

le traumatisme présente des signes non équivoques de diabète, y compris la glycosurie, il est évident qu'en pareil cas le traumatisme doit être incriminé, il n'y a pas d'hésitation, et le plaignant a droit à une indemnité.

Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi simple, il s'en faut; le diabète traumatique, comme le diabète non traumatique, peut évoluer pendant des mois et des années sans se révéler par tels symptômes cardinaux, polydipsie excessive, polyurie exagérée, qui mettent vite sur la voie du diagnostic. Souvent on est diabétique sans le savoir, on n'a ni plus soif ni plus faim qu'à l'état normal, et cependant on éprouve une certaine faiblesse qu'on met sur le compte de la fatigue, on se plaint de douleurs qu'on qualifie de rhumatisme, on souffre d'un état nerveux qu'on décore du nom de neurasthénie, et ce n'est que des mois après, qu'on s'aperçoit que tous ces troubles faussement interprétés devaient être imputés au diabète.

Cette discussion est applicable au diabète traumatique qui peut rester longtemps ignoré et qui, pour des raisons que je n'ai pas à apprécier ici, peut n'être reconnu que tardivement. Comment affirmer en pareille circonstance que le traumatisme a été l'origine de ce diabète qui est resté méconnu pendant un an ou deux? Je crois, en pareil cas, que le plaignant perdra son procès.

Pathogénie. — Je voudrais maintenant dire quelques mots de la pathogénie des diabètes traumatiques, mais cette pathogénie est pour le moment livrée à des hypothèses. Si on se reporte aux mémorables expériences de Claude Bernard, on sait que la piqûre du quatrième ventricule, entre les racines des nerfs pneumogastriques et des nerfs acoustiques, détermine la polyurie, plus haut, la glycosurie, plus haut encore elle provoque l'albuminurie. Mais ces phénomènes d'ordre expérimental sont passagers, ils ne sont nullement comparables aux faits pathologiques, qui nous montrent l'existence durable et parfois indéfinie d'un diabète sucré et d'un diabète insipide.

De plus, il n'existe habituellement aucune lésion du qua-

trième ventricule au cas de diabètes traumatiques; une chute sur les pieds, sur les reins, une violente commotion sont autant de traumatismes qui peuvent provoquer les diabètes sucré ou insipide. On dirait qu'il suffit d'une perturbation dynamique dans le fonctionnement de certaines cellules nerveuses pour faire apparaître la soif ou la faim; quelle est cette perturbation et quelles sont les cellules nerveuses qui sont en cause? Je l'ignore.

Ce qui est encore inexplicable dans le fait pathologique, c'est la dissociation soudaine et indéfinie de l'acte morbide. Pourquoi, à la suite de coups, de chute, de contusion, tel individu sera-t-il pris de polydipsie simple, sans que jamais, pendant des mois, on ne puisse constater la moindre trace de glycose dans ses urines? Pourquoi, au contraire, un traumatisme identique, coups, chute, contusion, va-t-il déterminer chez tel autre individu, non seulement la glycosurie, mais le diabète sucré avec tout son cortège? C'est, dirait-on, affaire de localisation; j'aime mieux avouer notre ignorance sur ce point; autant de questions qui, pour le moment restent sans réponse.

Le traitement du diabète sucré traumatique est à peu près le traitement du diabète sucré non traumatique. Au traitement général du diabète, régime alimentaire, privation d'aliments et de boissons sucrées, diminution (mais non privation) des aliments farineux, préparations arsenicales et alcalines, antipyrine, on doit associer un traitement local, révulsifs, séton, cautères suppurés à la nuque, surtout si le diabète est consécutif à un traumatisme cérébral.

§ 8. OBESITÉ

Description. — L'obésité est l'état pathologique causé par l'hypertrophie généralisée du tissu adipeux. A un degré peu prononcé elle se confond avec l'embonpoint; poussée à l'extrême, elle prend le nom de *polysarcie* ou d'*adipose*. Les adiposes *localisées*, telles que les lipomes,

l'hyertrophie lipomateuse des muscles, l'adipose sous-cutanée paralytique doivent être distinguées de l'obésité.

