

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Lancereaux (diabète de)**

**LANCEREAUX, Etienne. - Le diabète
maigre : ses symptômes, son
évolution, son pronostic et son
traitement; ses rapports avec les
altérations du pancréas. Etude
comparative du diabète maigre et du
diabète gras. Coup d'oeil rétrospectif
sur les diabètes**

*In : [L'] Union médicale (Paris. 1847), 1880, Vol. 29,
pp. 205-11*

CLINIQUE INTERNE

LEÇONS CLINIQUES

Faites à l'hôpital de la Pitié, par M. le D^r LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine,
Recueillies et rédigées par M. le D^r A. LAPIERRE, de Sedan, ancien interne des hôpitaux.

(Deuxième leçon, 6 juin 1879)

LE DIABÈTE MAIGRE : SES SYMPTÔMES, SON ÉVOLUTION, SON PRONOSTIC ET SON TRAITEMENT ; SES RAPPORTS AVEC LES ALTÉRATIONS DU PANCRÉAS. — ÉTUDE COMPARATIVE DU DIABÈTE MAIGRE ET DU DIABÈTE GRAS. — COUP D'OEIL RÉTROSPECTIF SUR LES DIABÈTES (1).

Messieurs,

Si vous consultez les traités du diabète sucré, vous reconnaîtrez facilement que l'affection qui porte ce nom n'est pas une maladie définie et toujours identique à elle-même.

Une maladie définie a une cause spéciale, une évolution propre, une lésion anatomique constante. Or, rien de semblable n'existe pour le diabète sucré : sa cause est inconnue, son évolution tellement irrégulière que certains diabétiques vivent quarante ans et plus, tandis que d'autres succombent au bout de deux ou trois ans; ses lésions sont si nombreuses et si diverses, que M. le professeur Jaccoud a pu dire avec raison qu'elles n'étaient que des coïncidences.

En conséquence, ce que l'on appelle aujourd'hui encore diabète sucré, n'est nullement une maladie univoque, mais un véritable complexus pathologique. De ce complexus, je vais essayer de dégager deux formes morbides distinctes : le diabète maigre et le diabète gras. Dans ma dernière leçon, je vous ai parlé du diabète maigre, de ses symptômes, de son évolution, de ses lésions; aujourd'hui, je veux indiquer les principaux phénomènes du diabète gras, et vous montrer les différences considérables qui séparent ces deux états pathologiques.

Le diabète gras commence généralement d'une façon insidieuse, et, à cause de cela, son début est toujours difficile à fixer. D'abord apparaît un embonpoint qui s'accroît sans être accompagné de polyurie et de glycosurie, et ainsi l'obésité cons-

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 janvier.

FEUILLETON

CAUSERIES

Reine des sciences, science des sciences, science tout court, ainsi que te désignent tes plus fervents adeptes, ô chimie! respectueusement devant toi je m'incline. Un encyclopédiste éminent disait naguère avec un certain orgueil que la France tenait incontestablement le premier rang, à cette heure, en chimie, et que nulle part, dans le monde savant, on ne trouverait un trio de chimistes comparable à ce trio français : Dumas, Berthelot, Wurtz; Dumas, personnifiant la philosophie de la science; Berthelot, en train de créer une chimie nouvelle, la thermo-chimie; Wurtz, élevant à sa science de prédilection, par son *Dictionnaire de chimie*, un véritable monument. Il y a peut-être un peu de chauvinisme dans cette appréciation, mais il faut être chauvin en ce moment, où de plusieurs points du monde sont adressées à notre France les plus cruelles et les plus sales injures.

Donc, ô chimie! pieusement je te salue. Je ne m'excuse même pas des petites réflexions qui vont suivre, et qui me sont venues à la lecture du compte rendu d'une des dernières séances de l'Académie des sciences.

Il s'agit de l'existence ou de la non-existence du mercure dans l'eau du Rocher de Saint-Nectaire.

