

101^e ANNÉE . N° 4

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE
ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

4^e TRIMESTRE 1964

SÉANCE SOLENNELLE (2^e partie)

LA PRESSE THERMALE ET CLIMATIQUE

ORGANE OFFICIEL
DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET
DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

L'EXPANSION
ÉDITEUR

EAU D'ÉVIAN ET ALLERGIE

La sensibilité aux divers allergènes paraît accrue par l'insuffisance rénale et les troubles (endotoxiques) qui en résultent.

L'action éliminatrice, désintoxicante de la cure de diurèse pratiquée avec l'eau de la Source Cachat stimule la fonction rénale et atténue les dysmétabolismes d'origine rénale ou hépatorénale.

Eau de source de montagne, oligominérale (0,30 g. de résidu sec par litre à 110°), riche en ions calcium et magnésium désensibilisants, l'eau d'ÉVIAN ne contient aucun allergène.

La preuve en est fournie par son usage externe en dermatologie sous forme de compresses ou de pulvérisations au cours des dermites allergiques les plus aiguës.

Cet usage, bien toléré, constitue un véritable test épicutané. Depuis des années, l'usage interne de l'eau de la Source Cachat dans la préparation des biberons est bien supporté par les nourrissons atteints d'eczéma diathésique. Il en est de même au cours des autres âges.

Les ions calcium et magnésium qui en sont les principaux éléments sont désensibilisants et sa pureté bactériologique originelle est conservée par les techniques ultra-modernes d'embouteillage.

L'eau d'ÉVIAN convient donc parfaitement à la diététique des états allergiques.

En outre, la cure à la station avec une eau plus fortement ionisée dans un climat alpestre de moyenne altitude remarquablement sédatif, dans un air pur est très bénéfique pour les allergiques. L'action rééquilibrante du complexe crénoclimatique d'ÉVIAN sur les dystonies neurovégétatives si fréquemment associées aux états allergiques est bien connue.

Cure de diurèse, cure climatique, cure de détente réalisent une désintoxication humorale et une sédation nerveuse favorables à l'amélioration du terrain allergique.

ÉVIAN

Saison : 15 mai - 25 septembre

Renseignements : Société des Eaux d'ÉVIAN

ÉVIAN (Haute-Savoie) - Tél. 410

117, Champs-Élysées, PARIS - Tél. ÉLY. 79-39

LA PRESSE THERMALE ET CLIMATIQUE

Ancienne GAZETTE DES EAUX

Fondateur

Victor GARDETTE †

publie les travaux de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales

101^e ANNÉE

4^e TRIMESTRE 1964

N^o 4

Rédacteur en chef :

Jean COTTET

Secrétaire général,

Secrétaire de Rédaction :

René FLURIN

Comité de Direction Scientifique

Professeur ARNOUX (Marseille). — Professeur Jean-Marie BERT (Montpellier). — Professeur Agrégé CORNET (Paris). — Professeur DARNAUD (Toulouse). — Professeur Ch. DEBRAY (Paris). — Professeur DELÉPINE, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — Professeur J.-J. DUBARRY (Bordeaux). — F. FRANÇON, Membre correspondant de l'Académie de Médecine. — Professeur R. FABRE, Doyen de la Faculté de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine. — Professeur GIBERTON (Paris). — Professeur G. GIRAUD (Montpellier), Membre de l'Académie de Médecine. — Professeur GONIN (Lyon). — Professeur GRANDPIERRE (Nancy), Directeur du Centre d'Enseignement et de Recherches de Médecine aéronautique de Paris. — GRISOLLET, Ingénieur en Chef de la Météorologie, Chef du Service d'Etudes Climatologiques de la ville de Paris. — Professeur JUSTIN-BESANÇON, Membre de l'Académie de Médecine (Paris). — LÉPAPE, Professeur au Collège de France. — Professeur RIMATTEI (Marseille), Membre correspondant de l'Académie de Médecine. — Professeur SANTENOISE (Lille). — R. SOYER, Assistant au Muséum National d'Histoire naturelle. — DE TRAVERSE, Chef de Laboratoire Hôpital Cochin. — Pierre URBAIN, Directeur des Laboratoires de Chimie analytique et hydrologique. — Professeur R. WAITZ (Strasbourg).

