaire, comme du reste dans quelques cas de tuberculose vraie, l'étisie générale marque le degré de l'altération du poumon. Les hémoptysies sont nulles ou insignifiantes. Le diagnostic des cavernes est douteux. On ne remarque pas de pleurésies. Comme je vous le disais, cette broncho-pneumonie peut guérir quelquefois. Morel, Falret ont pu enregistrer des faits de guérison inattendue. J'en ai également par devers moi.

Tant que l'on ne voit pas survenir l'anorexie définitive et la disparition de la polydipsie et de la polyurie, il ne faut pas désespérer. Il faut baser son pronostic plutôt sur l'état général que sur l'état local.

En résumé la bronchite diabétique est une bronchite à foyers, arrivant facilement à la broncho-pneumonie, marchant d'autres fois à la tuberculisation. Dans ce dernier cas la tuberculose évolue lentement sans fièvre, avec peu de dyspnée.

La bronchite est un accident de la fin. Cependant elle peut survenir après deux ou trois ans de diabète. Cela ne prouve qu'une chose: c'est que la maladie a marché vite.

L'entourage apporte une attention extrême à la bronchite du diabétique. On sent que ce n'est pas un incident vulgaire, un rhume ordinaire. On prend peur. Le diabétique, qui était insouciant, devient timoré. Il se renferme chez lui et il baisse ainsi le niveau de sa santé au lieu de donner de la vivacité à son rhume trop torpide. Alors il décline, non par la bronchite, mais par le régime, car la vie du diabétique doit être extérieure.

## IV

## De quelques formes du diabète.

Au point de vue clinique, rien de plus variable que l'aspect sous lequel se présentent les diabétiques.

Il y a des diabétiques maigres et des diabétiques gras; la maladie pour chacun d'eux présente une allure différente, et cette allure persistera indéfiniment quelle que soit la durée de l'affection. Le plus souvent ce sont des femmes qui sont atteintes du diabète maigre; au contraire, les hommes sont généralement atteints du diabète gras.

Une variété de diabète plus importante résulte de la quantité plus ou moins grande de sucre que contient l'urine; on peut sous ce rapport admettre de grands et de petits diabétiques. Les grands diabétiques sont ceux dont l'urine contient habituellement 30 grammes par litre et au-delà; les petits diabétiques sont ceux chez lesquels la quantité de sucre n'excède pas 20 grammes. Il va sans dire qu'entre ces deux points existe une zone neutre, souvent envahie dans les deux cas.

Une question qui se pose au sujet de ces variétés, c'est de savoir si ces deux états sont la conséquence l'un de l'autre. Voici un homme qui a du sucre dans l'urine; il en rend 8, 10 grammes par litre; va-t-il devenir de plus en plus diabétique, et arrivera-t-il à 50, 60 grammes, chiffre que l'on rencontre assez fréquemment chez les grands diabétiques? autrement dit, la maladie de cet homme est-elle à l'état rudimentaire, et doit-on craindre qu'elle ira en progressant par la suite? On pourrait le croire, *a priori*, mais il n'en est rien. Les petits diabétiques ne deviennent pas de grands diabétiques; un petit diabétique reste tel pendant toute sa vie, et dès le premier jour qu'il est entré dans la maladie, il a donné son classement.

C'est là, on le comprend, un point très important, puisqu'il permet bien souvent de dissiper les terreurs des malades, qui

craignent de voir leur maladie s'accroître de jour en jour. Il est bon aussi de connaître cette particularité au point de vue thérapeutique, ne fût-ce que pour ne pas s'abuser sur les résultats obtenus à l'aide du traitement. Rien de plus facile en effet, dans les cas de ce genre, de se figurer que c'est à telle ou telle intervention que l'on doit de voir un diabète rester stationnaire; pour se convaincre de l'erreur dans laquelle on se trouve, il suffit de remarquer qu'autant il est facile d'obtenir que la quantité de sucre ne dépasse pas le chiffre de 10 à 12 grammes, autant il est difficile de faire baisser ce chiffre.

