

la cause des malaises subjectifs dont les obèses se plaignent tout d'abord. Chaque mouvement chez eux requiert une plus grande somme d'efforts que chez un individu maigre, dès lors nécessairement ils se *fatiguent plus vite*, ils deviennent plus « indolents » et évitent autant qu'ils peuvent tous les déplacements inutiles. Ce surcroît de fatigue imposé aux muscles explique encore comment ils entrent plus vite en transpiration.

Cependant les symptômes les plus sérieux de l'obésité, et qui constituent réellement les premiers signes pathologiques de cet état morbide, ne se révèlent qu'après que la *respiration* et la *circulation* sont compromises. Les malades commencent par se plaindre d'être gênés de l'haleine et on remarque qu'après une longue marche, quand ils ont monté un escalier ou gravi une hauteur, ils sont pris assez rapidement d'anhélation. En même temps il y a parfois quelques manifestations du côté du cœur : accélération du pouls, palpitations, légères irrégularités de l'action cardiaque, intermittence des pulsations, etc. Peu à peu tous ces symptômes s'accroissent et se compliquent de quelques autres phénomènes qui tiennent également à un commencement d'insuffisance cardiaque et aux troubles circulatoires concomitants et qui se traduisent par une tendance aux catarrhes (bronchite), par des dérangements de l'appétit et de la digestion, et l'apparition d'œdèmes, etc.

Une analyse minutieuse de tous ces symptômes démontre que leur développement dépend d'une foule de causes qui s'entremêlent, mais qui toutes finalement conduisent au même résultat, savoir la gêne de la respiration et surtout de la circulation. Une partie de ces causes réside dans la surcharge graisseuse générale. Il est probable que la *graisse accumulée autour du thorax* a pour effet immédiat d'entraver le fonctionnement de la cage thoracique, que les mouvements inspiratoires deviennent plus superficiels, et que conséquemment, à raison de *l'énergie aspiratrice moindre du thorax*, le cours du sang veineux et la circulation intrapulmonaire sont ralentis. Disons également que le *défaut d'exercice* est pour beaucoup d'obèses un motif qui contribue grandement à augmenter les troubles de la circulation, parce que le jeu des multiples appareils de succion dont sont couverts les fascias et qui n'entrent en action qu'à la faveur des mouvements musculaires (BRAUNE), est presque perdu pour la circulation veineuse. Il n'est pas démontré, comme on le croyait généralement, que *l'amas de graisse qui enveloppe le cœur* agisse directement en enrayant ses mouvements. Mais on attribue plus d'influence à *l'infiltration graisseuse du muscle cardiaque*, c'est-à-dire au dépôt de graisse dans le tissu cellulaire intermusculaire du cœur, quoique cette influence, dont la fréquence ne doit pas être exagérée,

ne vienne jamais qu'en ordre subsidiaire, à la suite des altérations que subit la fibre cardiaque du chef de la polysarcie.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que dans presque tous les cas où l'obésité conduit véritablement à des conséquences graves, le cœur forme le point central autour duquel gravitent tous les symptômes. Il s'agit alors, comme nous venons de le dire, en partie des suites immédiates de la surcharge graisseuse, et en majeure partie de complications qui dérivent des mêmes causes que l'obésité et lui sont par conséquent associées. En ce qui concerne le premier point, faisons observer que le développement adipeux peut par lui-même devenir un obstacle au cours du sang dans les petits vaisseaux et les capillaires englobés dans le tissu graisseux, et puis, que l'augmentation de la masse de graisse doit coïncider avec une multiplication de nouveaux vaisseaux et probablement avec un accroissement de volume du liquide sanguin. C'est ce qui explique en partie le surplus de besogne imposée au cœur et partant l'*hypertrophie cardiaque* si fréquente chez les obèses. Toutefois d'autres conditions conspirent aussi à produire cette dernière : premièrement, la cause elle-même qui donne lieu à l'obésité, une alimentation trop copieuse, un régime trop riche (v. tome 1^{er}, le chapitre sur l'hypertrophie cardiaque), ensuite, certaines lésions anatomiques qui se développent parfois concurremment avec la polysarcie et en vertu des mêmes influences, surtout une *artériosclérose* étendue. Si cette dernière s'attaque aux artères coronaires, il en résulte de nouveau l'éventualité de conséquences ultérieures (dégénérescence parenchymateuse du cœur, etc. v. t. I.) La *sclérose rénale chronique* doit être également considérée comme une complication assez fréquente de l'obésité et pouvant être en partie imputée aux mêmes causes que cette dernière, abstraction faite de quelques affections coïncidentes plus rarement observées (goutte, diabète).

En conséquence, l'obésité semble n'être souvent qu'un des multiples et funestes résultats morbides qu'entraîne après lui un genre de vie mal ordonné. Elle est en quelque sorte le premier message qui vient avertir le malade et le médecin de l'arrivée prochaine de symptômes menaçants. C'est en cela que consiste son éminente valeur pratique. Car au milieu d'un enchevêtrement confus de causes et d'effets, l'embonpoint exubérant est souvent combiné avec d'autres états pathologiques (hypertrophie cardiaque, infiltration graisseuse du cœur, artériosclérose, sclérose rénale, etc.), qui comme autant d'anneaux se rattachent les uns aux autres pour former une chaîne qui enlace la santé et la vie du malade. Il serait oiseux de retracer de nouveau le grave tableau de l'insuffisance permanente du cœur qui vient toujours terminer la scène morbide, attendu qu'il nous suffit de

renvoyer à cet égard à l'exposé que nous en avons fait dans le premier volume au chapitre des maladies du cœur.

Il suit de là que le médecin est obligé, dans tout cas d'obésité extraordinaire, surtout quand des troubles subjectifs se sont déjà déclarés, d'examiner avant tout le *cœur*, les *poumons*, les *vaisseaux* et les *reins* ; cette obligation est difficile à remplir en ce qui concerne le cœur, parce que l'épais pannicule adipeux du thorax rend l'examen objectif (palpation, percussion) parfois très malaisé. Nonobstant cela, l'auscultation et l'état du pouls (accélération ou ralentissement persistants, irrégularité), quand on y prête l'attention voulue, donnent des indications suffisantes pour juger de la situation. Nous n'entrerons pas dans plus de détails au sujet de cet examen. Bornons nous à faire remarquer que l'*intumescence du foie* qu'on constate souvent, ne tient pas aussi fréquemment qu'on le soupçonne quelquefois, à l'adipose de l'organe, mais doit être considérée comme une hypertrophie commune ou comme une congestion par stase.

Si, en décrivant l'obésité anormale, nous avons commencé par des dispositions morbides qui en apparence ne présentent aucun danger, et sont parfois même un sujet de plaisanteries, pour passer ensuite au domaine de lésions anatomiques graves et menaçantes pour l'existence, nous devons avouer d'autre part que les conséquences sérieuses que nous venons de mentionner et les complications ne se développent pas dans tous les cas. Très souvent la polysarcie se maintient à un degré banal qu'elle ne franchit pas ; alors elle est, il est vrai, accompagnée d'une foule de désagréments, mais exempte de danger réel. C'est le cas surtout quand l'alimentation est excessive et non contrebalancée par une désassimilation corrélative, pourvu que d'autres influences nocives n'aient pas agi sur l'organisme. Il suit de là que l'obésité des alcooliques présente toujours un certain danger, tandis que l'embonpoint chez les vieillards, chez les femmes, etc. n'inspire presque jamais de craintes sérieuses. Ces personnes sont souvent à charge à elles-mêmes, elles ont moins d'aptitude au travail qu'autrefois, elles sont plus courtes d'haleine, elles ont une certaine propension aux catarrhes, aux douleurs rhumatismales, etc. mais elles ne souffrent presque jamais des conséquences pathologiques graves signalées plus haut. Toutefois ces états morbides insignifiants en apparence n'en réclament pas moins l'attention du médecin, parce que l'éventualité de complications plus sérieuses subsiste toujours.

Traitement de l'obésité. La graisse amassée dans le corps ne peut disparaître qu'en activant sa destruction en même temps qu'on met obstacle à son remplacement. A cet effet nous ne disposons que de deux moyens :

restreindre l'apport des aliments susceptibles de former du tissu adipeux et venir en aide aux agents qui ont pour effet de le consumer. Toutes les cures d'émaciation, quelque nombreuses qu'elles soient, se résument dans le même précepte : restriction des apports, destruction plus active.