Cette histoire est assez curieuse; elle n'incrimine en rien la chimie, je m'empresse de le dire, elle serait tout au plus un grief contre des analyses trop précipitées.

Donc, il y a deux ou trois ans, M. le docteur Garrigou, dont les persévérants travaux en

titue la première phase de ce diabète. Tout autre est le diabète dont je vous ai parlé dans notre première réunion, et que j'ai désigné sous le nom de diabète maigre. Ce dernier a un début brusque, qui se révèle non par de l'embonpoint, mais par une maigreur de plus en plus grande, au fur et à mesure que l'appétit s'accroît et que se manifestent la polyurie et la glycosurie.

Les symptômes différent d'ailleurs dans chacune de ces deux formes morbides; mais ce qui les distingue d'une façon plus spéciale, c'est leur évolution. Examinons d'abord le diabète gras.

Dans cette forme, la polyurie et la polydipsie se produisent peu à peu, sans attirer sensiblement l'attention du malade. Les urines augmentent de densité et de quantité, mais elles dépassent assez rarement 4 litres dans les vingt-quatre heures. La polydipsie est en rapport avec la glycosurie. Ce dernier symptôme est variable, souvent intermittent; la proportion de glycose contenue dans un litre d'urine ne s'élève généralement pas au delà de 15 à 30 grammes. La polyphagie se manifeste aussi d'une façon insidieuse; elle n'est pas excessive, si ce n'est à une période avancée du mal, plusieurs années après son début, lorsque l'autophagie commence à se manifester; ce symptôme ne se montre du reste que tardivement.

Si, en général, les forces physiques et intellectuelles diminuent, il est bon de remarquer que c'est dans une faible proportion et que le diabétique gras, soumis à une hygiène convenable, est le plus souvent en état de continuer sa profession et devient rarement tout à fait impuissant. Un de mes amis, notaire à la campagne, prit un embonpoint considérable à 25 ans; à 30 ans, il était complètement diabétique; et aujourd'hui, quoique âgé de 53 ans, il est encore robuste et continue de vaquer sans fatigue à ses occupations. La marche du diabète gras est plutôt irrégulière que continue et progressive. Cette maladie présente, en effet, des périodes d'amélioration et d'aggravation telles que, dans beaucoup de cas, elle peut être considérée comme étant intermittente. La glycosurie cesse parfois de se manifester pendant un certain temps; puis elle reparait, cesse de nouveau, et ne devient continue et progressive que dans les dernières phases de la maladie.

Le diabète gras arrive donc peu à peu à son maximum d'intensité; sa marche lente présente des temps d'arrêt, moments pendant lesquels le patient oublie, pour ainsi dire, sa maladie. Celle-ci est compatible avec l'existence, et dure dix, quinze, vingt, trente ans et plus. Sa terminaison, très-variable, est tantôt l'effet d'une lésion matérielle développée sous l'influence de la glycosurie, anthrax, gangrène des mem-

géologie et en hydrologie lui ont acquis un légitime renom, annonça à l'Académie des sciences qu'une analyse très-soignée du résidu de l'eau du Rocher de Saint-Nectaire lui avait fait découvrir la présence du mercure dans ce résidu.

Premier mouvement : Incrédulité.

Second mouvement : Et d'ailleurs, ajoute-t-on bientôt, à quoi cela pourrait-il servir ? Le mercure se trouverait en si petite quantité, qu'on ne pourrait en attendre aucun effet thérapeutique. Raisonement qui dut faire rire les homœopathes et sourire les hydrologues, qui savent, ces derniers, que l'activité des eaux n'est pas en proportion de la quantité des principes minéralisateurs.

Troisième mouvement : Analyse par un chimiste, hydrologiste très-distingué; conclusion : Il n'y a pas plus de mercure que dans mon œil dans l'eau du Rocher.