Les fluctuations dans la quantité de sucre ne se remarquent guère qu'à la suite de circonstances accidentelles.

Un autre type de diabète est celui qu'on peut appeler *diabète immobile*. Les diabétiques de cette catégorie excrètent 50 ou 60 grammes de sucre, et cela quoi qu'ils fassent, quel que soit le genre de vie qu'ils mènent. Toutefois, cette immobilité est relative à la quantité de sucre; elle n'est plus vraie pour les autres symptômes de la maladie et, en particulier, pour la soif, pour la quantité d'urine rendue, etc.

C'est là encore un fait clinique de la plus haute importance; il montre qu'il y a des diabétiques fixes, qui sont sujets à de grandes variations dans l'état de leur santé, sans qu'il y ait rapport entre cet état variable et la quantité de sucre contenue dans l'urine. On ne peut donc pas prendre la quantité de sucre excrétée comme mesure de la santé plus ou moins florissante du diabétique. Tel sujet ne varie pas dans la quantité de sucre qu'il rend, mais il varie considérablement dans l'état de sa santé générale; c'est là un fait qui domine l'histoire de la maladie: on n'est pas malade en proportion de la quantité de sucre qu'on excrète.

Une autre question se pose au sujet de ces différentes variétés de diabétiques; c'est celle de savoir quelle est la plus favorable. Vaut-il mieux être diabétique, rendant 10, 15, 20 grammes, ou être un grand diabétique?

Il semblerait facile de résoudre cette question par la logique,

de dire que les grands diabétiques sont bien plus sérieusement atteints que les petits; il n'en est rien cependant. Sans prétendre qu'il est toujours préférable de se trouver dans la catégorie des gens qui rendent 50 ou 60 grammes de sucre, je pense que bien souvent il est moins avantageux qu'on ne pourrait le supposer de se trouver parmi ceux qui urinent seulement 10 à 15 grammes.

Cette question se pose pour les goutteux comme pour les diabétiques, et peut être résolue d'une manière analogue. Il y a de petits goutteux et de grands goutteux. Le grand goutteux est celui qui a des crises douloureuses épouvantables qui durent six semaines, pendant lesquelles, certes, il est plus à plaindre que le petit goutteux qui n'a pas de crises semblables, mais sa santé générale est bien souvent préférable, pendant l'intervalle des crises, à celle du petit goutteux. Ainsi, si l'on était obligé de choisir entre les deux formes de la maladie, — alternative qui n'aurait d'ailleurs rien de bien agréable, — on pourrait se trouver dans l'embarras.

C'est la même chose pour le diabète; je n'oserais pas dire pourtant d'une façon absolue qu'il vaut mieux être un petit diabétique qu'un grand diabétique. La grosse affaire, le grand avantage du diabétique à 60 grammes, c'est qu'il reste plus souvent immobile dans sa maladie que le diabétique à 10 ou 12 grammes. C'est surtout pour lui que la quantité de sucre excrétée ne donne pas la mesure exacte de son malaise.

A côté de ces diabétiques persistants, il est une autre catégorie qui appartient au genre intermittent et au genre rémittent.

Les rémittents sont ceux qui, même dans les meilleures périodes de leur maladie, conservent toujours une certaine quantité, si petite soit-elle, de sucre dans leur urine. Les intermittents sont ceux qui peuvent pendant certaines périodes ne contenir aucune trace de sucre dans leur urine. Ces périodes, d'une durée souvent fort longue, sont suivies de la réapparition du sucre à un moment donné, sans que rien puisse permettre de se rendre compte de cette rechute. Il va sans dire que de ces

catégories nous éliminons tous les malades dont la rémittence ou l'intermittence peut être attribuée au mode de traitement employé; il s'agit seulement des intermittences ou des rémittences qui paraissent spontanées.

