

la glycosurie, et comme le mot diabète correspondait à une entité clinique très nette, son interprétation ne pouvait prêter au doute. Avec l'introduction de la notion de la glycosurie et avec la connaissance du fait de l'apparition du sucre dans certains états transitoires de l'organisme ainsi que dans certains états permanents, il est évident qu'on ne pourrait identifier des choses si différentes : d'une part, une entité clinique, le diabète; d'autre part, un fait chimico-pathologique, la glycosurie.

Mais ce qu'on s'est plu à oublier, ou ce dont on n'a pas voulu tenir compte, c'est que, parmi les diabètes, il y a un diabète glycosurique, et que, pour celui-ci, ce qui constituait la différenciation tranchée avec la glycosurie n'était nullement dû à l'essence même des choses, mais à leur durée.

Pour qu'il y ait glycosurie, il faut évidemment, quelle que soit l'hypothèse glycogénique, qu'on admette que la glycose ne soit pas retenue dans l'organisme, soit par excès de production, soit par défaut d'assimilation, la production étant la même. Or, dans le diabète glycosurique, quelle que soit encore la théorie glycogénique primordiale que l'on admette, le processus final est nécessairement le même : la glycose s'échappe parce qu'elle est produite en excès ou bien parce que, la production étant constante, la consommation en est diminuée. Dans les deux cas, le processus est le même : seulement, dans l'un, il est définitif; dans l'autre, il est transitoire. On pourrait donc presque dire que la glycosurie est un diabète glycosurique abortif; mais on peut certainement dire que la glycosurie persistante est le diabète glycosurique, qu'il s'y joigne ou qu'il ne s'y joigne pas d'autres signes.

La distinction absolue entre glycosurie et diabète glycosurique ne serait légitime que si on parvenait à découvrir une lésion organique quelconque appartenant au diabète et manquant à la glycosurie.

Ceci dit, nos cas ne seront pas difficiles à interpréter. Nous nous trouvons en présence de diabètes intermittents. Parmi ceux-ci il y en a qui présentent une glycosurie intermittente avec un état général constant. On peut expliquer ces cas par l'hypothèse que l'organisme est pris d'un second accès de diabète avant qu'il ne soit remis des troubles provenant du premier accès. Il y a de la sorte des accès subintrants de diabète. Dans tous nos autres cas le diabète glycosurique est intermittent franc.

Si nous admettons l'hypothèse pathogénique, brillamment défendue par M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition, la présence si fréquente de l'albumine et des pigments biliaires sera facile à comprendre. Il y a diminution dans l'assimilation des albuminoïdes, d'une part, et non-assimilation des pigments biliaires résorbés dans l'intestin, d'autre part.

Donc pour conclure :

- 1<sup>o</sup> Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique;
- 2<sup>o</sup> La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux;
- 3<sup>o</sup> Le diabète glycosurique sénile se présente ordinairement sous forme d'accès diabétiques intermittents ou subintrants;
- 4<sup>o</sup> Le diabète sénile se montre fréquemment accompagné d'autres troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires);