

les excitants, le café, le vin pur, les liqueurs. Jusqu'à 2 ans, lait comme boisson, plus tard lait, eau, bière, cidre, etc. Certains légumes, l'oseille, les tomates, la salade sont à écarter. L'enfant fera des repas très réguliers (5 par jour); il mangera lentement. Il s'abstiendra de charcuterie, de gibier faisandé, de sauces épicées, etc. S'il est à la fois lymphatique et arthritique, on lui donnera l'huile de foie de morue, et on pourra le conduire aux eaux chlorurées sodiques fortes (Bourbonne, Salies, Salins, etc.), ou à la Bourboule, Saint-Nectaire, Bourbon-l'Archambault. S'il est nerveux, il ira de préférence à Plombières, Nérès, Bains, Luxeuil. S'il a des manifestations douloureuses du côté du tube digestif, de l'entérite glaireuse, des coliques, on l'adressera à Plombières, Bourbon-Lancy. S'il a de la tendance à l'obésité, avec constipation et paresse de l'estomac, on l'enverra à Châtel-Guyon et on recommandera le pain de Graham. S'il est uricémique ou graveleux, il ira à Contrexéville, Vittel, Évian, Capvern. A ces derniers malades conviennent aussi les eaux alcalines (Vichy, Vals, Pougues).

Les arthritiques albuminuriques (albuminurie physiologique, maladie de Pavy) seront envoyés aux eaux de Saint-Nectaire ou de Ragatz.

Pour combattre les désordres vaso-moteurs de la première période de l'arthritisme, les fluxions céphaliques, les névralgies, la migraine, rien ne vaut, d'après Lancereaux, la *quinine*, qui serait en quelque sorte le remède spécifique de la maladie. Ce médicament doit être pris à doses fortes et massives : 50 à 40 centigrammes en une fois pour un jeune enfant, 40 à 60 centigrammes pour un adolescent, etc. L'antipyrine, les bromures, l'opium sont plus rarement indiqués.

Aux arthritiques excitable, nerveux, convient avant tout l'hydrothérapie froide (douches froides et courtes, affusions, drap mouillé); le massage, la gymnastique, le cyclisme compléteront les effets sédatifs et dérivatifs de l'eau froide. Il faut traiter l'arthritisme, à sa première période, comme une névrose, c'est-à-dire par des moyens à la fois toniques et sédatifs (un bon régime alimentaire, l'hygiène des muscles et de la peau, la vie au grand air).

## I

## OBÉSITÉ

Ce qui caractérise l'obésité, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, c'est la production exagérée de la graisse dans les espaces conjonctifs du corps. L'engraissement morbide qui constitue l'obésité n'est pas accidentel, il ne s'observe pas indifféremment chez tels ou tels sujets : il fait partie d'une série pathologique héréditaire dont nous avons déjà parlé, et relève de la *diathèse arthritique*.

**Étiologie.** — Sans doute l'obésité est relativement rare dans l'enfance, elle est bien plus commune dans l'adolescence et à l'âge adulte, où elle acquiert son plein développement. Cependant elle commence à se dessiner en traits fort nets dans la seconde et même dans la première enfance. Bien plus, on a cité des cas d'obésité congénitale et intra-utérine. L'adipose

fœtale a pu être une cause de dystocie. Worthington (Thèse de Paris, 1875) cite le fait suivant : « A Finale, en Ligurie, une dame, après une grossesse énorme, accoucha d'un enfant obèse, et risqua de succomber au moment de ses couches. A 5 ans, la fille, qui était chargée du soin de cet enfant, ne pouvait plus le porter à cause de son poids; il avait un appétit énorme; ses parents, par le conseil d'un médecin, ne lui donnaient que très peu d'aliments peu nourrissants; il guérit de l'obésité, mais il finit par devenir épileptique. » Dans les *Éphémérides des curieux de la nature* (décade 2, an vi, citation de Worthington), on trouve l'histoire d'un enfant né obèse; l'augmentation de l'adipose fut tellement rapide et progressive que la nourrice ne trouvait pas de langes assez grands pour envelopper le bébé.

Chambers (Londres, 1850) a vu un enfant qui, à la naissance, pesait 16 livres, 60 livres à 1 an, 87 à 5 ans; il mourut de bronchite à 4 ans 1/2.

Ordinairement ce n'est qu'après la naissance que l'obésité infantile se développe; l'enfant vient au monde plus ou moins gros, puis il augmente rapidement au point d'acquérir à 2 ou 3 ans le volume et la taille d'un enfant de 7 à 8 ans. J'ai rencontré, assez souvent, des nourrissons, au sein ou au biberon, présentant tous les caractères de l'obésité (poids excessif, pannicule graisseux exagéré, extrémités gonflées outre mesure, plis cutanés profonds, etc.). Cette obésité tenait le plus souvent à un excès d'alimentation, mais elle s'observait surtout chez les enfants dont les parents étaient eux-mêmes d'une taille et d'un volume supérieurs à la moyenne. L'obésité en effet peut bien s'acquérir, grâce à une hygiène alimentaire spéciale, à une suralimentation progressive et bien tolérée, mais le plus souvent ces conditions ne suffisent pas, elles n'ont leur plein effet que chez les enfants prédisposés par l'hérédité.

Chez les enfants nourris exclusivement au sein, l'obésité est en quelque sorte naturelle et physiologique, elle est un signe de santé et un témoignage en faveur de la nourrice. Les peintres de l'école italienne (Raphaël, Titien, etc.) ne manquaient jamais de parer les petits enfants qui figurent dans leurs tableaux de cette obésité de bon aloi, qui n'a rien d'alarmant, car elle disparaît dans la suite, après le sevrage.

Les enfants nourris au biberon, alimentés prématurément, sont aussi quelquefois obèses, mais l'obésité ne va pas, chez eux, sans une certaine pâleur, avec mollesse des chairs, retard dans la marche, etc. Les premiers étaient obèses et pléthoriques; ceux-ci sont obèses, mais anémiques, hydrémiques. Cette obésité d'évolution des nourrissons est destinée à disparaître dans l'immense majorité des cas, quand le régime lacté, sucré et féculent, fait place à l'alimentation azotée.

La véritable obésité est celle qui se déclare après le sevrage, dans la seconde enfance; elle est héréditaire soit directement, soit par la voie collatérale; elle peut être similaire, les parents obèses engendrant des enfants obèses (la moitié des cas au moins), ou dissemblable (l'obésité des enfants dérivant d'une manifestation arthritique autre que l'obésité : migraine, asthme, gravelle, goutte, diabète, etc.). Voici, par exemple, les antécédents héréditaires d'une fillette de 10 ans (poids 45 kilog.) que j'ai observée :

père un peu gros et glycosurique, mère obèse et eczémateuse, grand-mère cardiaque, grand-père rhumatisant et hémorroïdaire. Quelle que soit l'importance de l'hérédité, il faut bien reconnaître que l'enfant, issu de parents obèses, n'apporte en naissant qu'une prédisposition à l'obésité, la maladie ne devant se développer que bien plus tard, au moment de la puberté, ou après elle. Quelquefois on ne trouve pas l'obésité chez les ascendants directs des enfants obèses (pères et mères), mais on la trouve chez les collatéraux (oncles et tantes). Chambers, sur 25 cas d'obésité héréditaire, en rapporte 5 par voie collatérale. Quelquefois même l'obésité saute une génération; ce n'est pas le père ni la mère de l'enfant qui sont obèses, mais le grand-père ou la grand-mère.

L'influence du sexe, qui est très appréciable chez les adultes (l'obésité se rencontrant deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes), est négligeable dans l'enfance. Cela tient sans doute au genre de vie, le même pour les enfants des deux sexes, et si différent pour les adultes, suivant leur sexe. Fillettes et garçons, en effet, ont la même hygiène, se livrent aux mêmes ébats, se développent dans les mêmes conditions physiques; plus tard, au contraire, les hommes ont une vie active, et les femmes une vie sédentaire qui les prédispose à l'obésité. L'obésité résulte, en effet, de deux ordres de causes (Demange, OBÉSITÉ du *Dict. Dechambre*):

1° Celles qui s'opposent à la destruction de la graisse dans l'organisme, l'oxygène n'étant pas apporté par les globules en quantité suffisante (chlorose, pertes de sang, manque d'exercice, etc.).

2° Celles qui augmentent la production de la graisse dans l'économie, soit directement comme les corps gras et les albuminoïdes unis aux hydrocarbures, soit indirectement comme les hydrocarbures. L'obésité est donc une maladie du sang, une maladie du globule rouge (dyscrasie, dystrophie constitutionnelle).

Le régime a une grande influence sur la production de l'obésité, et il faut éviter de surcharger l'estomac des enfants d'aliments féculents, de sucreries, etc. Mais ces abus alimentaires n'agissent pas sans la prédisposition. Il n'est pas rare, dit Demange, de voir, dans une même famille, des enfants suivant un même régime, dont l'un deviendra obèse, tandis que l'autre ne dépassera pas l'état normal; ou, si l'on examine de près, on verra souvent que l'un tient, par exemple, de la constitution du père, qui est arthritique ou obèse, tandis que l'autre a hérité de la bonne santé de la mère.

Parmi les causes provocatrices de l'obésité, on a cité les maladies aiguës; on a vu par exemple des enfants devenir obèses à la suite d'une fièvre typhoïde grave, d'une scarlatine, etc. Quant aux rapports de l'obésité avec les autres maladies chroniques constitutionnelles ou infectieuses, voici ce qu'on peut dire: l'obésité est assez souvent associée à la chlorose, et Ch. Bouchard a signalé cette *chlorose des géants* qu'il déclare assez commune dans la race juive; il y a étroitesse congénitale du système artériel; le cœur est petit, l'aorte petite, et cependant le corps est énorme; il y a disproportion entre les appareils qui distribuent l'oxygène et ceux qui le consomment.

L'obésité des adultes est très fréquemment associée au diabète, ou tout au moins à la glycosurie intermittente. Chez les enfants, rien de semblable. Le diabète infantile n'est jamais gras; il marche rapidement et entraîne la maigreur. C'est le diabète pancréatique ou diabète maigre. L'obésité infantile par contre est assez souvent combinée avec le lymphatisme et la scrofule. On peut même voir, dans la première enfance, l'obésité ou l'embonpoint coïncider avec la tuberculose latente des viscères ou des ganglions lymphatiques. Legroux avait bien montré que certains nourrissons de superbe apparence, ayant eu des prix au *concours des bébés*, présentaient de la *micropolyadénopathie* généralisée, et ne tardaient pas à succomber à une poussée tuberculeuse du côté des méninges ou du poumon.

L'obésité peut encore se rencontrer chez les enfants rachitiques, chez ceux qui ont été nourris artificiellement et suralimentés; parmi ces enfants, les uns assimilent bien et deviennent obèses, les autres assimilent mal, leur estomac se révolte, ils deviennent maigres et cachectiques. Le rachitisme peut donc, suivant les cas, coïncider avec l'embonpoint ou avec la maigreur. Il ne faut pas manquer de relever les relations étiologiques et pathogéniques de l'obésité avec la diathèse nerveuse, qui d'ailleurs se confond, dans ses origines, avec l'arthritisme. On a pu voir des adiposes locales consécutives à des troubles du système nerveux (Mathieu), et l'on doit tenir grand compte, surtout au point de vue thérapeutique, de l'origine névropathique de l'obésité.

**Anatomie pathologique.** — L'obésité est dénoncée anatomiquement par la surcharge graisseuse des cellules du tissu conjonctif, dans la peau d'abord, et, à un degré plus avancé, sous les aponévroses, dans les interstices des muscles, sous les séreuses du thorax et de l'abdomen, dans les viscères eux-mêmes. Il y a d'abord simple dépôt de graisse, avec épaissement des organes; c'est ainsi qu'on voit le mésentère se transformer en une véritable poche adipeuse, le péricarde viscéral être soulevé par des trainées jaunes de tissu adipeux. Plus tard la graisse s'insinue entre les éléments anatomiques, dissocie les fibres musculaires, les fibres du cœur. S'il s'agit d'une glande, comme le foie, la graisse pénètre les cellules, et à la surcharge s'ajoute une véritable dégénérescence graisseuse. La dégénérescence graisseuse des viscères est le dernier terme de l'obésité, et elle explique la gravité des cas extrêmes. Les organes, alourdis par la surcharge graisseuse, pénétrés par la dégénérescence, ne peuvent plus fonctionner dans des conditions normales, le cœur surtout est entravé dans sa locomotion, et la syncope peut terminer la maladie.

On ne trouve pas, chez les obèses, de graisse en excès dans les enveloppes du cerveau ni dans les cellules nerveuses. Mais, d'après les recherches de Ritter (de Nancy), le sang présenterait une proportion de graisse excessive (4 ou 5 fois plus qu'à l'état normal). Cette *lipémie* des obèses est à retenir.

**Symptômes.** — Le facies de l'obèse est caractéristique; le visage est rond et joufflu, le menton repose sur un double ou triple bourrelet, le cou paraît court et la nuque présente des replis épais. La taille est énorme, les

fesses sont proéminentes, le thorax est moins développé que l'abdomen. Les grandes lignes de la conformation physique sont déformées, effacées par la surcharge graisseuse qui nivelle tout et rend le corps véritablement informe. Quand les enfants marchent, ils écartent leurs membres inférieurs et se dandinent d'une façon peu gracieuse.

Les degrés sont variables et il est même assez difficile de fixer les limites de l'obésité; ses frontières se confondent avec celles de l'embonpoint dont certains enfants peuvent être prématurément doués sans être de véritables obèses. Mais le poids, comparé à l'âge et à la taille des sujets, fait aisément reconnaître l'obésité. Voici quelques exemples empruntés à différents auteurs et rappelés par Demange dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*: Kœstner a vu un enfant de 4 ans peser 82 livres, Benzenberg un autre qui pesait 157 livres, Th. Bartholin un troisième qui, à 10 ans, pesait 200 livres. Un enfant de 4 ans, observé par Hildmann, avait une circonférence qui dépassait sa taille (1 m. 50 pour la première, 1 m. 15 pour la seconde). Un Anglais du nom de Bright (Coë) pesait 140 livres à 10 ans et 616 livres à sa mort. Marcé a vu un enfant de 15 ans 1/2 peser 214 livres. Une Allemande (Percy et Laurent) pesait à sa naissance 15 livres, 42 livres à 6 mois, 150 à 4 ans. On voit, par ces quelques faits, que l'obésité peut atteindre un degré excessif, même chez les enfants. Quelquefois l'obésité est partielle; j'ai vu une fillette de 3 ans 1/2 dont le ventre était très proéminent dans sa partie sous-ombilicale, par surcharge graisseuse exagérée, par lipomatose luxuriante. Le père de cette enfant présentait la même particularité.

Les fonctions de relation sont profondément troublées par une surcharge aussi grande. Les enfants ne peuvent marcher un peu vite sans être essoufflés; la dyspnée les empêche de courir et de se livrer à des exercices un peu actifs. Ils sont somnolents, apathiques, incapables de se livrer à un effort un peu soutenu, tant intellectuel que physique. Ils recherchent le repos et le sommeil, même pendant le jour, principalement après avoir mangé. L'appétit est souvent exagéré, la soif vive, les selles sont chargées de graisse (Picot). Souvent on peut constater des symptômes de dyspepsie et de dilatation de l'estomac.

Quand on examine les urines de ces sujets, on peut y trouver un excès d'acide urique; mais en général l'urée n'est pas augmentée, elle est plus souvent diminuée (anazoturie ou hypoazoturie). Comme conséquence directe et locale de l'obésité, il faut signaler les lésions d'érythème et d'intertrigo déterminées par la pression réciproque des surfaces cutanées, par le séjour des liquides de transpiration dans les sillons de la peau, etc.

La circulation se fait d'autant moins bien que l'obésité est plus prononcée; le cœur surchargé de graisse se contracte faiblement ou irrégulièrement et on trouve assez souvent un pouls petit, lent, arythmique. On a noté des palpitations. Quoique plusieurs obèses semblent être anémiques, on ne trouve généralement pas de diminution des globules rouges; l'hémoglobine est tantôt augmentée, tantôt normale, tantôt diminuée. La température centrale du corps est un peu inférieure à la normale. Il semble bien y avoir en somme des signes de ralentissement de la nutrition, comme l'a indiqué Ch. Bouchard.

On a dit que les fillettes obèses étaient menstruées plus tôt que les autres, on en a cité qui avaient leurs règles à 2 ans (Percy), à 7 ans (Schœffer), mais ces règles précoces ne tardent pas à se troubler et à perdre leur périodicité physiologique.

On observerait les hernies (ombilicales et inguinales) plus fréquemment chez les enfants obèses que chez les enfants sains.

Demange a vu un obèse de 12 ans qui pouvait rester immobile sur l'eau pendant un temps indéfini.

La marche de la maladie est essentiellement lente et chronique, mais elle n'est pas fatalement progressive, elle peut être ralentie ou même interrompue par un bon traitement.

Quand l'obésité a commencé de bonne heure dans la première enfance, on peut espérer la voir s'arrêter à la puberté; mais il n'est pas rare de la voir débiter ou s'accroître à ce moment.

Tout en ne compromettant pas immédiatement l'existence, l'obésité n'en est pas moins une maladie sérieuse, dont le pronostic doit être réservé. Il faut bien savoir que les obèses sont particulièrement vulnérables, qu'ils résistent mal aux assauts pathologiques, aux maladies aiguës, à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, etc., qu'ils sont exposés aux complications inflammatoires, aux furoncles, aux anthrax, aux lymphangites, à l'érysipèle, à la gangrène. Chez eux il ne faut intervenir qu'avec la plus grande prudence, et surveiller de très près, dans les opérations chirurgicales, l'administration du chloroforme.

Ces malades, en effet, succombent aisément à la syncope. Il ne faut pas oublier enfin que l'obésité n'est pas une maladie accidentelle, qu'elle est le plus souvent constitutionnelle, qu'elle fait partie d'une série morbide, dont les manifestations peuvent se succéder, se remplacer chez le même sujet. L'obésité peut bien guérir chez un enfant, par un traitement convenable, mais la diathèse pourra, dans la suite, se réveiller sous une autre forme (asthme, goutte, diabète, etc.). D'ailleurs, Hippocrate l'avait déjà remarqué, les obèses ont généralement la vie courte.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'obésité est facile, il saute aux yeux pour ainsi dire et se fait à distance. Cependant il est nécessaire de distinguer, de l'obésité vraie, certains embonpoints factices qui peuvent la simuler. Le développement, l'hypertrophie musculaire s'accuse par des reliefs marqués des muscles sous une peau non épaissie. Quelquefois le développement musculaire est partiel, comme dans la *paralysie pseudo-hypertrophique*, dont Duchenne (de Boulogne) avait déjà donné les caractères distinctifs: « L'augmentation de volume des membres est due à l'hypertrophie des masses musculaires, tandis que le pannicule graisseux contient très peu de graisse, et est tellement aminci, que les muscles hypertrophiés semblent faire hernie à travers la peau. » L'œdème généralisé, l'anasarque se distinguera par la mollesse de la peau, qui se laisse déprimer et conserve l'empreinte du doigt.

Le myxœdème ou cachexie pachydermique des enfants peut aussi simuler l'obésité, épaissir la taille, gonfler le ventre, la face, les membres; mais il

s'accompagne d'un arrêt remarquable de développement avec troubles intellectuels allant parfois jusqu'à l'idiotie; la bouche est ouverte, la langue pendante, l'enfant bave. Enfin le corps thyroïde manque totalement ou semble atrophié. L'éléphantiasis congénital n'affecte qu'une partie limitée du corps, un membre inférieur par exemple, la peau est ridée comme l'écorce d'une orange, elle est dure, pachydermique, et ne rappelle en rien le tégument régulier et net des obèses.

L'hypertrophie congénitale d'un membre, d'une moitié du corps, se distingue aisément par le contraste et l'asymétrie des deux côtés du corps. En somme l'obésité est toujours facile à reconnaître.

**Traitement.** — Pour saisir nettement les indications thérapeutiques, il faut se rappeler les causes et les origines de l'obésité. L'obésité est une maladie de la nutrition, une dystrophie générale, héréditaire et constitutionnelle le plus souvent, exceptionnellement acquise et accidentelle. Les enfants obèses sont des arthritiques avant tout, des fils d'obèses, de graveleux, de goutteux, de diabétiques. Il ne faut jamais oublier cette cause intime, cette prédisposition innée, qui ralentit la nutrition, diminue l'activité des échanges, et rompt l'équilibre physiologique qui doit exister entre les différents appareils du corps. Pour combattre cette tendance, il faut agir sur la vitalité générale, et sur le système nerveux en particulier. C'est à ce point de vue que l'exercice réglé et méthodique, la gymnastique, l'escrime, les jeux de plein air sont à recommander. Sans doute les obèses redoutent la fatigue et ne peuvent soutenir de longs efforts, sans un entraînement mené de loin. On devra graduer, doser les exercices corporels, mais on ne les négligera jamais.

Parmi les exercices les plus efficaces, il faut citer l'équitation et surtout le cyclisme. La gymnastique suédoise, les mouvements passifs, le massage général sont à essayer avant tout. On doit de fort belles cures au massage employé avec méthode et pendant un temps suffisamment prolongé. On devra faire, tous les deux jours au moins, une séance de massage général, pendant des mois et des années si c'est nécessaire. Les frictions sèches au gant de crins sont bonnes; elles doivent être énergiques et répétées matin et soir.

L'hydrothérapie froide, sous forme de douches, d'affusions, est excellente; les bains chauds ne conviennent pas aux obèses. Quant aux bains de mer, aux cures thermales, aux eaux chlorurées-sodiques notamment, elles peuvent être bonnes chez certains malades mous, lymphatiques, scrofuleux, qu'il faut exciter. A ce genre de malades conviennent bien aussi les préparations iodurées, l'iodure de fer, l'iodure de potassium, la teinture d'iode, les amers, le quinquina.

Aux obèses uricémiques, graveleux, conviennent les eaux alcalines, les sulfatées calciques (Contrexéville, Vittel, etc.). Les stations thermales recommandées aux obèses sanguins et pléthoriques sont: Brides, Santenay, Miers, Montmirail, en France; Marienbad, Kissingen, en Allemagne.

Mais c'est le régime alimentaire qui forme la base du traitement de l'obésité; il est applicable à tous les cas et doit être associé à toutes les cures

thermales ou pharmaceutiques que nous venons d'indiquer. Chez l'obèse, qui engraisse, qui augmente sans cesse de poids et de volume, qui fixe trop de graisse dans ses tissus, il faut viser à restreindre les *recettes alimentaires* et à accroître les *dépenses organiques*. On sait que les aliments qui portent à l'engraissement sont surtout les hydrocarbures (substances féculentes et sucrées); c'est avec ces substances qu'on engraisse les animaux domestiques. On doit donc les supprimer ou les réduire le plus possible dans le régime des obèses. La viande, la chair musculaire, et même la graisse, sont moins à redouter que les féculents; Ebstein n'interdit ni la graisse, ni le beurre; ces substances, en effet, ne se digèrent pas en totalité, elles ne s'assimilent pas facilement, et on les trouve souvent dans les garde-robes.

La question des boissons divise les médecins; tous sont d'accord pour proscrire la bière (boisson sucrée et maltée qui pousse à l'engraissement), ainsi que les vins sucrés et mousseux et les liqueurs alcooliques en général. Mais la quantité d'eau à accorder aux obèses est appréciée très diversement suivant les écoles. Dancel réduisait au minimum la quantité des liquides, et à sa suite Banting, Ebstein, Cœrtel ont déclaré qu'il fallait la restreindre. En France, G. Sée, Debove pensent que l'eau n'a pas d'influence sur l'engraissement et qu'on peut la laisser boire à discrétion. On ne peut d'ailleurs pas préconiser le régime sec à certains malades qui, ayant de la lithiase rénale en même temps que l'obésité, ont besoin de boissons en abondance.

D'une façon générale, il faut conseiller aux obèses de manger peu et de boire peu. Pour un enfant, un verre d'eau pure, ou de vin blanc étendu de trois quarts d'eau à chaque repas suffira. Cependant cette quantité peut être augmentée, en cas d'exercice, de marche prolongée, etc. On interdira l'usage des féculents, du sucre et des mets sucrés, du lait, des gâteaux, des soupes épaisses. Le pain sera pris en petite quantité, 100 grammes par jour, sous forme de pain grillé; on préférera, au pain blanc trop raffiné des villes, le pain entier ou pain de Graham contenant tous les éléments du blé y compris le son. Ce pain est proportionnellement moins riche en amidon que le pain blanc, il est surtout plus laxatif. Les enfants, qui feront usage de ce pain, iront spontanément à la selle, d'une façon régulière, quotidienne, et il ne deviendra pas nécessaire de les purger fréquemment comme cela arrive quand le régime est trop échauffant. Les repas, dans la seconde enfance et l'adolescence, seront au nombre de trois par jour:

1<sup>er</sup> repas, à 7 ou 8 heures du matin, très léger, composé d'une tartine de pain beurré, d'une petite tasse de café ou de thé sans sucre;

2<sup>e</sup> repas, à 11 h. 1/2 ou 12 heures, comprenant des viandes rôties, braisées ou bouillies, du fromage, des légumes verts, de la salade, etc.; un verre de liquide;

3<sup>e</sup> repas, à 7 heures du soir, se réduisant à une tartine de pain grillé avec viande froide; un verre de liquide.

Ce régime est assez facile à suivre, il n'affame pas trop les malades. Quant aux régimes de Dancel, Banting, etc., ils sont beaucoup plus rigou-

reux; nous allons en donner un aperçu, quoiqu'ils ne soient que bien rarement applicables aux enfants :

*Dancel*, médecin militaire, partant de ce fait que l'eau et les aliments aqueux (fourrages verts) donnés à discrétion aux chevaux leur faisaient prendre du ventre, a préconisé la restriction des boissons dans le régime des obèses; il conseillait de ne boire qu'un verre par repas, de s'abstenir des aliments aqueux, tels que les soupes, d'éviter la graisse et les féculents, de se purger fréquemment et de prendre beaucoup d'exercice.

*Banting*, négociant anglais, soigné par Harvey, suivait le régime suivant : à 9 heures du matin, 5 à 6 onces de viande de bœuf, mouton, poisson, lard fumé, une tasse de thé ou café sans sucre, une once de pain grillé (en tout 6 à 7 onces de solides, 9 onces de liquides); à 2 heures de l'après-midi, 5 à 6 onces de poisson, de viande ou de légumes, 1 once de pain grillé, autant de pudding non sucré, de volaille ou gibier, 2 à 3 verres de vin rouge, xérès ou madère, soit 10 à 12 onces de solides et 10 onces de liquides; à 6 heures, thé avec 2 ou 3 onces de fruit cuit, un échaudé, soit 2 ou 4 onces de solides, et 9 onces de liquides; à 9 heures du soir, 5 ou 4 onces de viande ou poisson, 1 ou 2 verres de vin rouge ou xérès coupé d'eau, soit 4 onces de solides et 7 onces de liquides.

Dans le système de Banting, on interdit : la viande de porc ou de veau; les poissons gras tels que le saumon, l'anguille, le hareng; les légumes tels que la pomme de terre, la betterave, le navet, la carotte, le panais; les vins de Champagne, Porto, la bière.