Pouvons-nous nous rendre compte des conditions diverses qui président à ces variations dans la composition de l'urine? Pouvons-nous savoir pourquoi, sous quelle influence, un diabétique qui rend 15, 20 grammes de sucre, cessera tout à coup d'en rendre une parcelle quelconque, et cela pendant deux, trois mois, et même plus? Il n'est pas besoin d'insister longtemps pour montrer l'intérêt qu'il y aurait pour le médecin à résoudre un pareil problème. Malheureusement, nous sommes obligés d'avouer notre ignorance à cet endroit.

On a supposé qu'il fallait attribuer une grande influence dans ces modifications favorables, au changement de climat, et l'on a supposé que dans presque tous les cas, les diabétiques qui se rendent dans des climats chauds constatent une suspension ou tout au moins une amélioration dans l'état de leurs urines. Je ne sais pas si on a quelques observations exactement prises, qui puissent donner raison à cette hypothèse; mais pour mon compte je n'en ai aucun exemple personnel. Je n'ai jamais vu un diabétique cesser d'uriner du sucre par le seul fait d'un changement de lieu, à moins cependant qu'en changeant de lieu il n'ait changé absolument ses conditions d'existence. Dans ces cas, c'est à ce changement dans les conditions d'existence, bien plus qu'au voyage en lui-même, qu'il faut attribuer les modifications survenues dans son état.

Est-ce à dire pour cela qu'il faut s'opposer à ces changements de lieu? Évidemment non. Il ne s'agit là que de la quantité de sucre rendue, et cette quantité, avons-nous dit, n'indique nullement l'état de la maladie. Il est certain, en effet, que le changement de milieu peut avoir les influences les plus favorables sur la santé générale du diabétique, il peut retarder la cachexie en modifiant, par exemple, les gastralgies, qui aggravent si souvent l'état des diabétiques. J'ai vu de ces gastralgies

disparaître comme par enchantement par le seul fait que le malade s'était déplacé.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, un phénomène exclusivement réservé au diabète, on le rencontre dans une foule d'autres maladies. Il est d'observation courante, par exemple, de voir des enfants atteints de coqueluche, arrivés à la dernière période de leur maladie, qui cessent d'avoir leurs quintes de toux par le seul fait de leur déplacement. Il n'est pas besoin, et ce n'est pas là un phénomène de médiocre intérêt, que le déplacement soit considérable; il suffit quelquefois de transporter ces malades de Paris à Argenteuil.

J'ai connu une dame qui était sujette à des attaques d'urticaire très pénibles, lorsqu'elle était à Paris. Ces accidents lui étaient venus une première fois après avoir mangé des moules, et depuis il lui était impossible de prendre le moindre crustacé, le plus petit poisson de mer, sans que les accidents fort ennuyeux de l'urticaire ne vinsent à se reproduire immédiatement. Mais si elle quittait Paris, si elle allait à Marseille, par exemple, tous ces inconvénients disparaissaient; la première chose qu'elle faisait en arrivant dans cette ville était d'aller manger une bouillabaisse, ce qui n'est certainement pas un plat à l'usage des personnes sujettes à avoir de l'urticaire. Elle ne s'en sentait cependant nullement incommodée. Ainsi, voilà une personne qui pouvait sans inconvénient manger à Marseille des choses qui lui étaient absolument interdites à Paris. Les mêmes phénomènes peuvent se produire pour les diabétiques; l'état général s'en ressent de la manière la plus favorable, et cependant la quantité de sucre rendue par les urines ne varie pas.

Il va sans dire que le changement de lieu n'est pas la seule cause qui ait été invoquée pour expliquer ces intermittences; on a voulu y voir la conséquence du repos cérébral, des bains de mer, etc., tout cela ne signifie rien du tout, ces circonstances n'ont rien de suspensif pour le diabétique, et le mieux est d'avouer notre ignorance.