Quatrième mouvement : Nouvelle analyse par un chimiste non moins distingué, faite sous les yeux d'un des princes de la chimie, qui proclame cette conclusion devant l'Académie des sciences : Évidemment, l'eau du Rocher de Saint-Nectaire contient du mercure.

Cinquième mouvement : Nouvelle analyse par les deux chimistes distingués déjà désignés; conclusion bien imprévue : L'eau du Rocher contient bien quelque chose, mais ce n'est pas du mercure, c'est de l'arsenic, comme au Mont-Dore et comme à la Bourboule.

Voilà, en effet, où en est ce drame, — je n'ose dire cette comédie hydrologique. M. Garigou ne restera pas certainement sous le coup de cette dernière analyse, et demandera sans doute une expertise décisive; à mon humble avis, l'Académie des sciences fera bien d'ouvrir cette enquête. Il faut en finir. Ces contradictions nuisent à la chimie, nuisent beaucoup plus à l'hydrologie. Il n'est pas possible d'admettre que des chimistes expérimentés puissent

bres ou des poumons, phthisie pulmonaire, etc. ; tantôt le résultat d'une complication, telle qu'une pneumonie ou un érysipèle, une hématurie, etc. ; tantôt, enfin, elle se produit sans qu'il soit toujours facile d'en déterminer la cause, et parfois très-rapidement, comme j'ai pu l'observer chez une personne âgée qui mourut subitement dans une nuit.

Le diabète maigre apparaît au milieu des meilleures conditions de santé. Le patient est étonné de ses besoins fréquents d'uriner, de l'exagération de son appétit, de l'intensité de sa soif; mais, ce qui le surprend plus encore, c'est, dans ces conditions, un amaigrissement progressif. Polyurie, polydipsie, polyphagie et autophagie, tels sont les premiers phénomènes de cette forme de diabète, dont le symptôme principal, la glycosurie, ne fait jamais défaut. La quantité de glycose excrétée est ordinairement considérable : elle varie de 40 à 60 grammes, et peut s'élever à 80 et même à 90 grammes par litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Or, la quantité d'urine variant de 5 à 10 litres, il en résulte qu'un malade atteint de diabète maigre fabrique, dans ces conditions, de 400 à 900 grammes de sucre. Tous ces phénomènes sont accompagnés d'une diminution rapide des facultés intellectuelles, et surtout des forces physiques.

La marche de cette forme de diabète est continue, le dépérissement progressif et la durée relativement courte. La mort en est la terminaison pour ainsi dire constante; elle est l'effet habituel d'une complication pulmonaire (phthisie), plus rarement d'un anthrax, d'un phlegmon ou d'une gangrène; elle survient au bout de deux et trois années de maladie.

Comparons maintenant les lésions anatomiques constatées dans ces deux formes cliniques : un certain nombre de désordres matériels, tels que néphrite interstitielle, affections du foie, du bulbe, etc., ont été constatés dans le diabète gras; mais l'inconstance de ces lésions et leur divergence sont la preuve indubitable que cette maladie n'a pas d'altération constante, et que, partant, elle doit être attribuée à un simple trouble fonctionnel. En effet, si ce diabète se liait à la lésion matérielle d'un organe un peu important, il ne serait plus compatible avec l'existence. C'est donc à tort qu'on a voulu le rattacher à une affection du foie, des reins ou même du système nerveux; car la glycosurie, qui parfois coexiste avec un désordre matériel de l'innervation, est un syndrome distinct du diabète proprement dit, par sa marche tout au moins.

Le diabète maigre, au contraire, a présenté, dans un nombre de cas déjà consi-

se tromper à ce point de confondre les réactions du mercure avec les réactions de l'arsenic. Il y a quelque chose là-dessous : *Fiat lux!*

* *

Une manifestation bien honorable vient d'avoir lieu en faveur de l'un des plus distingués membres de la confrérie. Le 1^{er} janvier dernier, à son réveil, notre savant confrère, M. Noël Gueneau de Mussy, recevait une copie en bronze de la statue de *La Charité*, dont M. Paul Dubois a orné le tombeau de Lamoricière, morceau admirable, l'une des plus belles choses qu'ait produites l'art contemporain et comparable à tout ce que l'antiquité nous a laissé de plus fin et de plus pur.