La répartition du tissu graisseux chez l'obèse ne se fait pas d'une façon uniforme et identique. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, les franges épiploïques, le mésentère, l'atmosphère celluleuse des reins, la surface du cœur, le tissu cellulaire de l'orbite, peuvent être envahis par la graisse. Chez les gros mangeurs, l'obésité atteint surtout les parois abdominales au point d'y former de véritables bourrelets cutanés avec distension de la peau et vergetures comparables à celles de la grossesse. Chez certaines personnes, la graisse s'accumule au cou (triple menton), aux mamelles; l'adipose n'existe pour ainsi dire jamais à la verge et au scrotum. Les viscères, le foie, les reins, le cœur en particulier peuvent être envahis par la graisse.

Une distinction importante doit être faite entre la *surcharge graisseuse* compatible avec la vie des éléments cellulaires, et la *dégénérescence graisseuse* qui, elle au contraire, frappe les éléments voués à la mort ou déjà même nécrobiosés. La première appartient à l'obésité, elle est curable, la seconde est le résultat d'infections et d'intoxications, elle est incurable. Cependant lorsque la polysarcie est extrême et invétérée, elle est une cause de gêne, de fatigue pour le fonctionnement des organes et la dégénérescence graisseuse ou scléro-graisseuse vient souvent s'ajouter à la surcharge graisseuse; à partir de ce moment, les accidents éclatent et finissent par emporter le malade.

À un degré peu prononcé, lorsqu'elle est récente, lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion viscérale proprement dite, telle en un mot qu'on l'observe chez les sujets jeunes, l'obésité ne provoque qu'un peu d'essoufflement à l'occasion des mouvements et des efforts; la respiration est légèrement bruyante, la fatigue est rapide, aussi les obèses sont-ils assez apathiques et ont-ils peu d'aptitude aux exercices physiques.

Les digestions sont généralement lentes, pénibles; après

les repas survient une légère somnolence, mais là se bornent d'habitude les troubles de la santé, si bien que l'obésité peut être considérée bien plus comme une infirmité que comme une maladie véritable.

Au contraire, lorsque l'adipose est excessive, et que le malade n'est plus jeune, il a généralement la face fortement colorée et même cyanosée; sa démarche est lourde, lente, pénible, l'oppression s'accroît au moindre mouvement; l'ascension des escaliers devient tout particulièrement pénible, la parole est brève, entrecoupée, pas moyen de prononcer une phrase un peu longue sans s'arrêter pour reprendre haleine. L'appétit est tantôt augmenté, tantôt diminué; la soif est presque toujours accrue. Les digestions sont pénibles; après les repas, le sommeil devient un besoin impérieux; l'aptitude au travail intellectuel n'est pas toujours diminuée; c'est même là une particularité intéressante. L'exploration du foie dénote fréquemment une augmentation de volume et la sensibilité de cet organe.

Les selles sont souvent peu colorées. Les battements du cœur sont sourds, mal frappés, parfois irréguliers, le volume du cœur est augmenté et la pointe est difficile à trouver.

La peau se couvre de sueur au moindre exercice, elle exhale une odeur fétide toute spéciale, due à l'exagération de la sécrétion sébacée et aux modifications chimiques subies par cette sécrétion; elle s'irrite très facilement, aussi les érythèmes, l'intertrigo, l'eczéma sont-ils fréquents chez les obèses.

Les urines présentent des altérations importantes qui servent souvent de guide à la pathogénie et à la thérapeutique de l'obésité.

Sans parler de la polyurie, de la glycosurie et de l'albuminurie qui se rencontrent souvent chez les obèses arthritiques et nerveux, le dosage de l'urée, et d'une façon générale le dosage des produits azotés, a conduit à diviser les obèses en deux groupes, suivant que les substances azotées uri-

naïres sont augmentées ou non de quantité. Chez certains obèses la proportion de l'urée est diminuée.