Il va sans dire que les formes de diabète intermittent sont souvent très difficiles à diagnostiquer et souvent embarrassantes pour le médecin. On croit reconnaître chez un malade quelques-uns des signes du diabète; heureux de montrer sa perspicacité à son client, le médecin l'engage à faire analyser son urine, bien persuadé que le résultat sera fort positif, et il est tout étonné de constater qu'il est négatif. L'étonnement sera moindre si l'on est prévenu de ce qui vient d'être dit, et si l'on a constaté des signes positifs du diabète, on ne devra pas hésiter à affirmer que le sucre apparaîtra un jour ou l'autre.

Les diabétiques rémittents, s'ils sont plus faciles à reconnaître, sont bien plus difficiles à suivre, parce que la quantité de sucre oscille chez eux, et dans des proportions considérables, sous la moindre influence. Telle ou telle alimentation suffit pour faire varier de 1 à 20 ou 25 la quantité de sucre contenue, et cela en quelques heures. Vous donnez à de semblables malades un morceau de sucre, il semble qu'il coule immédiatement dans les urines; il suffit d'un rien. Tel jour, ils ont mangé un gâteau, et l'analyse de leur urine révèle le lendemain une proportion relativement considérable de sucre; le surlendemain, s'il n'y a pas eu de gâteau, la proportion du sucre est notablement abaissée.

Les malades de ce genre montrent combien il faut peu tenir compte des courbes saccharimétriques que certains médecins établissent avec le plus grand soin pour suivre en quelque sorte pas à pas la maladie. On se donne beaucoup de mal pour établir ces courbes qui le plus souvent sont inexactes et qui, lorsqu'elles sont conformes, ne signifient le plus souvent pas grand'chose.

Toutefois, il est bon de savoir qu'en général les malades qui présentent à un haut degré ces rémittences dans leur glycosurie sont généralement les moins gravement atteints. Comme les autres, ils arriveront, il est vrai, à la période de cachexie et succomberont, mais pendant toute leur vie ils auront été à l'abri des nombreux accidents qui menacent les autres diabétiques et abrègent le plus souvent leur vie.

De tout ce qui précède, en somme, ce qu'il faut surtout retenir, c'est que si la quantité de sucre contenue dans l'urine est un point important à connaître dans l'étude du diabète, *il ne faut pas juger de la gravité d'un diabète d'après la quantité de sucre contenue dans l'urine*, et les malades diabétiques qui ont pris l'habitude de faire analyser souvent leur urine, de se tourmenter ou de se réjouir, suivant le résultat de cette analyse, raisonnent d'après des données fausses. Il en est du diabète comme de beaucoup d'autres maladies; ce n'est jamais par l'étude, même approfondie, de l'un de ses symptômes, que l'on peut faire son histoire. Il n'y a pas plus de motif d'écrire l'histoire des diabétiques avec la quantité journalière de sucre rendue par eux, qu'il n'y aurait de raison de décrire les maladies fébriles, en se bornant à indiquer les variations de température qu'elles présentent.

## V

## Cachexie diabétique. Hygiène.

Les observations des diabétiques sont prises souvent dans des conditions déterminées, à des points de vue peu cliniques. Elles sont l'œuvre de chimistes ou de physiologistes purs plutôt que de médecins. On a cherché le sucre pendant un certain temps, on l'a dosé avec soin, on a noté ses moindres variations, mais de l'état général du malade, de ses forces, de son appétit, de son amaigrissement, on ne s'est que médiocrement ou nullement préoccupé. Devant la persistance de la maladie, on s'est même lassé des analyses et on a cessé d'observer le diabétique.

Le médecin qui ne s'attache pas au seul symptôme glycosurie doit jusqu'au bout poursuivre l'observation. Le diabétique, en effet, est un condamné à mort. S'il ne succombe pas à une affection intermittente, il mourra plus ou moins tard de son diabète.

Ce qu'il faut donc avoir avant tout en vue, c'est non pas la guérison complète, mais la terminaison qu'il s'agit de reculer le plus possible. Cette terminaison, c'est la cachexie qui l'annonce.

Floride dans les premiers temps, le diabétique deviendra cachectique avant sa mort, comme le cancéreux, comme le cardiaque. Aussi est-il important de savoir si le diabétique va rester floride un temps plus ou moins long, ou si, au contraire, il est arrivé ou va arriver à la cachexie.

