

OBÉSITÉ*

N.C. PAULESCU †

Received August 31, 2011

Définition. Sous ce nom, on désigne un désordre de l'assimilation nutritive, qui consiste en une accumulation excessive de graisse, dans le tissu cellulaire de l'organisme.

Il est difficile de préciser où finit l'état normal et où commence l'obésité. En effet, il existe une infinité de degrés de ce trouble et, s'il est des obèses dont le poids dépasse peu celui d'un individu normal de même taille, il en est d'autres qui arrivent à peser 150, 200, 300 et même 400 kg.

De plus, cet état pathologique a un début souvent obscur, la quantité de graisse variant beaucoup, dans les conditions normales, avec l'âge, le sexe, la race, le climat, etc.

Ainsi, la graisse, nulle chez les fœtus pendant les premiers mois de son développement, se montre ensuite sous la peau, sous la forme de grains isolés. A la naissance, elle existe en assez grande quantité sous le tégument extérieur et dans l'épiploon. Elle est abondante chez l'enfant, et diminue à l'approche de la puberté. Elle augmente de nouveau, au fur et à mesure qu'on avance en âge ; puis, elle envahit les interstices musculaires, et, en dernier lieu, s'accumule autour des viscères. Dans la vieillesse, la graisse diminue au-dessous de la peau ; mais, elle continue d'exister au pourtour des viscères (les reins, le cœur) et dans les replis péritonéaux.

Le corps de la femme est généralement plus riche en graisse et plus enclin aux dépôts graisseux, que le corps de l'homme.

Les races mêmes ont des aptitudes différentes à cet égard ; certaines tribus, celle des Bochimans par exemple, se font remarquer par la saillie graisseuse des fesses chez les femmes.

Les climats chauds et humides prédisposent à l'engraissement.

En outre, le régime, l'activité musculaire, les excès génitaux, la disposition morale, ont une grande influence sur le développement de l'embonpoint. En

effet, l'ingestion d'une trop grande quantité de substances alimentaires est une cause commune de surcharge adipeuse. Parmi ces substances, les graisses occupent le premier rang ; puis viennent les hydrates de carbone, et, en dernier lieu, les albuminoïdes.

Mais, parfois, il ne suffit pas d'être gros mangeur, pour acquérir de l'embonpoint. Il faut aussi dormir beaucoup et n'avoir aucune occupation, ou bien exercer une profession sédentaire qui n'exige ni activité musculaire, ni travail intellectuel. D'ailleurs, la pratique a montré aux éleveurs que, pour faire engraisser les animaux, il faut les soumettre à la suralimentation (gavage) et en même temps à l'immobilisation.

On peut en dire autant des émotions tristes. Le manque de soucis, d'ennuis, de malheurs, prédispose à l'engraissement.

A côté de ces influences, qu'on pourrait nommer physiologiques, il en est d'autres qui sont pathologiques.

L'engraissement excessif et morbide d'un individu constitue une sorte de syndrome, qui peut reconnaître plusieurs facteurs étiologiques :

1° des *agents physiques*, tels que le séjour dans un endroit obscur ou dont la température est élevée ;

2° des *agents chimiques*, tels que le phosphore et surtout l'arsénique, qui fait engraisser les paysans de Stirie (mangeurs d'arsénique), le mercure, qui fait acquérir tout à coup un embonpoint exagéré, aux personnes soumises à un traitement antisiphilitique, intense et prolongé, l'alcool qui, pris à faible dose, fait engraisser le buveur (surcharge graisseuse de l'épiploon), tandis que à hautes doses, longtemps répétées, il altère le protoplasma cellulaire et donne lieu à de la dégénérescence graisseuse. A ce point de vue, la bière est une des boissons les plus dangereuses, à cause de l'alcool et du sucre qu'elle renferme :

* LANCEREAUX. *Traité d'Anat. Path.*, T. II. P. 153.

3° certains *microbes*, tels que le bacille de la tuberculose, qui, dans certaines circonstances (scrofule, phtisie des buveurs) favorisent des accumulations locales de graisse ;³

4° Une autre condition prédisposante à l'engraissement est une *respiration* peu active. En effet, il est commun de voir l'embonpoint apparaître, à un certain âge, chez des personnes atteintes d'emphysème, ou chez lesquelles la circulation pulmonaire est gênée (rétrécissement mitral) ;

5° Enfin, le *système nerveux cérébro-spinal* intervient aussi dans la production de l'engraissement, comme le montre le fait que la polysarcie n'est pas rare chez les idiots et aussi chez des individus atteints de certaines affections de l'encéphale.

