

lescence peut être longue (grande lassitude). Très récidivante, cette affection se reproduit toujours sous le même type, chez un même sujet.

**Diagnostic.** — Le début peut faire croire à une fièvre typhoïde, à un rhumatisme articulaire. Morphologiquement, on ne confondra pas les *macules* avec les *engelures* (douleur, prurit); les *nouures*, avec l'*érythème induré* (Bazin) observé sur les jambes des jeunes filles lymphatiques (nodosités durables, de couleur uniforme), avec les *gommés du tibia* (ne formant pas le godet même sous une pression digitale soutenue), avec les *syphilides* (coloration cuivrée, disposition circinée, collerette épidermique) ou, avec les *érythèmes iodiques* (nodosités généralisées ne laissant pas d'ecchymoses consécutives).

## CHAPITRE IV

## SÉMIOLOGIE DES MALADIES DYSCRASIQUES

## I. — OBÉSITÉ

L'obésité consiste en le développement excessif du tissu adipeux dans l'organisme. Souvent héréditaire, faisant partie de la *série* dite *arthritique* (goutte, gravelle, diabète, etc.), elle est favorisée : par un régime trop plantureux, trop riche en graisse et en hydrocarbures (farineux, sucres), par la sédentarité, l'alcoolisme, l'anémie (oxydations insuffisantes), mais implique toujours l'atteinte d'un centre trophique probablement chargé de maintenir l'équilibre entre l'assimilation d'une part, et, de l'autre, l'oxydation et la désassimilation des graisses dans l'économie (Debove). L'obésité peut apparaître dès l'enfance, mais se développe surtout à l'âge adulte (de 20 à 50 ans) et chez les femmes (souvent à la ménopause). Elle est *simple* ou *compliquée* (anémie, diabète, goutte, lithiase biliaire ou urinaire).

L'obésité s'installe d'habitude peu à peu, modifiant plus ou moins profondément les formes extérieures : l'abdomen en premier lieu chez l'homme; les épaules et les seins chez la femme. A la période d'état, les joues sont bouffies; le cou et la nuque, coupés de nombreux plis et bourrelets, semblent raccourcis. Les épaules, empâtées, sont plus larges et plus rondes. Chez la femme, les seins peuvent acquérir un volume et un poids monstrueux. Boursoufflé, le ventre, rayé de plis transversaux, retombe sur les cuisses. Les organes génitaux disparaissent parfois, enfouis au milieu des bourrelets adipeux. Les fesses s'étalent et prennent des proportions énormes; les cuisses et les jambes deviennent uniformément cylindriques; des sillons se creusent aux poignets et aux chevilles, comme chez les enfants du premier âge.

Le *facies* est tantôt congestif, avec cyanose des lèvres, des joues et des ailes du nez (*obèses florides*); tantôt, et plus souvent, pâle et anémié. Toujours pénible, la marche devient impossible dans les cas extrêmes. Les *forces*

sont toujours amoindries; tout effort fatigue, l'apathie intellectuelle n'est pas rare. La *somnolence* est fréquente, surtout après les repas.

La *surcharge graisseuse du cœur*, l'*emphysème pulmonaire* (habituel), le volume des organes abdominaux (tympanisme, hypertrophie du foie) gênant le jeu du diaphragme, contribuent à entretenir l'*oppression* qui naît ou s'exagère au moindre effort.

L'insuffisance relative du myocarde entraîne : des *palpitations*, de l'œdème vespéral des membres inférieurs, des hémorragies (épistaxis, métrorragies, hémoptysies). Beaucoup d'obèses sont grands mangeurs et grands buveurs, mais la moitié ont une ration alimentaire égale ou même inférieure à la moyenne normale. Les gros mangeurs ne tardent pas, à la suite d'indigestions répétées, à rester dyspeptiques. Tantôt la constipation prédomine, tantôt la diarrhée fétide, parfois graisseuse. Les *fonctions génitales* sont en général languissantes (frigidité précoce chez l'homme, dysménorrhée, aménorrhée et stérilité chez la femme).

