fois normal ; il présente, parfois, des lésions plus ou moins étendues de sclérose, d'infiltration graisseuse, des hémorragies, des zones nécrotiques ; ces lésions respecteraient d'ordinaire les îlots de Langerhans. Inconstantes puisqu'elles n'existent pas chez tous les diabétiques, ces lésions, plutôt banales, puisqu'on les observe dans d'autres maladies, dans les intoxications, les affections chroniques, la vieillesse, ne présenteraient pas un caractère spécifique bien établi ; il est difficile, à la vérité, de démontrer qu'il existe une relation de cause à effet entre leur présence et le syndrome d'hyperglycémie.

Reste le *diabète maigre*, le diabète pancréatique proprement dit, auquel se rattache la destruction des îlots de Langerhans.

OBSERVATIONS

Citons deux cas, entre beaucoup d'autres, absolument typiques, illustrant les opinions émises dans cette revue de la question et en appuyant les conclusions.

1er cas.—X., 52 ans, alcoolique, obèse, glycosurique depuis cinq ans : polyurie, polydipsie, polyphagie. *Diabète gras*, lent, bénin. Une congestion pulmonaire provoque la mort. Autopsie : pancréas siège d'altérations macroscopiques : épanchements sanguins, etc. Histologiquement : ecchymoses, infiltration graisseuse, sclérose ; cependant intégrité parfaite des acini, *îlots de Langerhans* aussi nombreux, aussi volumineux qu'à l'état normal, pas de sclérose interlangerhansienne.

2me cas.—X., 32 ans, ébéniste, pas d'hérédité morbide ni hystérie ; brusquement polydipsie : 18 litres par jour, polyphagie, polyurie : 8 litres par 24 heures, 57 grammes de sucre. Amaigrissement extrême, asthénie profonde. *Diabète maigre*, grave, rapide : œdème aux membres, tuberculose pulmonaire termine la scène, durée totale 24 mois. Pancréas macroscopiquement intact. A l'examen microscopique : intégrité parfaite des acini. Par contre les *îlots endocrines* sont presque complètement *disparus*. (Thoinot et Delamare.)

CONCLUSIONS

Les lésions du pancréas, chez les diabétiques, s'observent dans un grand nombre de cas.

Il semble que tous les diabètes ne peuvent être attribués à des lésions de pancréas.

Il est difficile d'affirmer que certaines lésions du pancréas, celles observées parfois dans le diabète gras, sont des causes provoquantes et efficientes de glycosurie.

Certains diabètes à forme spéciale, diabètes maigres,

à évolution rapide et grave—*véritables diabètes pancréatiques*—sont dus à des lésions du pancréas.

La destruction des îlots de Langerhans, îlots endocrines ou à sécrétion interne, semble provoquer l'apparition de cette variété de diabète.

P.S.—Nous devons ajouter cependant que cette dernière conclusion, malgré de très fortes raisons à l'appui, n'est pas acceptée de tous sans conteste. La discussion se fait et se continuera, il est probable un certain temps encore au sujet du rôle des îlots de Langerhans.

On admet qu'ils sont organe de sécrétion interne mais on discute leur intervention dans la genèse du diabète ; ce qui nous autorisera peut être à revenir sur la question.

Les régimes des diabétiques

Nous ne saurions mieux compléter cette étude sur le diabète qu'en analysant pour nos lecteurs la thèse que vient de soutenir M. Chauvois devant la Faculté de Paris, sur la diététique du diabète.

En comparant, chez deux diabétiques longuement étudiés jour par jour dans le service du professeur Landouzy, l'évolution de la glycosurie aux variations du régime alimentaire, l'auteur est arrivé aux constatations suivantes, confirmatives des idées récemment émises par Marcel Labbé.

Dans tous les cas de diabète sans dénutrition, diabète gras, dit arthritique, l'auteur a vu qu'en réduisant suffisamment la part des hydrates de carbone dans l'alimentation, on faisait disparaître la glycosurie ;

Qu'il n'était pas nécessaire, toutefois, pour obtenir ce résultat, d'interdire complètement les aliments hydrocarbonés, et que les diabétiques de ce type étaient capables d'en tolérer chaque jour une certaine quantité, variable suivant les cas, mais exprimée par chaque malade par une valeur assez fixe et assez constante que l'on nomme la *tolérance réelle* ;

Qu'il suffisait de ramener, chez un diabétique sans dénutrition, l'ingestion hydrocarbonée au-dessous de sa tolérance pour obtenir, au bout d'un temps plus ou moins long, la disparition complète de la glycosurie ;