

Conduite à tenir devant : un diabète

Introduction

Les formes tardives du diabète débutant à la cinquantaine sont les plus nombreuses. Nous nous attacherons à rappeler les symptômes de ce type, en particulier le tableau du diabète de l'âge mûr qui se prolonge par le diabète sénile.

Ce diabète (type II de Dérot) s'oppose au diabète des jeunes sujets (type I) ; on doit faire l'impossible pour y éviter l'insuline, alors que celle-ci est obligatoire, ou presque chez les jeunes. Il est caractérisé par la très grande fréquence, pour ne pas dire la constance, au bout d'un certain temps d'évolution, Nous ne possédons que des moyens d'action très réduits à l'égard de ces lésions constituées ; c'est donc sur la phase du diabète isolé, non compliqué, que devra porter l'effort thérapeutique.

Ainsi conçu, le diabète de l'adulte est une affection si grave que s'est peu à peu imposée la nécessité de la prévenir. Cela est possible depuis que l'on a reconnu l'existence d'une étape pré-diabétique où la tare pathologique encore latente est néanmoins identifiable.

Les indications particulières selon les variétés de diabètes

1. **Le diabète maigre de l'adulte après 50 ans** (type I)-25%des cas

Il sera traité par l'insuline, avec un régime relativement régulier, moins large que celui de l'enfant et de l'adolescent, avec peu ou pas de pain ; la dose d'insuline devra être fixe. Les variations constantes de la dose que l'on applique dans le diabète infantile avec le Clinitest sont néfastes chez cette catégorie de malades et doivent être formellement proscrites.

Moins un malade âgé change sa dose d'insuline, plus son diabète est prolongé ; moins il y a d'hypoglycémie, moins le diabète a des chances de devenir instable et plus le diabétique vivra longtemps.

2. **Le diabète gras** (type II) -75% des cas

Ou bien il s'agit d'un **obèse** et c'est un cas fréquent ; le traitement se résume dans le régime sévère ; il ne faut pas craindre de tomber à une ration d'hydrates de carbone absolument minime, de moins de 100g ; dans ce cas l'emploi des anorexigènes aide considérablement le malade à maigrir, et du même coup le diabète est amélioré ;

Ou bien il ne **s'agit pas d'un obèse**, et le régime peut être complété par les sulfamides hypoglycémiantes à la dose de 1g par jour, après un traitement d'attaque de cinq jours à 2g, ce qui permet au malade un reprise de poids normale ou par un traitement d'attaque par biguanides et des sulfamides hypoglycémiantes, quatre comprimés par jour les premiers jours, puis deux ensuite. De nombreux diabètes sont ainsi réduits.

Mais dans ces deux cas nous insistons sur la **prééminence du régime** ; le traitement n'agit que lorsque le malade suit un régime strict, le plus souvent sans pain, sans biscotte, sans pâtes, sans riz, sans pâtisserie, même dite de régime.

Dans ces deux formes l'insuline ne sera employé qu'en cas de complication majeure, accident, traumatisme, opération, ou lorsqu'on a la main forcée par la survenue inopinée d'un coma diabétique, ce qui est moins rare qu'on ne le croit.

3. Les complications vasculaires

Le régime devra être le moins gras possible et l'insuline supprimée toutes les fois qu'on le peut. Il faudra établir une thérapeutique vasculaire par la routine, par les vaso-dilatateurs ou par tout autre produit agissant surtout sur l'activité.

4. Les infections chez les diabétiques

Deux infections dominent encore l'évolution du diabète gras de l'adulte : les infections pulmonaires aiguës, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, et les infections urinaires.

Dans les deux cas on s'efforcera d'isoler le microbe en cause par une culture et par la recherche de la sensibilité à aux antibiotiques et aux sulfamides ; l'emploi des sulfamides courants et des antibiotiques (pénicilline, érythromycine, tétracycline, voire Pyostacine dans les infections pulmonaires graves, Colimycine dans les infections urinaires sévères) permet de lutter contre les processus les plus graves.

Dans les cas plus bénins l'Amidozol, le Rufol, le Nibiol, la Furadoïne à la dose de quatre comprimés par jour pendant huit à dix jours, luttent longtemps contre les infections urinaires.

5. **La tuberculose pulmonaire** relèvera de la streptomycine, de l'isoniazide, du P.A.S. et du **Trécator**, en traitement prolongé.

Conclusion

Le traitement du diabète, quel qu'il soit, comporte une servitude constante pour le malade qui doit se faire suivre régulièrement par son médecin. Tous les efforts tendent à prévenir l'apparition des complications hyper-glycémiques, hypoglycémiques, infectieuses, tuberculeuses ou vasculaires. L'observation scrupuleuse du régime complété au besoin, dans les cas compliqués, par un traitement insulinaire régulier ou le plus souvent, après cinquante ans, par les sulfamides hypoglycémisants ou les biguanides, ou l'association des deux, pour atteindre ce à condition qu'un contrôle sévère du sang et surtout des urines soit régulièrement effectué tous les mois pour la glycosurie et tous les trois mois pour la glycémie. C'est à ce prix seulement que le diabétique peut espérer une survie prolongée.

