

En réalité le problème pathogénique et thérapeutique de l'obésité est beaucoup plus complexe qu'il ne paraissait jusqu'ici.

L'on considère aujourd'hui l'obésité, non comme une sorte d'infirmité due aux causes univoques précitées, mais comme un syndrome placé sous la dépendance de causes multiples et dissemblables bien qu'exerçant toutes leur influence de la même façon, en faussant le mécanisme de l'appareil nerveux régulateur de la nutrition. Il n'y a donc pas une obésité, mais des obésités, comme il existe des diabètes, des albuminuries, etc. De cette conception nouvelle, plus conforme aux données de la pathologie générale, découlent des indications thérapeutiques nouvelles. Pour guérir l'obèse, il convient, avant tout, de découvrir la cause du trouble morbide et de traiter cette cause; l'accumulation de la graisse n'est qu'un fait secondaire qui ne mérite pas de concentrer toute l'attention du praticien.

Donc, plus de thérapeutique visant uniquement l'amaigrissement en troublant l'organisme par une alimentation insuffisante, par le surmenage physique, par des médications toxiques (thyroïdine), thérapeutique dont les résultats difficiles à obtenir, ne sont que passagers. L'obèse amaigri par ces procédés n'en reste pas moins un malade, malgré la disparition artificielle de quelques kilogrammes qu'il récupère d'ailleurs dès la cessation du traitement. Ce qu'il faut donc c'est s'attaquer à la cause même de l'obésité et viser d'autre part le rétablissement de l'équilibre nerveux. Sans aller jusqu'à dire, avec M. G. Leven, que l'obèse doit maigrir en mangeant à sa faim, en buvant à sa soif, sans surmenage physique — car il est des cas où l'obésité est réellement produite et entretenue par les écarts de régime et les fautes contre l'hygiène — il est légitime de constater que les prescriptions relatives au régime et l'exercice doivent perdre une partie de la prépondérance qu'on leur accordait jusqu'ici.

Nous examinerons successivement le rôle de l'alimentation, celui de la sédentarité, enfin celui des causes que l'on incrimine aujourd'hui concurremment aux précédentes.

Alimentation. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'alimentation excessive a toujours été considérée comme jouant un rôle des plus importants dans la production de l'obésité, mais suivant les époques et les théories physiologiques régnantes, les opinions ont varié sur l'interprétation du mode d'action des principaux aliments et boissons.

Il y a un demi-siècle, on pensait que la graisse provenait directement et exclusivement des aliments gras ingérés. Puis des études physiologiques multiples ont conduit à admettre que les trois ordres d'aliments : albuminoïdes, hydro-carbonés et gras peuvent concourir à sa production.

Pettenkofer et Voit ont mis hors de doute le fait de la transformation en graisse d'une partie de la matière albuminoïde de la viande; ils en ont donné la démonstration indirecte en dosant le carbone et l'azote, ingérés et éliminés. C'est ainsi qu'en donnant à un chien de la viande dégraissée, ils n'ont pu retrouver qu'une partie du carbone contenu dans cette viande; une partie étant restée à l'état de graisse dans l'organisme. La part contributive de la viande dans la formation de la graisse serait d'ailleurs peu considérable.

La graisse peut être fournie directement par les substances grasses (expériences d'Hoffmann); mais, en clinique, on ne peut considérer l'alimentation par les graisses comme un facteur important d'obésité et la plupart des obèses ne consomment pas plus de graisse que n'en comporte le régime normal; beaucoup d'individus deviennent ou restent obèses en s'abstenant presque complètement de l'usage des graisses.

Le principal rôle dans la production de la graisse est aujourd'hui attribué aux aliments hydro-carbonés, ainsi qu'il résulte des expériences de Meissl, de Munk, etc. Les sucres et l'amidon fournissent plus de graisse que les aliments azotés. Les hydrates de carbone ne donnent pas directement la graisse, mais agiraient comme les aliments

d'épargne; ils permettraient à la graisse qui résulte du dédoublement des albuminoïdes de s'accumuler dans l'organisme.