Le degré d'obésité ne peut être évalué que par la *pesée*, en comparant le poids du sujet au poids moyen d'un individu sain de même âge et de même taille indiqué par les tables dressées à cet effet<sup>(1)</sup>. Des pesées périodiques permettront de suivre la marche de l'obésité et les effets de la cure de réduction. Le poids d'un obèse adulte de taille moyenne varie de 90 à 150 kilogrammes. Les poids cités de 200, 225, 309, 490 kilogrammes constituent des curiosités pathologiques.

Habituellement, sauf coïncidence, l'*auscultation du cœur* ne fait pas constater de souffles organiques. Le choc précordial est souvent faible ou imper-

(1) Poids moyen de l'adulte selon la taille (d'après Quételet).

Taille 1 <sup>m</sup> ,50	52 kilogrammes.	Taille 1 <sup>m</sup> ,75	75 kilogrammes.
— 1 <sup>m</sup> ,55	54 —	— 1 <sup>m</sup> ,80	79 —
— 1 <sup>m</sup> ,60	60 —	— 1 <sup>m</sup> ,85	85 —
— 1 <sup>m</sup> ,65	64 —	— 1 <sup>m</sup> ,90	88 —
— 1 <sup>m</sup> ,70	67 —		

Poids moyens et tailles moyennes selon l'âge et le sexe (d'après Quételet).

HOMMES			FEMMES		
Age.	Taille en mètres.	Poids en kilogr.	Age.	Taille en mètres.	Poids en kilogr.
Nouveau né . . .	0,500	5,20	Naissance . . .	0,490	2,91
1 an . . . . .	0,698	9,45	1 an . . . . .	0,690	8,79
5 ans . . . . .	0,864	12,47	5 ans . . . . .	0,852	11,79
5 — . . . . .	0,988	15,67	5 — . . . . .	0,974	14,56
10 — . . . . .	1,275	24,52	10 — . . . . .	1,248	25,52
15 — . . . . .	1,546	45,62	15 — . . . . .	1,499	40,59
20 — . . . . .	1,674	60,06	20 — . . . . .	1,572	52,28
25 — . . . . .	1,680	62,95	25 — . . . . .	1,577	55,28
50 — . . . . .	1,684	65,65	50 — . . . . .	1,577	54,55
40 — . . . . .	1,684	65,67	40 — . . . . .	1,579	55,25
50 — . . . . .	1,674	65,46	50 — . . . . .	1,556	56,16
60 — . . . . .	1,659	62,94	60 — . . . . .	1,516	54,50
70 — . . . . .	1,625	59,52	70 — . . . . .	1,514	51,51

ceptible; les bruits du cœur sont sourds, à moins d'artério-sclérose (renforcement du 2<sup>e</sup> ton aortique).

Le *pouls*, petit en cas d'adipose du myocarde, plein s'il y a artério-sclérose, est tantôt ralenti, tantôt accéléré et arythmique. Le sang des obèses est soit trop riche, soit pauvre en hémoglobine. L'*auscultation des poumons* fait souvent constater de l'emphysème et de la bronchite chronique. On constate fréquemment du tympanisme abdominal, un gros foie, des hémorroïdes.

