

nant 2 litres par vingt-quatre heures, ayant toujours un peu soif, quelques maux de reins, un peu de faiblesse générale, et surtout un état nerveux marqué avec changement de caractère devenu irritable. Puis les symptômes s'accroissent progressivement, et rapidement la maladie s'aggrave au point que, le 1^{er} juillet 1900, lorsque Mme T..., alors âgée de "VINGT-DEUX ANS", revint à Vichy, l'état général était très mauvais et les symptômes diabétiques extrêmement intenses depuis trois mois ; amaigrissement de 16 kilogrammes, sécheresse de la peau, polyurie, pollakiurie, diminution considérable de l'acuité visuelle avec fatigue rapide, apathie cérébrale, perte de la mémoire, insomnie, douleurs diffuses au niveau des jambes et des pieds, aux reins, à la tête, réflexes rotuliens faibles, cœur rapide, pouls petit. Urine, 6 litres 1-2 par vingt-quatre heures, 37 grammes de sucre par litre (soit 240 grammes par jour), pas d'albumine, acétone à dose assez forte. Le pronostic était des plus mauvais et la terminaison paraissait prochaine.

La cure de Vichy n'a pu qu'atténuer les symptômes. Quinze jours après son retour chez elle, la malade urinait 7 litres avec 166 gr. 50 de sucre par vingt-quatre heures et beaucoup d'acétone. Deux mois plus tard, elle mourait dans le coma en vingt-quatre heures, et son haleine répandait une forte odeur de pomme-reinette.

Avions-nous affaire, dans ce cas, à un diabète infectieux ? ou bien à un diabète pancréatique consécutif à une lésion du pancréas par infection canaliculaire partie de l'intestin d'un typhique ? Il est impossible de nous prononcer catégoriquement, l'autopsie n'ayant pas été faite ; nous nous rangeons cependant à la seconde opinion, bien que le diabète ait apparu un temps très court après la fièvre typhoïde.

Marcel Labbé, s'appuyant sur deux observations, typiques d'après lui, et rappelant les arguments donnés dans des travaux antérieurs, soutient l'origine infectieuse du diabète. Divers auteurs ont, en effet, montré que la glycosurie alimentaire se produit assez facilement au cours de la convalescence des maladies aiguës. D'autres ont signalé l'apparition du diabète, ou son aggravation, à la suite de diverses maladies infectieuses, (typhus, choléra, fièvre typhoïde, coqueluche, rougeole, scarlatine, influenza, etc.).

Aussi M. Labbé conclut que les infections paraissent bien apporter un trouble dans le fonctionnement de l'appareil glycoso-régulateur.

Cependant il reconnaît lui-même que cette étiologie n'a rien d'absolu, car l'infection a pu avoir pour rôle de faire apparaître le diabète chez des malades à terrain préparé (arthritiques et obèses dans ses deux observations).

D'autre part, en recherchant par quel mécanisme agit l'infection, et quels organes elle atteint, il résume les travaux et expériences de Charrin et Carnot sur les infections ascendantes des canaux pancréatiques, et nous amène ainsi à notre deuxième hypothèse : lésion infectieuse du pancréas d'origine canaliculaire et donnant le diabète.

En résumé l'infection pancréatique ascendante d'ori-

gine canaliculaire est chose bien établie, et reconnaît pour cause principale une infection intestinale. Elle peut se réaliser au cours de la fièvre typhoïde au même titre que l'infection ascendante des voies biliaires démontrée par les angiocholites et cholécystites typhiques, la lithiase biliaire post-typhique.

Cette infection ascendante aboutit à une pancréatite. Gilbert et Lereboullet ont montré que celle-ci, le plus souvent, est chronique et détermine à la longue une sclérose pancréatique, cause du diabète.

Cependant, comme le prouve l'expérience de Charrin et Carnot, qui trouvèrent, dès le treizième jour, du sucre dans l'urine de leur chien avec des symptômes diabétiques, elle peut, dans certains cas, être aiguë ou subaiguë, et déterminer rapidement une lésion du pancréas capable de donner un diabète précoce.

C'est probablement ce qui s'est passé dans le cas de notre malade ; nous pensons qu'elle a eu une infection pancréatique ascendante d'origine typhique, qui a été la cause d'un diabète précoce, grave, à marche rapide dont les symptômes étaient ceux du diabète pancréatique de Lancereaux.

C'est bien toujours un diabète infectieux, si l'on veut ainsi parler ; mais c'est une infection qui prend un caractère particulier par le fait qu'elle frappe le pancréas, car c'est par cette localisation qu'elle produit le diabète.

(P. Vauthey, de Vichy, in *Jnal. des Med. Praticiens*, de Lyon. Avril 1908).

Thérapeutique minima de la fièvre typhoïde

Par Mongour (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 août 1908)

L'auteur, depuis sa communication (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 novembre 1901) concernant ce sujet, a persisté à soigner ses typhiques en supprimant toute intervention thérapeutique. Pas d'antithermiques, pas de balnéation, pas de diète lactée exclusive : des boissons chaudes et sucrées en abondance, des laxatifs à petite dose tous les 2 ou 3 jours, quelques cuillerées de sirop de chloral en cas d'insomnie pénible, constituent toute la médication. Depuis 1902 à 1907, sur 137 malades ainsi traités, il y eut 5 décès.

Les bains froids ne furent jamais prescrits : dans l'immense majorité des cas, ils sont appliqués par un personnel incompetent. Si la température dépasse 40° 5, l'auteur fait un enveloppement froid (3 fois pour 137 malades). La théobromine, la caféine ou la spartéine (jamais la digitale) servent à combattre l'insuffisance cardiaque.

L'auteur n'a pas appliqué sa méthode en temps d'épidémie, alors que le nombre des cas graves est beaucoup plus élevé. Quoi qu'il en soit, sa mortalité globale actuelle est de 4 p. 100 inférieure à toutes celles jusqu'ici

Les causes de mort sont l'adynamie, la myocardite publiées.