Mais, c'est surtout le *système nerveux sympathique* qui a dans l'espèce une influence considérable, en donnant lieu à une adiposité monstrueuse et définitive. Cette adiposité est bien différente de l'engraissement produit par les conditions étiologiques précédemment énumérées, qui est temporel et disparaît avec la suppression de la cause.

Nous réserverons la dénomination d'*obésité* à ce dernier état morbide, lié à un désordre fonctionnel du sympathique, et nous lui consacrerons spécialement le présent article.

Etiologie et pathogénie. L'obésité s'observe à tout âge, souvent dès la première enfance, et peut être même congénitale. Mais, d'ordinaire, elle débute entre 15 et 30 ans, c'est-à-dire vers la fin de la période d'accroissement de l'individu. Dans certains cas, elle ne devient manifeste qu'entre 30 et 40 ans, ou même plus tard, entre 45 et 50 ans.

Elle est relativement plus fréquente chez la femme, que chez l'homme.

Les professions sédentaires et celles où l'on fait bonne chère (restaurateurs, marchands de vins, bouchers, charcutiers), prédisposent à une corpulence excessive.

Certaines races humaines paraissent plus spécialement sujettes à l'obésité, que les autres. Il en est ainsi, par exemple, des Anglais, des Hollandais, des Allemands du Nord, des Turcs, des Egyptiens, des Chinois. D'ailleurs, cette prédisposition s'observe aussi chez les animaux (porcs, bœufs, volailles), dont certaines races engraisent plus facilement que d'autres.

Mais, ce qui domine la pathogénie de l'obésité, c'est qu'elle est *héréditaire*. La plupart du temps, les obèses

sont des descendants d'obèses, et la polysarcie peut se produire, malgré une stricte observation de l'hygiène.

De plus, ainsi que l'a montré LANCEREAUX⁴, cette affection fait partie de l'ensemble pathologique désigné sous le nom d'*Herpétie* (arthritisme, sympathico-asthénie). En effet, les obèses présentent habituellement des stigmates d'herpétie (migraines), hémorroïdes, dyspepsie, diabète, goutte, rhumatisme chronique, asthme, etc.), qui se rencontrent aussi chez les ascendants et chez les descendants.

En outre, la plupart du temps, les obèses deviennent *glycosuriques*, comme si les deux affections (obésité et diabète gras) constitueraient deux phases consécutives d'un même ensemble pathologique. Cet état morbide, caractérisé par une *altération des fonctions d'assimilation pancréatique*, commencerait par les graisses et finirait par les hydrates de carbone et les albuminoïdes. En effet, par suite d'un pareil désordre nutritif, le ciment hypothétique, qui doit réunir les fragments moléculaires de la plasmine, n'est plus convenablement élaboré. Les graisses ne sont plus assimilées et ne peuvent plus être utilisées. Dans ces conditions, elles s'éliminent de l'organisme, par le seul procédé d'élimination des substances insolubles dans le plasma sanguin, c'est-à-dire, en *se déposant dans le tissu cellulaire*.

De même, plus tard, la glycose, n'étant pas elle non plus retenue dans la molécule de plasmine et n'étant donc plus assimilable, elle s'éliminera par les urines, comme toute substance inutilisable, soluble dans le plasma sanguin.

Ce qui démontre encore la parenté de ces deux affections, c'est leur existence isolée chez les différents membres d'une même famille.

Une autre preuve, qui vient à l'appui de cette manière de voir, est constituée par le fait que, habituellement, les obèses ont bon appétit et mangent beaucoup. Cette polyphagie, semblable à celle que l'on observe dans le diabète, est une conséquence de l'obésité. Pourtant, certains auteurs en ont conclu à une analogie entre la production de l'obésité de l'homme et celle de l'engraissement artificiel des animaux (CARNOT), attribuées, l'une et l'autre, à la suralimentation. Mais, nous craignons qu'en raisonnant de la sorte, on ne prenne pas l'effet, pour la cause. L'organisme ayant besoin de principes nutritifs gras, manifeste cette nécessité par l'exagération de l'appétit et par la polyphagie, qui, dans les circonstances défectueuses où elle se produit, n'aboutit qu'à créer un cercle vicieux, et augmente de plus en plus l'obésité.

D'ailleurs, on voit parfois des obèses qui mangent peu, relativement à certaines personnes maigres qui mangent beaucoup plus qu'eux, et cependant ils continuent à engraisser.

³ Souvent, il nous est arrivé de voir, à l'autopsie de tuberculeux alcooliques, une émaciation extrême de la face, du tronc et des membres, contrastant avec une surcharge adipeuse considérable de l'épiploon et des mésentères. Ce phénomène étrange s'explique aisément, si l'on admet que cette graisse abdominale a été inutilisable pour le patient et n'a même pas pu être détruite par la fièvre hectique.

⁴ LANCEREAUX. *Traité de la goutte*, pag. 322. Paris, 1910.

Mais, le mécanisme du désordre nutritif, d'où dérive l'obésité est obscur et, comme celui du diabète, il est presque entièrement inconnu.

Cependant, tout porte à croire que le pancréas, ou plutôt son système nerveux, y joue un certain rôle. En effet, cette glande préside à l'élaboration des graisses, des hydrates et carbone et des protéiques en vue de l'assimilation, et on sait qu'une vasodilatation paralytique, à son niveau, provoque le diabète. Il est probable que le même processus morbide engendre aussi l'obésité⁵.

Un autre fait, qui plaide aussi en faveur de cette même hypothèse, est que l'insuffisance fonctionnelle de certaines glandes qui président à l'assimilation, telles que le corps thyroïde et l'hypophyse, s'accompagne assez souvent de polysarcie. D'ailleurs, l'administration de préparations thyroïdiennes, dans le cas d'obésité, donne lieu à un amaigrissement notable.

Or, la glande thyroïde agit par l'intermédiaire du système nerveux sympathique, ce qui met en évidence la part importante que prend l'élément nerveux, dans la pathogénie de l'obésité.

On peut dire la même chose de l'influence de l'ablation des organes génitaux (testicules, ovaires) sur le développement de l'obésité. En effet, la polysarcie est très commune chez les eunuques et chez les femmes ovariectomisées, et nous ne pouvons pas admettre que ces organes sexuels aient une sécrétion interne, démontrée seulement par des simples affirmations.

Anatomie pathologique. Dans l'obésité, la graisse s'accumule dans les tissus cellulaires : sous-cutané, intermusculaire et sous séreux. Le tissu sous muqueux est exempt d'infiltration adipeuse, la graisse ne s'y rencontrant que sous la forme de lipomes.

Parmi les diverses régions du tissu cellulaire *sous-cutané*, la paroi abdominale est le siège de prédilection de la polysarcie. Dans un cas personnel, la couche graisseuse mesurait 15 centimètres sous la peau du ventre ; les mamelles pendaient en avant de l'abdomen, lequel tombait jusque sur les cuisses. La graisse s'accumule aussi dans les régions fessière et cervicale postérieure. Mais, elle fait ordinairement défaut au poignet et aux malléoles, au scrotum et au pénis, enfin aux paupières.

Le tissu cellulaire intermusculaire est moins abondamment envahi par la graisse. L'infiltration adipeuse est située sous les aponévroses, entre les muscles ; elle pénètre même à l'intérieur de ces organes, autour des faisceaux musculaires, qui sont comprimés ou atrophiés. Elle entoure aussi les paquets vasculo-nerveux.

Mais, c'est surtout au niveau du tissu cellulaire sous séreux, que la surcharge adipeuse atteint des

proportions vraiment monstrueuses. Dans la cavité abdominale, la graisse s'accumule dans le mésentère, le grand épiploon, l'épiploon gastro hépatique, les appendices épiploïques du gros intestin, et aussi au pourtour des reins, aux régions lombaires, iliaques. Elle ne se rencontre jamais sous le péritoine viscéral, qui revêt le foie, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin.

Le mésentère arrive à avoir une épaisseur de plusieurs centimètres. Le grand épiploon forme, en avant de la masse intestinale, un vaste tablier, auquel sont appendues d'énormes masses adipeuses ; au lieu de 200 grammes, qui est son poids moyen à l'état normal, il pèse deux, cinq, dix, et jusqu'à quinze kilos. Le tissu cellulaire péri rénal est transformé en une masse adipeuse colossale, dans laquelle on a de la peine à trouver les reins.

La graisse s'accumule aussi sous le péricarde viscéral, principalement à la base du cœur et au niveau des sillons de cet organe. Mais, elle ne s'observe pas sous le feuillet séreux pariétal, qui revêt le sac fibreux du péricarde. Cette surcharge adipeuse est souvent telle, que presque toute la surface du cœur est recouverte d'une couche épaisse de graisse.

Dans certains cas, il existe aussi un certain degré d'infiltration graisseuse du myocarde, qui prend une teinte feuille-morte. Mais, ce n'est que chez les obèses emphysémateux que l'on constate la dilatation du cœur droit.

Les médiastins et le tissu cellulaire, qui double la plèvre costale, présentent aussi d'abondants dépôts graisseux, formant même des sortes d'appendices. Le tissu sous pleural des poumons en est exempt. Quant aux fausses membranes, nous les avons plusieurs fois trouvées infiltrées de graisse.

Les cavités crânienne et rachidienne ne renferment pas de tissu adipeux ; mais on trouve ce tissu à la surface externe de la dure mère rachidienne, à partir de la 3^e vertèbre cervicale.

Le tissu sous synovial est aussi le siège d'une surcharge de graisse, qui pousse, dans la cavité articulaire, des prolongements susceptibles de gêner les mouvements.

Il résulte, de ce qui précède, que les cavités séreuses se trouvent rétrécies par l'accumulation de la graisse, qui comprime les viscères, contenus dans ces cavités.

Les poumons ont un volume moindre chez les obèses, que chez les individus maigres.

Le foie, volumineux et jaunâtre, a souvent ses cellules infiltrées de granulations graisseuses. La vésicule renferme une bile pâle, peu colorée.

Le pancréas est entouré de graisse. La rate est petite et les ganglions lymphatiques sont étouffés par le tissu adipeux environnant. L'estomac est la plupart du temps dilaté et sa tunique musculaire est parfois très développée. Les reins sont petits et comme perdus, au milieu de la graisse.

On peut se faire une idée de la quantité de graisse que peut emmagasiner un obèse, si l'on pense que, à l'état

⁵ L'obésité et le diabète produisent une oxydation incomplète des principes nutritifs ; elles s'accompagnent d'une diminution de l'O consommé et du CO₂ éliminé.

normal, un homme adulte, pesant 65 kil., n'a pas plus de 3 ou 4 kilos de graisse (un vingtième environ par rapport au poids total du corps), tandis que certains obèses arrivent à peser 100, 120, 150, 200, 300 et même 400 kilos ⁶ et, dans ce poids, ce qui dépasse 60 kil., est uniquement formé par de la graisse.

Le tissu graisseux est jaunâtre. Il est formé de pelotons adipeux, séparés par des tractus fibreux, très fins ; aussi, sa surface de section est presque lisse et uniforme.

Au microscope, il se montre constitué par des cellules, qui adhèrent aux faisceaux conjonctifs. Ces cellules sont formées, à la périphérie, par une lame mince de protoplasma, dans laquelle est contenu un noyau. Le milieu de la cellule est occupé par une masse plus ou moins considérable de graisse, qui est séparée du protoplasma par un peu de liquide transparent.

L'inanition détermine, dans les cellules adipeuses, une résorption de la graisse, qui d'abord se fragmente, en donnant lieu à des granulations de plus en plus fines ; puis, elle disparaît, étant remplacée par un liquide séreux, transparent. Le tissu adipeux offre ainsi un aspect grisâtre, humide, qui rappelle celui de l'œdème.

Symptomatologie. L'obésité a un début toujours insidieux. Elle commence parfois dès l'enfance. Ainsi, on a vu des enfants de 4 ans qui pesaient jusqu'à 40 kilos, et BARTHOLIN rapporte le cas d'un enfant de 10 ans qui avait un poids de 200 livres.

Le plus souvent, elle débute pendant l'adolescence, par un embonpoint, qui augmente progressivement et devient notable vers 25 à 30 ans.

Lorsque l'obésité devient manifeste, elle se traduit par une altération progressive des formes normales du corps, qui, peu à peu, arrive à avoir un volume énorme.

La face s'arrondit et s'élargit, par suite de l'épaississement des joues. Elle se continue, par un double ou même un triple menton, avec un cou d'une grosseur considérable, tandis que la nuque, plus large que la tête, présente un ou plusieurs plis transversaux.

La poitrine devient globuleuse, et, chez les femmes, les seins prennent des proportions monstrueuses.

Les membres supérieurs sont très épais et, au niveau des poignets, on observe des plis, comme chez les jeunes enfants gras.

La taille s'épaissit d'une façon colossale.

Mais, c'est surtout au ventre, où souvent elle débute chez l'homme, que la déformation obésique atteint son plus haut degré. L'abdomen, énorme, globuleux, parfois retombant sur la partie supérieure des cuisses, mesure jusqu'à 1,50 m. et plus de circonférence. Souvent, des hernies se forment, surtout au niveau de l'ombilic.

Les fesses sont également très volumineuses. Les cuisses sont aussi très épaissies, surtout chez les femmes. Les jambes, cylindriques, grosses comme des

poteaux, sont assez souvent le siège d'œdème, de pigmentation et d'ulcères trophiques.

Les téguments sont tantôt pâles, surtout chez les enfants, tantôt au contraire colorés et même injectés. Les obèses ont souvent des sueurs abondantes.

Parfois, il existe de l'eczéma et de l'intertrigo, au niveau des aisselles, sous les seins, aux plis inguinaux et inter fessier, à la partie supérieure et interne des cuisses.

Les obèses sont généralement apathiques, inaptes au travail intellectuel ou musculaire, qu'ils évitent et même qu'ils redoutent. Les mouvements sont difficiles et fatigants ; les membres et le tronc ne sont fléchis qu'avec peine ; la marche est pénible.

Certains obèses sont somnolents, surtout s'ils sont en même temps emphysémateux. Un de nos malades n'était réveillé que s'il se tenait debout ; il s'endormait dès qu'il s'asseyait. Mais, d'habitude, la somnolence survient surtout après les repas, les obèses étant, pour la plupart, atteints de dyspepsie nerveuse, avec dilatation de l'estomac et constipation. Cependant, l'appétit est souvent excessif.

Il existe, en outre, de la dyspnée au moindre effort, surtout lorsque les malades se penchent, comme, par exemple, dans l'acte de boutonner leurs chaussures ; en effet, leurs poumons sont refoulés par les viscères et par la graisse abdominale. Certains obèses ne peuvent plus respirer, dès qu'ils quittent la position verticale ou assise. Parfois, chez les emphysémateux, on voit survenir des phénomènes d'asystolie. Les fonctions génitales sont souvent amoindries dans l'obésité ; il y a frigidité sexuelle et, chez les femmes, aménorrhée et stérilité.

L'analyse du sang montre un excès de substances grasses (RITTER).

Les urines sont ordinairement abondantes, de densité élevée et, quelquefois, renferment de la glycose. La quantité d'urée est la plupart du temps faible, tandis que l'acide urique s'y trouve en excès.

L'évolution de l'obésité est progressive et sa terminaison est souvent fatale.

La mort a d'ordinaire lieu entre 40 et 60 ans. Parfois, elle est subite ; d'autres fois elle est la conséquence de l'asystolie. Fréquemment, elle fait suite à des maladies microbiennes et surtout à la pneumonie.

Dans certains cas, les obèses, principalement s'ils sont en même temps diabétiques, deviennent tuberculeux et peuvent même engraisser d'avantage, tandis que les lésions tuberculeuses progressent. Mais, habituellement, ils maigrissent et succombent dans le marasme.

Sémiologie. Le diagnostic de cet état morbide comporte deux points principaux :

1. distinguer l'obésité des affections avec lesquelles elle peut être confondue ;

2. reconnaître, d'après les caractères cliniques et les renseignements étiologiques, s'il s'agit de l'obésité permanente, ou bien d'une des formes multiples d'engraissement temporaire.

⁶ WADD parle d'un homme, qui aurait atteint le poids énorme de 980 livres.

I. L'obésité est facile à diagnostiquer de l'œdème et de l'anasarque, qui s'en différencient par le godet de la pression digitale.

Elle se distingue du myxœdème, par l'aspect caractéristique du patient, atteint d'insuffisance thyroïdienne, qui présente un visage jaunâtre, ridé, cireux, bouffi, une peau sèche, divers troubles trophiques, etc.

II. Il est bien difficile de déterminer à quelle forme d'engraissement on a à faire. Pour y arriver, on s'appuiera sur la localisation souvent partielle de la surcharge adipeuse, et sur les renseignements fournis par l'examen et par l'interrogatoire du malade. Ainsi, par exemple, chez les buveurs, le dépôt graisseux prédomine au niveau de la paroi abdominale et des épiploons ; de plus, on constate des signes évidents d'alcoolisme et, parfois, des accidents qui tiennent à la dégénérescence graisseuse des viscères (foie, reins, muscles, tels que sub-ictère, hémorragies, etc.

Dans certains cas, l'obésité simule une grossesse, d'autant plus, que dans ces conditions la menstruation fait défaut. Voici, comme exemples, deux faits de grossesse adipeuse, rapportés par LANCEREAUX⁷.

Une jeune femme, âgée de 22 ans, se croyait enceinte. Et, en effet, son abdomen était globuleux et avait un volume considérable ; les seins étaient énormes et l'aréole avait une teinte cuivrée. Elle prétendait sentir des mouvements dans le ventre. De plus, ses règles faisaient défaut ; d'ailleurs elles n'avaient jamais existé. La palpation de l'abdomen, pratiquée par LANCEREAUX, ne permit de découvrir aucune partie fœtale, solide et résistante, et la percussion donna partout de la sonorité. Mais, ce qui vint lever les doutes, ce fut le toucher vaginal, qui montra l'imperforation du vagin, malgré l'excellente conformation des parties génitales extérieures. A quelques centimètres de la vulve, ce canal se terminait par un cul-de-sac.

Une autre femme, âgée de 47 ans, qui était arrivée à la ménopause, vint consulter LANCEREAUX, se disant enceinte. Depuis six ou sept mois, elle n'était plus réglée et avait pris un embonpoint notable du côté de l'abdomen et des seins. De plus, elle avait des vomissements glaireux après les repas, et éprouvait, à gauche de l'ombilic, des sensations de reptation, qu'elle prenait pour des mouvements fœtaux. En même temps, l'épiderme de la face s'était colorée et avait formé un véritable masque. Les seins étaient devenus douloureux et laissaient suinter un peu de colostrum, lorsqu'on excitait le mamelon. Mais, l'examen physique montra que l'utérus était parfaitement normal.

Le pronostic de l'obésité est sérieux. En effet, les personnes atteintes de cette affection, meurent souvent à un âge peu avancé, ordinairement entre 40 et 60 ans. Elles succombent, la plupart du temps, à l'asystolie par l'artério-sclérose, ou à l'asphyxie, consécutive à une bronchite ou encore à une apoplexie cérébrale.

Les obèses sont aussi exposés à une mort subite, qui survient principalement après un repas.

Mais, un grand nombre d'entre eux maigrissent, se cachectisent et finissent par une tuberculose pulmonaire. D'un autre côté, les maladies fébriles sont beaucoup plus graves chez les personnes obèses, que chez celles qui ne le sont pas. La température s'élève moins, par suite du peu d'activité des oxydations ; mais, la résistance est moindre ; l'adynamie est fréquente et une température, qui se maintient vers 40°, pendant quelque temps, est très souvent fatale.

Traitement. La prophylaxie de l'obésité exige que les personnes prédisposées évitent la vie sédentaire, le sommeil prolongé et les excès alimentaires, surtout en ce qui concerne les féculents et les graisses.

Ces prescriptions constituent aussi la partie principale du traitement de cet état pathologique.

Les obèses ne dormiront qu'environ 6 heures par jour ; ils doivent faire des exercices musculaires, des marches prolongées, du massage et surtout de l'*hydrothérapie froide*, qui augmentent les dépenses et stimulent le système nerveux vasculaire.