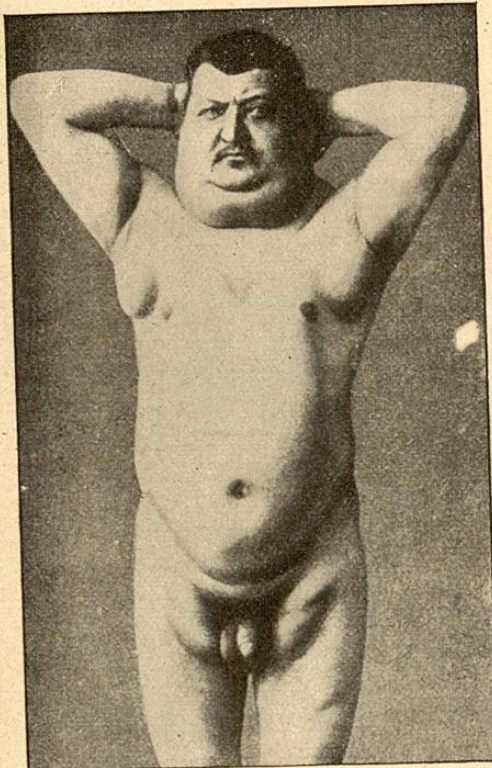
Les boissons copieuses, la fréquente coïncidence du diabète rendent la *polyurie* très commune chez les obèses. En dehors de tout diabète, la *glycosurie* n'est pas rare chez eux, grâce aux lésions du foie. Le *taux de l'urée* est plus souvent inférieur que supérieur à la normale. L'élimination excessive d'acides gras par la peau explique la fréquence de la *séborrhée*, de l'*eczéma* et de l'*acné*.

**Évolution.** — L'*obésité congénitale* peut guérir par le sevrage; l'*obésité de l'enfance* disparaît souvent avec la puberté. L'*obésité de l'adulte* peut rester des années stationnaire. Elle est plus souvent progressive et finit par condamner ses victimes à l'immobilité. Il est rare que l'obésité reste pure: elle s'associe trop souvent: au diabète, à la *goutte*, à la *gravelle*, à la *lithiase biliaire* ou à l'*asthme*. La *congestion pulmonaire*, l'*asystolie* sont souvent des complications fatales.

FIG. 206. — Adéno-lipomatose symétrique (Malade d'Hayem). (Dieulafoy.)

La *mort subite* n'est pas rare non plus chez ces malades, survenant sous des influences diverses: rupture du cœur, syncope, œdème aigu du poumon, hémorragie cérébrale. L'obésité aggrave beaucoup le pronostic de toutes les infections.

**Diagnostic.** — L'obésité se reconnaît en général à première vue; il est rare qu'on la confonde avec l'*anasarque*, le *myœdème* ou l'*éléphantiasis*; on ne devra pas surtout lui imputer certaines adiposes d'origine probablement trophique, comme la *maladie de Dercum* (adipose douloureuse), ou encore l'*adéno-lipomatose symétrique*, affections qui, malgré leur rareté, méritent, à cette place, une rapide description:



Plus fréquente chez la femme, la *maladie de Dercum* (1) est caractérisée par le développement, soit en des zones circonscrites (les membres inférieurs ou supérieurs, la nuque), soit sur la presque totalité du corps (*forme diffuse*), de néoplasies graisseuses, en masses arrondies comme des lipomes (gros comme une noix, une mandarine ou plus) ou en nappes diffuses. La *topographie* en est *symétrique*, les mains et les pieds sont toujours respectés. Le début coïncide avec l'âge moyen de la vie, fréquemment avec la ménopause. Outre ces signes extérieurs, la maladie comporte, contrairement à l'obésité, des troubles constants de la sensibilité et de l'état mental. Les zones adipeuses sont en effet le siège de *douleurs spontanées* plus ou moins vives et d'un *endolorissement variable à la pression*. Ces malades accusent de plus une *asthénie* qui les tient au lit et leur fait redouter tout effort. Enfin leur état psychique offre plus d'une anomalie (tristesse, amnésie, instabilité ou confusion mentale). La fréquence des hémorragies a été également notée chez eux. La maladie de Dercum ne menace pas la vie, mais n'est pas susceptible de guérison.

Affection de l'âge adulte, l'*adéno-lipomatose symétrique* est incomparablement plus commune chez l'homme que chez la femme. Elle comporte le développement insidieux, dans des régions symétriques bien définies (la nuque, le devant du cou, les aisselles, les aines; plus rarement le creux sous-claviculaire, le dos, le haut des cuisses), de masses graisseuses *indolentes*, plutôt mollasses que fermes, tantôt limitées comme des lipomes (gros comme une noix, un œuf), tantôt diffuses. La nuque et le cou sont d'abord envahis (double menton, tête *en poire*) quelquefois, isolément dans les *formes circonscrites* (cas de Dieulafoy (2), de Debove (3),

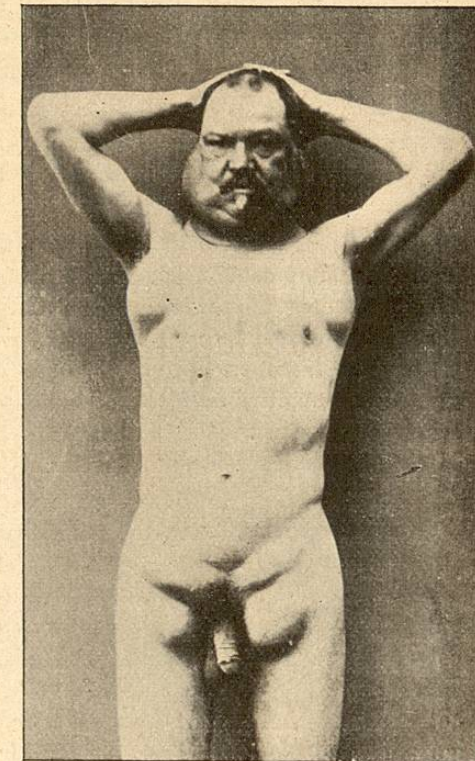


FIG. 207. — Adéno-lipomatose symétrique (Malade de Siredey). (Dieulafoy.)

(1) VOY. DEBOVE, Adipose douloureuse, *Presse méd.*, 17 juillet 1901 et *Arch. gén. de méd.*, 15 décembre 1903.

(2) DIEULAFOY, Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. IV.

(3) DEBOVE et SAINTON, La lipomatose cervicale et son traitement. *Rev. de thérap.*, 15 mars 1904.

les autres territoires sont pris peu à peu dans les *formes diffuses* (cas d'Hayem, Siredey, Launois et Bensaude, Pitres, Sabrozes, etc.). L'état général reste habituellement intact, sauf dans les cas rares où l'adipose envahit le médiastin, provoquant ainsi, par compression, des troubles dyspnéiques plus ou moins graves, pouvant nécessiter une intervention sanglante (cas de Debove et Tuffier). Ces quelques particularités suffisent à rendre impossible toute confusion avec l'obésité simple dont la coexistence est du reste possible, quoique rare.

Le diagnostic de la *variété* de l'obésité (obèse floride ou anémique?), de ses *complications* (diabète, goutte, lithiase rénale ou hépatique), de l'état des fonctions circulatoires et rénales, est souvent plus délicat et offre une importance capitale au point de vue thérapeutique et diététique.

## II. — DIABÈTES SUCRÉS

Le diabète sucré est actuellement scindé en trois variétés : le *diabète pancréatique*, imputable à la suppression ou à l'insuffisance de la sécrétion interne du pancréas; le *diabète nerveux*, dépendant d'une altération physique ou fonctionnelle de l'appareil nerveux qui préside à la glycoso-formation; enfin, le *diabète constitutionnel*, le plus commun, que, faute de connaître sa vraie cause, on attribue à la diathèse dite arthritique. Cette classification théorique ne se retrouve pas toujours strictement en pratique, et beaucoup de faits intermédiaires rentrent difficilement dans l'un ou l'autre de ces cadres.

**I. Diabète pancréatique.** — Isolé par M. Lancereaux, ce type clinique est caractérisé par un diabète grave, à marche rapide, semblant correspondre à des lésions profondément destructives du pancréas. Il frappe, sans cause connue, dans la classe ouvrière surtout, entre 20 et 60 ans, des sujets sains et robustes, non obèses, exempts de toute tare arthritique, personnelle ou héréditaire.

Le *début* est parfois assez soudain pour que le malade en puisse préciser le mois ou même le jour. Il est marqué par des troubles variables : vomissements, coliques ou diarrhée, ictère, douleurs lombaires et épigastriques (comparables à celles du cancer du pancréas).

La *période d'état* est constituée par les grands signes du diabète : *polydipsie*, quelquefois précoce, à début brusque, soit inapaisable quelquefois plus vive la nuit, poussant les sujets à absorber, par jour, 4, 6, 10 litres et plus de liquide; *polyphagie*, moins constante, faim insatiable, mais sujette à des rémissions et disparaissant à la phase terminale. La sécheresse de la bouche, des lèvres, de la langue est habituelle, ainsi que la constipation qui fait quelquefois place à une diarrhée fétide, remarquable par la présence possible, dans les selles, de *matières grasses* et de *fibres musculaires* non digérées (*insuffisance pancréatique*). Précoce, la *polyurie* atteint, en peu de semaines ou de mois, 5, 10, 15 litres en 24 heures. Très denses (1030) et

acides, les *urines* claires et décolorées contiennent des quantités énormes de sucre (400, 600, 1000 grammes en 24 heures). Cette *glycosurie* est tenace; à peine réduite par le régime, elle ne tombe qu'à la période ultime. Les urines, non albumineuses le plus souvent, sont surchargées d'urée. Selon Lancereaux, cette *azoturie* marche de pair avec la glycosurie.

La frigidité, précoce, arrive vite à l'*impuissance* absolue. Les forces tombent rapidement; les *réflexes rotuliens* sont diminués ou abolis. Pourtant la symptomatologie nerveuse est moins riche que celle du diabète constitutionnel. L'intelligence peut rester intacte; mais, bien plus souvent, la mémoire, la volonté, l'aptitude au travail faiblissent vite; le caractère s'aigrit, s'assombrit; la phase terminale est marquée par une torpeur physique et morale, plus ou moins profonde, qui aboutit au *coma*.

De bonne heure les malades *maigrissent* et dépérissent rapidement (diabète maigre). Leur peau est sèche, squameuse, décolorée; leur chevelure s'éclaircit. Décharné, le corps (perd 4 à 5 kilogrammes par mois) ne tarde pas à être presque squelettique. La température est égale ou un peu inférieure à la normale (36°-37°). Le *pouls*, petit et mou, s'accélère à la fin.

**Évolution.** — Le diabète pancréatique traverse *trois périodes* :

1° *Phase initiale*, à début brusque, où apparaissent et se complètent en quelques mois les grands signes du diabète.

2° *Phase d'état* où progressent les signes précédents.

3° *Phase terminale* où se confirme la cachexie qu'accélère souvent la tuberculose pulmonaire.

La *durée* totale peut ne pas dépasser 6 mois et atteint rarement 5 ans. La *terminaison fatale* est le résultat du marasme, du coma, d'une maladie intercurrente; le plus souvent de la *tuberculose pulmonaire*, presque constante.

**Diagnostic.** — Cette variété de diabète se reconnaît souvent : à son début brusque, à sa marche progressive, rapidement grave, et à l'absence de stigmates d'arthritisme.

**II. Diabète nerveux.** — Le *diabète nerveux* peut être lié : à des *lésions bulbo-protubérantielles* (tumeurs, abcès, ramollissement, gommès, etc.); à des *lésions cérébrales, méningées* ou *spinales*, ou même à des *lésions névritiques* (pneumogastrique et sympathique). Les *traumatismes du crâne* (fractures, plaies) et du *rachis* (luxations, fractures de la colonne cervicale), causes fréquentes de glycosurie, sont aussi susceptibles de faire naître un vrai diabète.

Quelquefois insidieux, le *début* du diabète nerveux est plus souvent rapide et brusque. Le syndrome diabétique est généralement très franc. La *polyurie* (inconstante) varie de 4, 10 à 15 ou 20 litres par 24 heures, elle peut précéder la *glycosurie* et lui survivre; celle-ci est très variable (quelques grammes à 500 ou 1000 grammes de sucre). L'*azoturie*, l'*albuminurie* manquent souvent. La densité des urines est élevée (1020-1050). La *polydipsie* marche de pair