D'où venait cette offrande à notre digne confrère? De ses anciens internes et élèves qui, au moment où leur maître quittait les hôpitaux, ont voulu lui offrir ce précieux témoignage de leur gratitude et de leur affection.

M. Noël Gueneau de Mussy, cela va sans dire, a offert un banquet à ses généreux donateurs, et, dans un toast ému, s'est exprimé en ces termes :

« Mes bons amis,

« Je vous remercie du fond du cœur du témoignage d'affection que vous m'avez donné à l'expiration de ma carrière hospitalière; il m'a procuré une des plus vives et des plus douces joies qu'il m'ait été donné de goûter jusqu'ici. Ce magnifique souvenir, par un délicat à-propos, symbolise la charité, l'amour de nos semblables, une des premières, la première peut-être des qualités qui font le médecin; pour moi, il résume et il me rappellera toujours les meilleures heures de mon existence, et surtout ces relations charmantes que j'ai nouées sur le

dérable, une altération toujours semblable et localisée dans un seul organe; cette lésion est l'atrophie, avec destruction plus ou moins complète, du pancréas. Par conséquent, le diabète maigre et le diabète gras ne diffèrent pas moins par le désordre anatomique que par les symptômes cliniques, et constituent manifestement deux maladies distinctes. C'est sans doute faute d'avoir saisi ces différences que les auteurs ont eu de la peine à s'entendre sur plusieurs phénomènes diabétiques, et entre autres sur la question de savoir si l'excrétion de l'urée était augmentée ou diminuée dans le diabète; ce que je puis dire à cet égard, c'est que l'urée augmente dans la forme maigre du diabète; c'est encore à la même circonstance que doit être attribuée la divergence d'opinion des auteurs relativement à l'évolution du diabète. Ajoutons que la statistique qui a été donnée de la durée moyenne de cette maladie ne signifie absolument rien. En effet, cette statistique portant à la fois sur tous les cas de diabète, sur la forme maigre comme sur la forme grasse, ne renseigne pas plus sur la durée de l'une que sur la durée de l'autre. Je suis, à cet égard, de l'avis de Cl. Bernard; la statistique, disait cet éminent physiologiste, n'a rien à voir avec la médecine, car les conditions étant identiques, les résultats doivent toujours être les mêmes. Que penseriez-vous, Messieurs, d'un chimiste qui, avec le même réactif, produirait dans une même solution, tantôt une coloration, tantôt une autre? Vous n'auriez, certes, aucune foi dans ses expériences. Toutes les statistiques sont trompeuses, et vous avez le droit de vous en méfier; aussi je ne crains pas d'affirmer que si vous examinez des faits identiques, vous ne tarderez pas à vous convaincre que la durée du diabète n'est pas élastique comme on l'a prétendu.

Deux affections aussi distinctes que le diabète gras et le diabète maigre ne peuvent avoir la même gravité, aussi le pronostic de chacune d'elles est-il différent. Dans le diabète gras, il est relativement bénin, et repose pour ainsi dire sur quelques mesures d'hygiène, car, en s'astreignant à un régime sévère, le malade peut vivre très-longtemps. Il n'en est pas de même du diabétique maigre; qu'il s'assujettisse ou non à des règles hygiéniques, il prolongera peu ses jours, il est voué à la mort. On comprend facilement qu'il en soit de la sorte dans une maladie où un organe essentiel à l'existence fait défaut; la vie devient alors matériellement impossible, et c'est à peine si on peut reculer de quelques années le terme fatal.

L'étiologie de ces deux formes de diabète n'est pas moins importante à étudier. La cause efficiente du diabète gras est inconnue; mais il est une particularité de

champ de bataille professionnel avec de jeunes camarades qui sont restés mes meilleurs et mes plus chers amis.

« Vous avez bien voulu me dire que je ne vous avais pas rendu trop désagréable ce titre de maître consacré par l'usage; mais si j'ai pu vous transmettre quelque chose de ce que mes maîtres m'avaient enseigné, j'ai beaucoup appris de vous dans cette admirable association de l'interne et du chef de service: car si l'un apporte l'expérience et la tradition, souvent l'autre, enrôlé parmi les pionniers de la science, signale les voies nouvelles, indique les conquêtes et les découvertes qui, chaque jour, grossissent le trésor de nos connaissances. Il exécute les recherches et les expériences dont l'autre a conçu le plan et qu'il ne pourrait à lui seul réaliser; en un mot, il prête sa jeunesse à celui qui ne lui donne en échange que le triste avantage de la maturité.

« A ces conditions de réciprocité qui existent pour tous se joignait pour moi une obligation particulière: j'avais contracté envers vous une dette personnelle; j'avais rencontré dans ma jeunesse un maître qui, non content de m'initier à sa science, m'avait pris par la main, avait veillé sur ma carrière; c'était un dépôt dont je devais vous rendre compte. Permettez-moi de rappeler ici le souvenir de ce maître, non pas pour établir entre lui et moi aucune comparaison, mais pour soulager ma reconnaissance en déclarant hautement que si vous avez trouvé quelque chose de bon en moi, c'est à lui que vous le devez.

« Je propose un toast à l'internat, à mes amis ici présents.

« Permettez-moi d'ajouter quelques mots: Un de mes bons amis, le docteur Surmay, de Ham, m'écrivait hier dans une aimable lettre que, comme l'a dit un poète, « il y a de la tristesse dans les joies de ce monde », et que la sienne était de ne pouvoir se joindre à nous. Cette tristesse, je la partage, et je demande à joindre aux présents le souvenir des absents:

cette maladie que je tiens à vous signaler, c'est sa connexité avec la goutte. Déjà notée par Whytt, Fraser, Prout, Rayer, Contour, cette connexité a été depuis constatée par Cl. Bernard et Charcot. Elle est si intime qu'on peut observer parfois l'alternance de ces deux maladies chez le même individu, le diabète succédant à une attaque de goutte ou inversement. Il en est de même de la gravelle urique, qui fréquemment précède ou suit le diabète gras, si elle ne l'accompagne pas; ce sont là d'ailleurs des maladies que l'on pourrait appeler des maladies de famille. Par exemple, il arrive qu'un père goutteux engendre un fils graveleux, un fils goutteux et un fils diabétique. Je soigne en ce moment deux frères nés d'un père qui a été atteint d'une double cataracte et aussi vraisemblablement de diabète; l'un de ces frères est diabétique depuis une vingtaine d'années, et a une double cataracte; l'autre est pris de temps à autre de coliques néphrétiques et rend de grandes quantités d'acide urique. Je connais des familles dont plusieurs membres sont, les uns diabétiques, les autres obèses ou goutteux, et je pense ne pas trop m'avancer en disant que la goutte, la gravelle urique, le diabète et certaines variétés de polysarcie sont des formes distinctes d'un même état pathologique, dont l'un des caractères principaux est l'insuffisance de l'oxydation.

Le diabète gras, à l'instar de la goutte et de la gravelle, est d'ailleurs une maladie essentiellement héréditaire; le diabète maigre ne présente rien de semblable; j'ai interrogé avec insistance tous nos malades, et je n'ai trouvé dans leurs antécédents ni goutte, ni gravelle, ni obésité. Ici, sous l'influence de causes multiples et peu connues, comme dans la lithiase urique ou biliaire, se sont accidentellement formés des calculs qui ont obstrué le canal pancréatique et déterminé les accidents les plus graves. J'indiquerai que deux de nos malades habitaient les Ardennes, dans des villages presque voisins, et qu'il y aurait à se demander si l'eau n'a pu contribuer à engendrer chez eux la lithiase pancréatique.