L'application spéciale de ce précepte fondamental peut se faire de différentes façons. De là résultent des méthodes de traitement très diverses, qui ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. Il faut donc faire en sorte que le traitement anti-obésique n'ait pas en même temps des résultats pernicieux. Cette cure doit, non pas affaiblir, mais au contraire reconforter le malade, le rendre plus vigoureux et n'être pas pour lui une source de dangers.

La première condition de réussite de la cure d'émaciation, consiste à *restreindre la quantité absolue de nourriture ingérée*. Ce serait en vérité un non-sens que d'interdire aux obèses une classe déterminée de nourriture (les féculents et la graisse) sous prétexte qu'elle seule est nuisible, et de leur permettre sans restriction toute autre alimentation comme n'offrant aucun inconvénient. Tout homme peut à la fois ingérer, en quantités relativement considérables, des substances albuminoïdes, de la graisse et des hydrocarbures, sans augmenter son tissu adipeux, tandis que d'autre part un excédant de *chacun* de ces groupes d'aliments a souvent pour effet d'accroître la réserve-graisseuse. Au surplus, la somme de nourriture prise par le premier venu sans s'engraisser, n'est pas la même pour tous, mais diffère notablement d'après les matériaux déjà emmagasinés, d'après les dépenses organiques, etc. Il suit de là qu'il est difficile de faire un menu parfaitement adapté aux obèses, puisque chaque cas demande une appropriation spéciale. L'événement seul vient à la fin justifier le mérite du traitement adopté, et pour juger du résultat il n'y a que la *pesée* et l'appréciation de *la manière d'être subjective*, qui puissent servir de guide.

En envisageant les divers aliments en particulier, les *substances azotées* sont celles qui *relativement* doivent être le moins réduites, attendu que l'organisme se sentirait toujours défavorablement d'une soustraction de matériaux azotés. Il va sans dire que les albuminoïdes ne doivent pas être introduits en trop grande masse, étant donné que la graisse qui s'en sépare reste fixée dans le corps. Il est désirable pourtant qu'il y ait un *apport d'azote* dans l'organisme, parce qu'il renforce l'activité des muscles et du cœur et que dès lors les composés organiques non-azotés sont désassimilés dans une plus forte proportion.

Quoi qu'il en soit, la réduction la plus considérable de toutes doit porter sur les *substances grasses et hydrocarbonées*, vu que, surtout en présence

d'une alimentation relativement riche en azote, ce sont elles qui contribuent le plus à augmenter la surcharge graisseuse, en empêchant la graisse emmagasinée dans le corps de se consumer. Pour des raisons pratiques il serait très irrationnel de proscrire absolument l'une de ces substances, pour s'en tenir exclusivement à l'autre. On peut très aisément, en instituant la cure d'amaigrissement, introduire dans le régime toute la variété désirable, en n'excluant pas complètement la graisse ni les féculents, mais naturellement en les réduisant à des proportions restreintes. Dans cette cure de réduction (v. plus haut) il faut remarquer que pour la même quantité d'azote, les féculents sont admis à un chiffre double de celui de la graisse, sans que pour cela la graisse se dépose, de façon qu'il n'est pas sensé du tout de donner aux obèses de la graisse par préférence, et de ne leur concéder qu'une petite quantité de féculents. Quand, par la diète anti-obésique récemment proposée par EBSTEIN, on parvient à amener de l'amaigrissement, on se l'explique parfaitement eu égard aux *quantités* relativement minimales de viande et de graisse que cette diète comporte. On arriverait cependant au même résultat en remplaçant la graisse en tout ou en partie par une quantité proportionnelle de féculents, et il est à conseiller, dans des vues pratiques, comme il a été dit, de donner en tout état de chose la ration permise d'aliments non-azotés sous une forme mixte, c'est-à-dire, en partie sous forme de féculents et en partie à l'état de graisse, tout en consultant naturellement les goûts et l'expérience individuelle des malades. Le *traitement de Banting*, très en faveur passé quelque temps (1864), et que l'inventeur essaya d'abord sur lui-même, est marqué au coin de la raison en ce sens qu'il dispense largement l'azote, tout en restreignant les féculents et la graisse; il n'y a que la défense de cette dernière qui est inutilement poussée à outrance dans des vues trop exclusives.

Si les principes énoncés ci-dessus et qui s'accordent parfaitement avec les lois de nutrition libellées par VORT, sont présents à l'esprit du médecin, la formule pratique de la diète alimentaire destinée à réduire la graisse chez les polysarciques, ne présente plus guère de difficultés. Nous avons déjà dit qu'il n'y a pas moyen de fixer à cet égard des chiffres précis. En prenant pour point de départ la ration moyenne d'un adulte (environ 125 grm d'azote, 80 de graisse, 350 de fécule), une alimentation qui comprendrait par exemple 125 grm ou même un peu plus de substances albuminoïdes, 40 grm de graisse et 150 grm de féculents, aurait certainement pour effet de provoquer chez la plupart des obèses une réduction du tissu adipeux. On peut même restreindre encore plus la proportion de graisse et de féculents, mais on recommande en général de ne pas précipiter les cures d'amaigrissement.

grissement. Une diminution graduelle, mais *lentement progressive du poids du corps* (de 2 à 3 livres environ par semaine), est préférable aux cures rapides de réduction, telles qu'elles se pratiquent dans beaucoup de stations balnéaires. Il est évident qu'au commencement de la cure la réduction graisseuse est plus forte que plus tard, quand l'individu a déjà perdu une partie de son tissu adipeux, et dès lors la nourriture ingérée doit peu à peu être modifiée dans ce sens. On pourra dans la suite augmenter légèrement la proportion des aliments non-azotés, avant tout en vue d'empêcher la désassimilation des albuminoïdes de l'économie.

Comme exemple de régime alimentaire spécialement approprié aux obèses, au commencement d'une cure de réduction, les données suivantes peuvent servir : Le *matin* une tasse de café avec un peu de lait et environ 75 grm de pain blanc. Le *midi* une assiette de soupe, 175 à 200 grm de viande maigre ou de poisson avec de la salade, des légumes verts et environ 25 grm de pain. Pour dessert 75 grm de pâtisserie ou 100 grm de fruits. De l'eau pour boisson ou un quart de litre de vin léger. L'*après-midi* une tasse de café avec 20 à 30 grm de pain tout au plus. Le *soir* une couple d'œufs ou 100 à 150 grm de viande avec 30 grm de pain, du fruit en petite quantité, de la salade, un quart de litre de vin ou 1 à 2 tasses de thé avec peu de sucre. Au début on évitera absolument le beurre, plus tard on pourra le concéder, mais en petite quantité.

Ce régime devra être poursuivi, non pas pendant quelques semaines, mais plusieurs mois de suite et plus encore. Il importe au surplus de *déterminer le poids du corps toutes les deux ou trois semaines*. Si ce poids diminue lentement et graduellement, sans que l'état général s'en ressente, cela prouve mieux que toute autre chose que le régime adopté est bien choisi. Si au contraire le poids du corps, sans qu'il y ait pour cela un motif autre, ne diminue *guère*, cela dénote évidemment que l'alimentation est encore trop copieuse et qu'il faut en retrancher davantage. Voit-on qu'en accordant plus de nourriture, le poids du corps ne remonte pas, on ne doit pas y regarder de si près, surtout quand il y a un degré notable d'affaiblissement musculaire. Cependant c'est ici le cas surtout de dispenser plus libéralement les substances azotées, tandis que la quantité des féculents et de la graisse ne doit pas être portée trop vite à un taux élevé. C'est seulement quand le poids du corps est ramené à la moyenne correspondant à l'âge et au sexe du sujet, que la « cure » peut être abandonnée et les besoins de l'alimentation satisfaits dans une plus large mesure.

Tandis que tout ce que nous avons dit jusqu'ici vise uniquement la réduction de la *formation graisseuse*, la cure anti-obésique peut d'autre part

mettre à contribution la série de facteurs qui ont pour effet d'activer la *destruction* de la graisse organique. Citons en première ligne le *travail musculaire*, sous l'influence duquel le tissu adipeux doit évidemment se consumer davantage. Des exercices corporels prescrits avec discernement et mesure, et tels qu'ils se pratiquent le mieux en faisant des *cures de terrain*, constituent un moyen adjuvant excessivement précieux de toute cure d'émaciation, principalement, comme OERTEL l'a récemment démontré, parce que, en augmentant l'impulsion du cœur et en rendant les inspirations plus profondes, les exercices physiques ont pour effet de renforcer le muscle cardiaque et d'accélérer le mouvement circulatoire. Il va sans dire qu'on peut alors augmenter, dans une certaine proportion, la ration alimentaire, ce qui n'empêche pas la continuation de la désassimilation graisseuse.