*Ebstein* conseille : au déjeuner (à 6 h., 7 h. ou 7 h. 1/2), une tasse de thé noir de 250 grammes, sans lait ni sucre, 50 grammes de pain avec beaucoup de beurre; au dîner (2 h. à 2 h. 1/2), soupe à la moelle, 120 à 180 grammes de viande grasse rôtie, bouillie ou braisée, choux et autres légumes, sauf les pommes de terre et les navets, salade, fruits frais, 2 verres de vin léger, une tasse de thé sans sucre ni lait; au souper (7 h. 1/2 à 8 h.), une tasse de thé noir, un œuf, un rôti gras ou jambon, ou poisson, 50 grammes de pain beurré, fruits frais ou fromage. Si *Ebstein* conseille les graisses (beurre, gras de jambon, poissons gras, foies gras), il interdit les féculents et les substances hydrocarbonées (pommes de terre, légumes farineux, sucreries et gâteaux, lait, bière, liqueurs, cognac, vins mousseux, champagne).

Tous ces régimes, et bien d'autres qui s'en rapprochent ou qui s'en éloignent, ont donné des succès, parce que la réglementation est toujours préférable à l'irrégularité, et parce que, si diverses que soient leurs formules, ils tendent au même but : la diminution des recettes alimentaires, l'accroissement des dépenses organiques. Il importe de ne pas agir brutalement, de ne pas vouloir aller trop vite, de ne pas affaiblir le malade en voulant le débarrasser instantanément de son obésité. Les purgatifs répétés offrent ce danger. On ne doit espérer qu'une diminution graduelle et continue de l'obésité; ce n'est pas un mois ou deux mois que durera le traitement, mais une année, deux années, trois années s'il le faut.

Quelques tentatives de traitement de l'obésité par l'ingestion de corps

thyroïde ont donné des succès partiels; mais la thyroïdothérapie est loin d'avoir fait ses preuves dans l'espèce, et il faut réserver sa confiance pour le régime alimentaire et l'exercice physique.

## II

## MAIGREUR

Pour faire suite à l'étude de l'obésité, nous dirons quelques mots de la maigreur, qui en est la contre-partie, tant au point de vue symptomatique, qu'au point de vue thérapeutique.

Chez le jeune enfant, chez le nouveau-né et le nourrisson, l'état de maigreur est contraire à la nature, et chaque fois qu'on l'observe, on doit le considérer comme un *cri d'alarme* de l'organisme en détresse. Ce n'est pas l'amaigrissement, c'est l'engraissement qui est physiologique à cet âge. Quelles sont en effet les causes de la maigreur dans la première enfance?

L'insuffisance ou la mauvaise qualité des aliments, aboutissant presque toujours à une gastro-entérite qui conduit à l'athrepsie (allaitement artificiel, allaitement naturel par une nourrice insuffisante, sevrage prématuré, alimentation prématurée).

Que l'enfant reçoive trop peu ou trop de nourriture, ou une nourriture trop indigeste pour son âge, le résultat est le même, il n'assimile pas et la nutrition est renversée.

On rencontre la maigreur chez les enfants suralimentés comme chez les sous-alimentés. Les uns succombent aux progrès de l'amaigrissement, les autres résistent et deviennent plus tard rachitiques. Le remède à cette maigreur d'origine alimentaire est le retour à une alimentation normale, c'est-à-dire à l'allaitement naturel par une nourrice.

Si l'enfant ne peut avoir une nourrice, l'allaitement artificiel sera l'objet de soins minutieux (biberon sans tube, lait stérilisé, lait humanisé, gavage, couveuse, etc.).

Quelquefois on voit des enfants, pourvus de bonnes nourrices, tomber tout à coup dans l'amaigrissement et perdre en quelques jours de 5 à 600 grammes de leur poids.

Il faut alors penser à la syphilis héréditaire qui, parfois latente, se traduit chez quelques nouveau-nés par un dépérissement effrayant et inexplicable. Le traitement de la maigreur se confondra alors avec celui de la syphilis.

Chez d'autres enfants, nourris au sein ou sevrés, bien portants jusqu'alors, ayant conservé l'appétit, on est quelquefois surpris de constater un amaigrissement insolite. On songera en pareil cas à la possibilité de la tuberculose ganglionnaire ou viscérale et on instituera un traitement en conséquence.

Plus tard, dans la seconde enfance, la maigreur sera la compagne habituelle de la dyspepsie; on voit des enfants qui grandissent, qui perdent l'appétit, qui boivent d'une façon excessive, présenter des troubles variés,