Les divers aliments pouvant, quoique à des degrés inégaux, donner lieu à la formation de graisse, on fut conduit logiquement à proposer la réduction de la quantité des aliments, plutôt que la suppression de tel ou tel ordre d'aliments. Par ce moyen on obtient, il est vrai, l'amaigrissement, mais celui-ci se produit non seulement aux dépens de la graisse, mais de toute la substance; il y a destruction simultanée des matériaux albuminoïdes de l'organisme.

Le rôle des boissons, de l'eau en particulier, a été très discuté. Dancel, le premier, insista sur l'opportunité de la réduction des boissons à un minimum; depuis Dancel, la plupart des médecins qui se sont occupés du régime des obèses: Dujardin-Beaumetz, Ebstein, Cœrtel, etc... ont préconisé le régime sec. Cependant, d'après Oppenheim, Fränkel, MM. Debove et Flamant, l'eau n'aurait que peu d'influence sur l'engraissement; certains (Bischoff, Voit, Genth, A. Robin) estiment même que l'eau exerce une influence sur la désassimilation, qui se traduit par l'élimination d'une plus grande quantité d'urée. G. Sée était d'avis que les boissons abondantes ne favorisent pas l'obésité; il leur reconnaissait un avantage que l'on ne doit pas dédaigner chez les obèses, gouteux, graveleux, c'est leur action diluante. La réduction des boissons serait donc, le plus souvent, inutile, parfois nuisible. Cependant, en pratique, le régime sec favorise incontestablement l'amaigrissement, et chez les obèses atteints d'adipose cardiaque, il constitue un élément indispensable du traitement.

On a établi une distinction suivant que l'eau est bue pendant les repas ou en dehors des repas. C'est la ration bue pendant les repas qui provoquerait l'engraissement; la boisson prise à distance des repas n'aurait aucune influence à cette égard (?).

Tous les physiologistes sont d'accord pour admettre que les boissons alcoolisées sont éminemment stéatogènes. On explique ce fait en disant que l'alcool agit comme aliment d'épargne ou qu'il fournit un grand nombre de calories inutilisées pour les dépenses organiques.

Telles sont les données généralement admises en ce qui concerne le rôle de l'alimentation. La clinique nous apprend que ce rôle est bien moins important et moins constant qu'il n'apparaît. Ainsi M. Bouchard, sur 111 obèses, a constaté que 50 avaient un régime normal, que 40 étaient gros mangeurs, que 10 avaient une ration quotidienne inférieure à la normale. Quel est le médecin qui n'a été consulté, au moins une fois, par un obèse se plaignant d'engraisir sans cesse malgré le régime le plus sévère? Inversement, on peut observer des malades — tels certains neurasthéniques — qui maigrissent progressivement malgré une alimentation très abondante consistant principalement en féculents, en crèmes, en graisse.

Quant à l'influence de la qualité des aliments sur l'engraissement, elle est également contestable, ou tout au moins susceptible d'une interprétation différente de celle que l'on donne habituellement.

La valeur calorique des aliments, contrairement à l'opinion de Noorden, ne peut toujours entrer en ligne de compte. C'est en créant la dyspepsie, que les aliments, quels qu'ils soient, peuvent conduire à l'obésité; cette interprétation peut être étendue aux boissons qualifiées stéatogènes; c'est du moins l'opinion de M. G. Leven (*L'obésité et son traitement*, Paris, 1904), que, pour notre part, nous considérons comme trop absolue, car l'influence stéatogène du vin, de la bière nous paraît incontestable.

Aux considérations qui précèdent on peut faire l'objection suivante qui se présente de suite à l'esprit. Comment concilier la théorie qui attache à l'alimentation une influence très relative sur l'obésité avec ce fait que tous les régimes basés sur la réduction de l'alimentation font maigrir les obèses? Il est incontestable qu'en alimentant un obèse d'une façon insuffisante, on obtient un amaigrissement plus ou moins rapide et marqué;