La cachexie diabétique peut s'annoncer de différentes façons : tantôt par de la fatigue, de la faiblesse, de l'amaigrissement, par un abaissement de résistance ; tantôt, au contraire, par l'atténuation, la diminution des symptômes ordinaires. En effet, les urines renferment moins de sucre, et même quelquefois plus du tout, plus de polyurie ; la faim, la soif ont diminué. Il y a une amélioration trompeuse. Je vous en citerai un exemple.

Un diabétique va passer les hivers en Algérie ou dans le Midi. Une année, il se rend, ce qu'il avait déjà fait, à Alger, et à son arrivée on constate 50 à 60 grammes de sucre par vingt-quatre heures, sa quantité habituelle.

Quelque temps après le médecin voyant baisser la faim, la soif et surtout le sucre, crut à une amélioration. Mais à cette apparence d'amélioration succédèrent bientôt des étourdissements, des éblouissements, véritable urémie diabétique, une adynamie qui ne cessa point et retarda de trois mois son retour en France.

Ainsi dans ce cas l'entrée dans la cachexie fut manifestement annoncée par une atténuation de certains signes.

Cette entrée dans la cachexie diabétique est surtout sensible chez la femme. Elle a un aspect particulier. Le premier symptôme est l'anorexie et une anorexie complète qui succède rapidement et brusquement à un appétit formidable. Le sujet ne veut plus et ne peut plus manger ; son urine diminue, le sucre diminue. La femme prend un caractère hargneux, quinquex, et cela, non pas à cause de la maladie, qui n'est pas douloureuse. Elle décline, s'épuise et épuise son entourage ; elle présente de jour en jour une résistance moindre, elle baisse progressivement et constamment ; elle ne peut bientôt plus se tenir debout, ni même se lever, puis elle s'éteint. Elle meurt tout doucement ; on ne sait de quoi.

C'est donc par la phase cachectique que le diabète finit, et j'ai montré dans la précédente leçon que certains types de diabétiques aboutissaient plus vite que d'autres à cette cachexie. Tant qu'il est en dehors de cette période, le diabétique est comparable au mitral qui ne s'aperçoit pas de son cœur jusqu'à ce qu'il soit pris d'une attaque d'asystolie, mais qui, lui aussi, voit sa cachexie cardiaque s'accroître à chaque accès.

Il faut donc avant tout préserver le diabétique de la cachexie sans laquelle il peut vivre fort longtemps. Il faut s'attaquer aux premiers symptômes.

Arrive alors la question de la médication. L'opinion de notre temps est plus favorable à la pathologie qu'à la thérapeutique, et tout médecin qui fait du traitement l'objectif dominant de ses recherches est bien près de se résoudre à un sacrifice.

La médication se compose comme toujours de deux éléments : la thérapeutique et l'hygiène. C'est cette dernière qui doit être le pivot de la médication.

Dans le diabète le praticien a encore plus besoin que le malade de ne jamais s'endormir et d'exercer la plus assidue surveillance ; on se fatigue vite des maladies chroniques. Le jour où le médecin cesse d'exiger, le malade abandonne la partie, et tous deux entrent dans la voie si compromettante des à peu près. La mesure journalière des quantités d'urine évacuées, celle des proportions de sucre rendues, entretiennent la régularité et avec elle la volonté, cet élément puissant du succès.

Il y a suivant les cas deux hygiènes : celle du diabétique floride et celle du diabétique cachectique. La première est facile, le malade se porte encore bien ; la seconde est difficile.

Trois questions sont en litige : ce sont l'alimentation ; la boisson ; l'exercice.

L'exercice, pour le professeur Bouchardat, a une importance capitale : « C'est par l'exercice de tous les jours, de toute la vie, dit-il, que le diabétique peut non seulement guérir, mais gagner des forces, posséder une santé plus résistante, plus de jeunesse qu'avant sa maladie. »