

ment et laisse, sur toutes les surfaces touchées, une couche pulvérulente d'acide picrique. La peau saine n'est pas sensiblement modifiée, tandis que l'acide picrique semble se combiner avec le derme macéré, qui durcit presque immédiatement, se parchemine et prend une teinte acajou bien apparente le lendemain. L'effet obtenu est presque immédiat et se traduit par la disparition de la douleur, de l'odeur et de la sueur elle-même. Si bien que les hommes traités, dont beaucoup avaient peine à supporter le contact de leurs chaussures, peuvent, peu de temps après, reprendre leur place dans les rangs et faire les plus longues marches sans autre précaution.

Rien n'a semblé contre-indiquer l'emploi de l'acide picrique. Son action est d'autant plus prompte et plus efficace que l'altération de l'épiderme est plus prononcée. Son application ne provoque une légère sensation de brûlure que là où l'épiderme est usé au point de laisser les papilles à nu et cette douleur, due au contact de l'alcool, et non de l'acide picrique, cesse dès que l'alcool est évaporé et fait place à une véritable insensibilisation qui permet au malade de se chausser aussitôt. Le résultat est absolument parfait, si, après le badigeonnage, on saupoudre le pied ou la chaussette de quelques pincées de poudre de bismuth ou simplement de talc.

Le même effet aussi rapide se produit sur les excoriations superficielles récentes qui n'ont pas encore suppuré et sur les ampoules.

Après avoir fait nettoyer les pieds, en enlevant la sueur et la poussière à l'aide d'un linge mouillé, on passe, avec un pinceau formé d'une feuille de coton enroulée à l'extrémité d'une baguette, une ou deux couches de la solution sur la face plantaire et dans les espaces interdigitaux, en insistant davantage là où la peau est plus amincie, on laisse sécher sans essuyer et l'homme se chausse.

E. ST-JACQUES.

La Nutrition chez les Diabétiques — Classification des Diabètes Sucrés

MM. Marcel et Henri Labbé ont fait à la Société médicale des hôpitaux, la communication suivante :

“ L'étude du bilan de la nutrition, basée sur la connaissance de l'ingestion alimentaire et des excréctions urinaires et fécales, permet de distinguer trois catégories de diabètes :

“ 1. Des diabètes sans dénutrition, qui correspondent aux diabètes gras ou arthritiques ; l'équilibre azoté est conservé ; la glycosurie, souvent modérée, est d'origine alimentaire hydrocarbonée : le sujet a une tolérance pour une certaine quantité d'hydrates de carbone ; la glycosurie ne se produit que si l'ingestion alimentaire dépasse cette tolérance ; on peut faire varier à volonté la glycosurie par le régime.

“ 2. Des diabètes avec dénutrition, qui correspondent aux diabètes maigres ou pancréatiques des classiques. L'équilibre azoté est rompu ; le malade détruit les albumines de ses tissus et a de l'hyperazoturie ; la glycosurie, toujours abondante, est d'origine à la fois alimentaire et organique ; elle dérive de la transformation des hydrocarbures, des albumines et des graisses, ainsi que le prouve l'étude de la nutrition. Le malade n'a aucune tolérance pour les hydrates de carbone ; la glycosurie est permanente et ne cesse point par le régime.

“ 3. Des diabètes avec dénutrition modérée. Ce sont des cas intermédiaires, où la glycosurie ne cesse pas, malgré la suppression des hydrates de carbone du régime, mais reste modérée. L'équilibre azoté est rompu ; la glycosurie est d'origine alimentaire hydrocarbonée et d'origine organique albumineuse.

“ Cette classification répond à tous les cas de diabète ; elle est en rapport avec le pronostic, l'évolution et le traitement. Dans les diabètes sans dénutrition relativement bénins, le danger vient de l'hyperglycémie ; le traitement consiste à réduire l'ingestion hydrocarbonée au-dessous de la tolérance. Dans les diabètes avec dénutrition, toujours graves, le danger vient surtout de l'acidémie et l'hyperglycémie passe au second plan ; le régime doit comporter encore une certaine quantité d'hydrates de carbone.”