Les *bains* (bains froids, bains alcalins, bains chargés d'acide carbonique, etc.), ont sur les processus d'oxydation une action beaucoup moins puissante que les exercices musculaires. Leurs effets ne sont néanmoins pas à dédaigner, surtout en raison de l'action excitante qu'ils possèdent sur le système nerveux. En revanche, OERTEL accorde une grande importance à un autre facteur, peu apprécié jusqu'ici, à savoir la *déshydratation du corps*. Quoique cette question se rapporte principalement au traitement des troubles circulatoires (v. t. I), puisqu'en retranchant de la masse des humeurs, on remédie mécaniquement aux désordres de la circulation et aux stases veineuses, la diminution de la masse absolue des liquides organiques n'en a pas moins une certaine valeur dans la cure d'amaigrissement. Rien qu'en réduisant la quantité de boisson, comme OERTEL l'a fait voir, la nutrition et la façon de vivre restant égales d'ailleurs, la graisse peut subir une diminution, ce qui tient probablement à ce que l'ondée circulatoire coule plus facilement et donne conséquemment lieu à une suractivité des processus d'oxydation. Cependant la cause principale de la rapide diminution en poids qu'on observe chez les obèses à la suite des méthodes de déshydratation, ne dépend pas d'un départ de graisse, mais bien d'une *réduction* notable de la *quantité absolue de liquide*. — Outre la *diminution de la quantité de boisson*, l'*hypersécrétion sudorale* provoquée par les *exercices physiques* et par les *bains de vapeur* peut aussi venir en aide à la cure d'amaigrissement. Toutefois la soustraction de grandes masses de liquide ne doit être entreprise qu'au cas où les symptômes initiaux de la rupture de compensation se sont manifestés.

On voit, par conséquent, que pour traiter la polysarcie nous disposons d'une série de puissants remèdes, dont l'application spéciale à un cas donné ne doit pas se faire d'après une règle uniforme, mais en se laissant guider

par les circonstances individuelles. L'essentiel est que les prescriptions médicales soient, non pas seulement formulées, mais exactement suivies, et c'est là l'écueil où beaucoup de cures viennent échouer. Car l'accomplissement de ces prescriptions ne heurte pas seulement contre le manque d'énergie et de persévérance de la part des malades, mais aussi contre les exigences implacables de la profession et de la position sociale. Au surplus, il est souvent impossible d'instituer le traitement de l'obésité dans le milieu où vit le malade, et à ce point de vue les *stations balnéaires* et les *cures hydriatiques* méritent d'être recommandées avec instance, puisque c'est là seulement que les malades de l'espèce trouvent le repos et savent prendre la résolution nécessaire pour changer de vie. Il s'ensuit que les résultats incontestables des bains de *Karlsbad*, de *Marienbad*, de *Kissingen*, de *Taras* et d'autres lieux, dans le traitement anti-obésique, ne tiennent que pour une très petite part à une action spécifique de ces sources, et dépendent pour la majeure partie de la stricte exécution des prescriptions diététiques détaillées plus haut. Cependant il ne faudrait pas dénier tout mérite aux eaux prises en boisson, attendu que, par leur effet dérivatif, la nourriture ingérée se résorbe en quantité moindre, ce qui d'autre part, il est vrai, expose à la désassimilation organique des tissus albuminoïdes. De là vient « l'action hyposthénisante » de ces eaux, dont les malades se plaignent souvent et qui ne peut être compensée que par un apport suffisant de principes azotés. Eu égard à ce que nous avons dit sur les effets parfois avantageux de la déshydratation, il faut éviter d'user des eaux minérales en trop grande abondance.

CHAPITRE TREIZIÈME.

SCROFULOSE.

(Scrofule.)

Définition et symptômes de la soi-disant scrofulose. En ajoutant, pour clore cette partie du livre, un court aperçu sur la scrofulose, nous agissons uniquement dans des vues pratiques. Car, scientifiquement parlant, la scrofulose n'est *pas une entité morbide particulière*, mais seulement une expression *symptomatique* qui se rencontre surtout chez les enfants et qui consiste principalement dans l'*infiltration chronique des glandes lymphatiques* et dans certaines *affections de la peau* et des *muqueuses*. L'apparition simultanée de ces phénomènes donne effectivement lieu à un complexe assez caractérisé pour être reconnu au premier coup d'œil.