Bon nombre de malades succombent à des accidents liés aux dégénérescences viscérales qui ne manquent presque jamais à un moment donné. L'asystolie progressive est un des modes de terminaison les plus fréquents; la mort survient encore à l'occasion d'une maladie intercurrente : pneumonie, bronchite généralisée, érysipèle, etc., qui chez tous les obèses ont une gravité extrême. D'autres malades succombent à une affection diathésique dont l'obésité n'est elle-même qu'une manifestation. Ici encore la polysarcie, en diminuant la résistance vitale des tissus, agit défavorablement.

Étiologie et pathogénie. — L'obésité est une maladie de tous les âges, plus fréquente chez les adultes et rare chez les vieillards du fait de la décrépitude générale. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; elle apparaît surtout au moment de la puberté, après le mariage, à l'occasion d'une grossesse, surtout de la première grossesse, enfin au moment de la ménopause. La vie génitale a donc sur l'apparition de l'obésité une importance capitale.

Maladie souvent héréditaire, elle survient chez certains sujets à la suite d'une affection aiguë (fièvre typhoïde et pneumonie), elle est alors la conséquence des modifications profondes apportées à la nutrition.

Obésité, migraine, lithiase biliaire, gravelle urique, asthme, rhumatisme articulaire, goutte, diabète, sont autant de manifestations d'une nutrition ralentie, telle qu'on la rencontre chez les *arthritiques*.

C'est encore au ralentissement de la nutrition que l'on a rattaché la surcharge grasseuse dans quelques maladies du système nerveux, l'hystérie en particulier et l'anémie pernicieuse progressive.

A l'état normal la graisse fixée dans les tissus a une double origine, l'alimentation et la désassimilation. La graisse pathologique a la même origine, cependant l'alimentation grasseuse exagérée ne produit pas l'obésité plus sûrement

que les aliments féculents sucrés, et les boissons alcooliques (vin, eau-de-vie, bière), témoin les Esquimaux qui se nourrissent presque exclusivement de graisse et qui ne sont pas plus atteints d'obésité que les habitants des pays méridionaux. Pour que ces causes alimentaires produisent tous leurs effets, il faut qu'elles agissent sur des sujets chez lesquels les oxydations sont ralenties et la combustion de ces substances incomplète. Le défaut d'exercice, l'absorption de grandes quantités d'aliments d'épargne, en diminuant la quantité d'oxygène absorbé et utilisé, favorisent le dépôt des gouttelettes grasseuses dans les tissus. La désassimilation exagérée conduit à un résultat identique, mais ici la source de la graisse est due aux substances quaternaires. Dans les intoxications et les infections, la production de graisse se fait aux dépens des éléments azotés; il en est de même dans l'anémie pernicieuse progressive. Chez ces malades, on trouve dans l'urine un excès d'urée et une substance albuminoïde formée également aux dépens des éléments protéiques incomplètement brûlés (Bouchard¹).

L'étude des variations du ferment saponifiant du sang, de la *lipase* (Hanriot), pourra peut-être nous éclairer sur la pathogénie de l'obésité; dans un cas, Achard et Clerc ont trouvé l'activité liposique exagérée².

Traitement. — L'hygiène alimentaire de l'obèse comporte les indications suivantes : pas de sucres, pas de mets sucrés, peu de féculents, rationnement des boissons prises aux repas, suppression de l'alcool, de la bière. Le café et le thé sont permis. On prescrira le massage, les frictions sèches, les exercices physiques. On devra toutefois éviter le surmenage, principalement chez les sujets avancés en âge.