Après cet exposé, il me paraît inutile d'insister sur les différences considérables qui séparent ces deux affections diabétiques; vous avez vu que tout y est dissimilé: causes, conditions pathogéniques, lésions anatomiques, symptômes, évolution, etc., et, partant, leur nature est essentiellement distincte; le diabète gras est une maladie de la nutrition, et le diabète maigre une maladie de la digestion.

La même thérapeutique ne peut être appliquée à des états si divers, et si le diabète gras est avantagement traité par la suppression des féculents et des matières sucrées associée à un régime sévère, pain de gluten, viandes rôties ou

MM. Gauthier, de Genève; Surmay, de Ham; Durante, de Genève; Baréty, de Nice; Cazalis, de Cannes; Almagro, de Cuba; Martin, de Nevers; Leraton, de Courcelles; Maynier, de Champdenier; De Salvre, de Niort; et aussi celui de ces chers absents qui nous ont quittés pour toujours: Wieland, Schnepf, Astrier, Lemaire, et ce bon Robertel qui, une demi-heure avant sa mort, m'envoyait dans un télégramme les adieux les plus touchants.

« Une pensée adoucit les regrets de ces séparations; c'est l'espoir de les retrouver au delà de l'étape de la vie que j'ai commencée, car, ainsi que le dit Socrate, « c'est une espérance dont il faut comme s'enchanter soi-même. »

« Aux présents et aux absents ! »

Étaient présents :

MM. les docteurs Desnos, médecin de la Charité; — Gaujot, professeur au Val-de-Grâce; — Féréol, médecin de l'hôpital Beaujon; — Legroux, médecin de l'hôpital Laënnec; — Fernet, médecin de l'hôpital Lariboisière; — Rendu, médecin des hôpitaux; — Rathery, médecin des hôpitaux; — Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux; — Herbert, médecin de l'hôpital Wallace; — Crauk, — Saison, — Laloy, — Purinaud, — Hirtz, — Levrat.

Ces manifestations de respect, de reconnaissance et d'affection honorent à la fois les maîtres et les élèves. Rappelons historiquement qu'un de nos maîtres, Ricord, a été plusieurs fois l'objet de ces manifestations. Pareil honneur, — car c'est un honneur, — a été aussi décerné à notre cher Président de l'Association générale, M. Henri Roger, quand il prit, il y a deux ans, sa retraite de médecin des hôpitaux; à Bazin, dans les mêmes circonstances. J'oublie peut-être quelques autres faits de ce genre. Qu'on me le pardonne, ce n'est pas intentionnellement.

grillées, etc., à l'emploi des alcalins et à un certain degré d'entraînement (hydrothérapie, massages, frictions, etc.), au contraire le diabète maigre ne peut être combattu par les moyens qui favorisent les combustions. Une saison à Vichy a été nuisible à l'un de nos malades qui en était atteint, et je suis convaincu qu'il en sera toujours ainsi dans les mêmes circonstances.

Un premier point doit préoccuper le médecin dans cette dernière maladie : combattre une lésion vraisemblablement commune, sinon constante. Ici, malheureusement, nous sommes impuissants à attaquer le mal dans sa source; mais, est-ce une raison pour demeurer inactif? Je ne le pense pas; car, si on ne peut s'opposer à un désordre matériel de l'organe affecté, il reste toujours la ressource de chercher à faire fonctionner un organe supplémentaire; vous savez, en effet, que lorsque les reins sont profondément altérés, il est possible d'intervenir utilement et de prolonger tout au moins l'existence du malade en faisant fonctionner l'estomac, le gros intestin et la peau, autant d'organes capables de suppléer la fonction rénale, puisque c'est par ces organes que l'urée et les autres produits de l'urine sont éliminés, comme le montrent la clinique, les observations anatomo-pathologiques et l'expérimentation physiologique (Cl. Bernard et Bareswill). De même, dans l'atrophie du pancréas, il y aurait lieu de chercher des substances qui activeraient le fonctionnement des glandes salivaires et duodénales. Un second moyen serait de remplacer la digestion pancréatique par des digestions artificielles; c'est dans ce but que j'ai administré la pancréatine.