Ils doivent prendre journallement une ou deux douches froides, courtes, précédées et suivies de frictions sèches. Des bains de mer, froids, prolongés, pendant une ou même deux heures, nous a bien réussi, dans un cas d'obésité excessive.

En outre, les obèses doivent suivre un régime, qui les fasse maigrir et qui les empêche de ré engraisser.

Cette indication pourrait être réalisée par la diminution de la proportion des aliments, au-dessous de la ration d'entretien. Les recettes étant insuffisantes, l'obèse se nourrira aux dépens de ses réserves adipeuses.

Mais, ces réserves sont difficilement utilisables.

Dé plus, il ne faut pas perdre de vue que, très souvent, l'appétit de l'obèse, comme celui du diabétique, est l'expression du besoin de l'organisme. En privant ces malades d'aliments, on les inanite, on les affaiblit et on les rend susceptibles de contracter des maladies microbiennes, et surtout la tuberculose.

Ce qu'il faudrait, ce serait de trouver un moyen de faire parvenir au sang, le ciment qui édifie la plasmine. A cette fin, l'extrait pancréatique est tout indiqué ; son injection sous-cutanée ou intraveineuse donnerait lieu à une meilleure assimilation des graisses et, consécutivement, à une réduction considérable de l'obésité.

En outre, des *agents vasoconstricteurs* (hydrothérapie froide, quinine, antipyrine, ergotine), employés surtout au début, rendent d'éminents services. On peut les administrer aux repas (0,50 gr. quinine, 1 à 2 gr. antipyrine), par cures de 7 jours, avec intervalles de repos, également d'une semaine.

Les préparations thyroïdiennes produisent d'excellents effets, surtout chez les jeunes sujets, lorsque l'obésité coexiste avec des symptômes d'hypothyroïdie (refroidissement des extrémités,

⁷ LANCEREAUX. *Traité d'Anat. path.*, T. II, p. 159.

œdème dur, troubles trophiques des téguments, ralentissement du pouls). Elles doivent être administrées avec précaution et par des doses progressives.

Quand l'obésité coexiste avec le diabète, il faut diminuer surtout les hydrates de carbone, sans les supprimer (peu de pain, quelques pommes de terre, peu ou pas de sucre), et les remplacer par des albuminoïdes. Il ne faut jamais priver ces malades d'eau.

En outre, l'usage des alcalins peut rendre d'excellents services, surtout chez les gouteux. On peut prescrire aussi une cure thermale, aux eaux alcalines de Vichy, de Carlsbad, de Marienbad, de Kissingen.

Certains auteurs prescrivent, comme traitement de l'obésité, la diminution des boissons.

C'est là, sans doute, une hérésie, qui pourrait ne pas être inoffensive. On sait, en effet, que l'absence de liquide détermine des troubles de la digestion, de l'assimilation et de l'élimination des déchets, chez des personnes dont la nutrition se fait déjà très mal.

On peut en dire autant du chlorure de sodium, dont on a voulu priver les obèses, sous prétexte que, retenu dans les organes, ce sel y fixerait de l'eau et augmenterait ainsi le poids de l'individu.

Régime alimentaire. Voici un régime qui nous a souvent donné de bons résultats :

Ne manger que trois fois par jour.

Le matin on prend une tasse de thé ou de café sans sucre.

A midi, en se mettant à table, on avale un verre d'eau ou une tasse de thé léger, pour calmer un appétit trop vif. Puis, on continue par un peu de viande (50 gr.), grillée ou rôtie, qui peut être précédée, au besoin, par des hors d'œuvres (radis, melons, concombres, céleri) sans beurre. On peut donner aussi de la salade, des légumes verts (épinards, chicorée) cuits à l'eau, et on finit le repas par un fruit. Très peu de pain grillé, et de l'eau comme boisson.

Le soir, on commence aussi par un verre d'eau. Ensuite, on prend une soupe maigre et un œuf, ou bien un peu de viande (jambon, poissons, poulet), de la salade, des légumes verts, du fromage blanc et un fruit.

Ce régime doit être continué longtemps, à moins d'affaiblissement et de perte des forces.

On peut y ajouter avantageusement des laxatifs : rhubarbe, séné, cascara, scammonée.