Grâce à ces moyens hygiéniques, il est souvent possible de faire perdre au malade un certain nombre de kilogrammes; si ce traitement ne suffit pas, on y joint l'usage

1. Bouchard. *Mal. par ralent. de la nutrition*, p. 115.

2. Achard et Clerc. *La lipase à l'état pathologique*. Ac. des sciences, 15 novembre 1899.

de médicaments, tels que l'iode et les préparations *iodurées* (iodure de potassium à petite dose). On prescrit la teinture d'iode à la dose de trois à cinq gouttes dans une cuillerée de vin avant les repas. Les purgatifs répétés et les préparations alcalines sont indiqués. Les eaux de Marienbad, de Kissingen, de Montmirail, de Brides, etc., agissent à la fois comme alcalines et laxatives.

L'ingestion de corps thyroïde a été conseillée contre l'obésité, car le corps thyroïde ingéré active, on le sait, la dénutrition. Cette médication a donné de bons résultats¹. On prescrit tous les jours un demi-gramme à 1 gramme de glande thyroïde fraîche ou desséchée; les tablettes de Chaix et Rémy représentent chacune 25 centigrammes de glande thyroïde: on en peut prendre une ou deux à chaque repas.

§ 9. LIPOMATOSE DIFFUSE SYMÉTRIQUE A PRÉDOMINANCE CERVICALE

Je vais m'occuper dans ce chapitre de la maladie décrite par quelques auteurs sous le nom de lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale et par Launois et Bensaude¹ sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale, dénomination qui réserve une part à l'élément ganglionnaire. J'adopte la première de ces dénominations et j'en donnerai plus loin la raison.

Ici, comme dans tous les lipomes, il s'agit de tumeurs formées de tissu graisseux plus ou moins dense. Quand on dit de cette lipomatose qu'elle est *diffuse*, cela signifie que ses masses lipomateuses s'étendent sans tendance à s'encapsuler comme les lipomes vrais.

1. Launois et Bensaude. *Soc. méd. des hôp.*, 7 mai 1898. *La Presse médicale*, 1^{er} juin 1898. — *Iconographie de la Salpêtrière*. 1900, n^o 1 et 2.

A quelques exceptions près, la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale est une maladie de l'âge adulte tout à fait exceptionnelle chez la femme¹. Elle est loin d'être rare puisqu'on en connaît actuellement plus de cent cas. Elle n'est pas directement associée à l'obésité; on voit des gens obèses sans lipomes et l'on voit des lipomes chez des gens presque maigres. La cause réelle de l'affection nous est inconnue, l'hérédité n'est pas démontrée, l'arthritisme et l'alcoolisme sont souvent invoqués.

Le début de l'affection est insidieux, les tumeurs lipomateuses ne déterminant ni gêne, ni douleur. La symétrie est la règle, mais elle ne s'installe parfois qu'à intervalles plus ou moins éloignés. Très petits au début, les lipomes ne subissent pas toujours un accroissement progressif, ils peuvent rester stationnaires pendant des années et même régresser, mais je ne crois pas qu'ils puissent disparaître. Souvent ils prennent à la longue les dimensions d'une noix, d'un œuf, d'une orange; ils sont parfois en vahissants et finissent par acquérir des proportions colossales.

C'est à la région cervicale qu'apparaissent habituellement les premiers lipomes symétriques, tantôt aux parties antérieure et latérales du cou, tantôt à la nuque, qui est souvent la première envahie. Le cou grossit et il faut faire élargir les cols de chemise. Les tumeurs lipomateuses sont molasses, indolores, comme fusionnées, à contours mal limités; on peut les mobiliser en masse, elles ne sont ni adhérentes à la peau ni douloureuses. Suivant leur disposition et leur étendue, elles forment collier ou collette. Souvent le collier lipomateux fait un cercle complet, et aux régions sous-mentonnière, sous-maxillaire, parotidiennes, préauriculaires, rétro-mastoïdiennes font saillie des bosselures arrondies ou ovalaires noyées dans le tissu adipeux.

1. Launois et Bensaude. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 21 juin 1901.