Tels sont, avec les réflexions qu'ils m'ont inspirées, les faits que je tenais à vous exposer; de ces faits, il résulte qu'à côté du diabète gras, il existe une autre forme de diabète que l'on peut appeler diabète maigre, et qui est fréquemment accompagnée de l'atrophie du pancréas. Je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé le premier cette lésion, mais je pense avoir été assez heureux pour vous démontrer en quoi ces deux formes diffèrent, et comment elles constituent deux maladies distinctes ayant pour symptôme commun la glycosurie; toutefois, je demeure convaincu qu'il reste beaucoup à faire à l'endroit du diabète sucré. Du reste, voyez la maladie de Bright, combien d'années il a fallu pour en débayer la pathologie! Il y a longtemps que le diabète est étudié: Arétée et Celse en parlent; mais c'est seulement au commencement de ce siècle qu'on est parvenu à trouver des réactifs pour découvrir la présence du sucre dans l'urine. Peu à peu, on a reconnu que ce sucre était analogue au sucre de raisin, ou glycose; de là la dénomination de glycosurie, qui est devenue

* *

D'après la *Lancette belge*, le docteur William Matthews, professeur à l'Université de Chicago, vient de publier un livre dans lequel il prétend qu'on peut juger du caractère des différents peuples par leurs formules de salutations. Le Grec, naturellement porté au plaisir, dit: « Réjouis-toi! » Le Romain, pour lequel la santé et le bonheur ne font qu'un, vous dit: « *Salve!* » Sois bien portant, sois fort! Le fatalisme de l'Arabe se trahit dans cette expression: « Si Dieu le veut, vous allez bien. » La formule de salutation du Turc: « Que votre ombre ne s'amoulinne jamais! » indique un pays où il y a toujours du soleil. Sous le brûlant climat de l'Égypte, où une transpiration abondante est salutaire, on vous demandera: « Comment respirez-vous? » Le Hollandais, voyageur, vous demande: « Comment marchez-vous? » Le Suédois méditatif: « Comment pensez-vous? » En Chine, où le riz forme le fond de la nourriture, on vous aborde ainsi: « Avez-vous mangé du riz? » Le salut du paysan irlandais est bien caractéristique: « Que la vie de votre honneur soit longue, dit-il, et que votre lit soit fait dans la gloire! » Cette emphase hyperbolique et cette abondance de métaphores n'indiquent-elles pas l'origine orientale, dit-on, de ce peuple? Mais, aux yeux de notre auteur, la formule la plus frappante est le « Comment faites-vous? » de l'Anglais. Il voit dans ces quatre monosyllabes: *How do you do?* toute l'activité, tout l'esprit pratique des Anglo-Saxons; l'action est tellement l'essence de leur nature, il leur est tellement impossible de ne pas faire quelque chose, qu'on ne songe même pas à leur demander « s'ils font » ni « ce qu'ils font », mais « comment ils font ».

* *

Je suis vraiment étonné que les journalistes qui ont exercé leur plume sur cette question :

synonyme de diabète, comme le mot albuminurie a été pendant quelque temps, synonyme de maladie du rein. Bientôt on constata qu'il existait des diabètes passagers; alors la glycosurie fut séparée du diabète, et une phase nouvelle commença dans l'histoire de cette affection. Aujourd'hui, nous allons plus loin, et nous croyons que le diabète est un complexus pathologique; nous avons essayé de vous faire connaître ses deux principaux types, mais il en est d'autres que l'avenir aura à déterminer. Aussi, mon but, en livrant ces réflexions à vos esprits, était de vous mettre sur la voie des recherches, et non de vous faire connaître le dernier mot de la question.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR L'ICTÈRE GRAVE, par M. le docteur Mossé, ancien interne des hôpitaux. Paris, J.-B. Baillière; 1879.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de montrer quelles sont les diverses formes cliniques de l'ictère grave et d'exposer leur pathogénie d'après les résultats des investigations récentes. Il lui a fallu, par conséquent, réserver une assez grande place à l'urologie clinique. Il reste encore de nombreuses recherches à tenter dans cette voie; M. Mossé a signalé quelles étaient encore maintenant les principales inconnues du problème, et il pense qu'il faut distinguer dans l'ictère grave trois formes:

1° L'ictère typhoïde, ou ictère grave primitif, affection générale à laquelle se joignent bientôt d'ordinaire les effets d'une toxémie secondaire d'origine hépatique; il est susceptible de guérir bien plus souvent qu'on le croit.

2° Les ictères graves secondaires, véritable syndrome qui traduit les effets de la désorganisation du foie (insuffisance hépatique).

3° Les ictères aggravés, c'est-à-dire ictère primitivement catarrhal, bénin, prenant rapidement les allures d'un ictère grave, à cause des conditions pathologiques antérieures et particulières à l'individu frappé.

Dans ces trois catégories, mais plus spécialement dans la dernière, le rein joue un rôle très-important. La transition n'est pas brusque entre ces trois classes d'ictères graves, un certain nombre de cas, dont la pathogénie est complexe, sert de transition de l'une à l'autre.

M. Mossé a étudié principalement l'ictère grave primitif; quant aux deux autres variétés, il n'a cru devoir leur consacrer qu'un chapitre assez court, destiné à indiquer, surtout au point de vue pathogénique, ce qui les rapproche ou ce qui les éloigne de l'ictère typhoïde, et à permettre d'arriver ainsi à une idée plus nette de l'ensemble de la question. — H. P.

La sensibilité survit-elle à la décapitation? n'aient pas lu et cité un très-remarquable article publié par M. le docteur Mougeot, de Bar-sur-Aube, dans l'UNION MÉDICALE, numéro du 30 octobre 1862. Le titre en est cependant très-attirant: *Expérience physiologique sur la décapitation, faite par un décapité*. Et quel décapité! Le fameux Lacenaire lui-même. Oui, Lacenaire avait promis à une personne, qui depuis joua un rôle politique et qui avait obtenu d'assister le plus près possible au supplice de l'assassin, de fermer l'œil droit et de laisser l'œil gauche ouvert après la décapitation. Or, l'expérience ne réussit pas. La tête du supplicié ou plutôt les muscles de la tête firent bien quelques mouvements, quelques grimaces, comme toujours, mais l'œil gauche resta fermé comme l'œil droit.

J'engage le lecteur à lire ou à relire ce très-intéressant article de M. Mougeot, qui a été reproduit en partie dans un supplément littéraire du *Figaro*.

Voici qui est moins sinistre.

Le *Jockey-Club* réédite une anecdote bien connue sur M. de Salvandy; mais l'historiette est si amusante qu'il est permis de la reproduire, ne fût-ce que pour ceux qui l'auraient oubliée:

M. de Salvandy, ministre de Louis-Philippe, avait découvert sous une arche du pont de la Concorde, une place divine, un vrai nid à goujons, que le ministre avait soin de faire amorcer la veille par son valet de chambre, confident de cette patriarcale, mais irrésistible passion. Et M. de Salvandy, heureux comme un écolier en vacances, les yeux tendus sur le bouchon, oubliait son portefeuille et l'univers entier, piquait le fretin jusqu'à ce que le passage plus fréquent des Parisiens lui fit craindre de voir sa personnalité reconnue et sa dignité compromise.