Comité de Rédaction

Biologie : P. NEPVEUX. — Circulation : J. LOUVEL, J. ROUVEIX. — Cœur : A. PITON. — Dermatologie : L. HUET. — Hépatologie et Gastro-Entérologie : G. BONNET, Y. KERMORGANT. — Gynécologie : Y. CANEL. — Entérologie : J. ANDRÉ, Ch. BERGERET, R. CAILLEUX, P. VENDRYES. — Médecine sociale : Ch. BERLIOZ. — Neuro-psychiatrie : J. C. DUBOIS, L. VIDART. — Pathologie ostéo-articulaire : A. BARRAU, BÉNITE, J. FORESTIER, J. FRANÇON. — Pédiatrie : CHAREIRE, M. FONQUERNIE. — Néphrologie et Urologie : J. COTTET, J. FOGLIERINI, J. PORGE, P. PRUNIER. — Thalassothérapie : D. LEROY. — Tuberculose pulmonaire : W. JULLIEN. — Voies respiratoires : A. DEBIDOUR, R. FLURIN, P. MOLINÉRY, J. PASSA, E. PERPÈRE.

Comité Médical des Stations Thermales

R. APPERCE, F. CLAUDE, G. EBRARD, G. GODLEWSKI, P. LAOUENAN, A. MATHIEU DE FOSSEY.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE, 15, RUE SAINT-BENOIT - PARIS-VI^e

Téléphone : 222-21-69

C.C. Postal Paris 370-70

Abonnements :

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE : 174, Bd Saint-Germain - PARIS-VI^e - 548-54.48

FRANCE : 27 F. — ETRANGER : 32

Le Numéro : 6,50 F.

Pour tout changement d'adresse, veuillez joindre à votre demande 1 F
ainsi que la dernière bande-adresse

2 MAI - 10 OCTOBRE

LUCHON 636 m.

(Pyrénées-Centrales)

CLIMAT SÉDATIF DE MOYENNE MONTAGNE

Toute la Thérapeutique sulfureuse : O.R.L., BRONCHES, RHUMATISMES

**LES TECHNIQUES
LES PLUS RÉCENTES
DANS DES ÉTABLISSEMENTS
SANS CESSE AMÉLIORÉS
SERVICES HORS-CLASSE**

**BOUES THERMALES, VAPORARIUM RADIO-
ACTIF, AÉROSOLS SONIQUES, INSUFFLATION
TUBOTYMPANIQUE,
DOUCHES PHARYNGÉES, ETC...**

***UNE GRANDE STATION THERMALE MODERNE
ET INTERNATIONALE***

ESBERIVEN

A BASE DE COUMARINE PHYTOTHÉRAPIQUE

- renforce le capillaire**
 - prévient la thrombose et les phénomènes inflammatoires**
 - assure un drainage veineux et lymphatique efficace**
- sans nécessité de surveillance biologique**



**Posologie moyenne par jour : Ampoules injectables 1 à 2
: Ampoules buvables 4 (2 × 2)**

L'absence de toxicité permet, lorsque le besoin s'en fait sentir, des posologies plus élevées



FORMULES : Ampoules injectables
boîte de 5 ampoules
P. cl. 11 - Remb. S.S.

Extrait spécial de mélilot, quantité correspondant à 0,001 g de
dérivés coumariniques. Rutine hydro-soluble 0,050 g pour 1 am-
poule de 2 ml.

Ampoules buvables
boîte de 20 ampoules
P. cl. 11 - Remb. S.S.

Extrait spécial de mélilot 0,100 g. Rutine hydro-soluble 0,025 g
pour 1 ampoule de 1 ml.

LABORATOIRES DACOUR - 56, RUE SEGOFFIN - COURBEVOIE (SEINE)

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

Séance Solennelle du 10 mars 1964 (2^e partie)

Association de manifestations cutanées et respiratoires de nature présumée allergique chez l'enfant, par H. JUMON, J. CHAREIRE et M ^{lle} G. EYRAUD	169
Traitement thermal de l'urticaire alimentaire, par G. F. BONNET	174
Considérations pathogéniques sur les troubles cutanés d'origine veineuse, par G. FLIPO	178
Incidence des troubles de la stase veineuse sur la constitution de certaines affections cutanées des membres inférieurs, par M ^{me} GANASCIA	179
Rhumatisme psoriasique et acide urique, par A. GUILLON	183

(Fin des communications de la séance du 10 mars 1964)

Séance du 25 novembre 1963

Variations de quelques éléments du sérum sanguin (lipidiques, protidiques et cationiques) au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy, par Ch. DEBRAY, Fr. BESANÇON et Cl. ROZE	187
Le traitement du psoriasis à la Roche-Posay, par P. BAILLET	191
Thérapeutiques gérontologiques et stations thermo-climatiques, par Ph. BAUMGARTNER	193
Le déclin des stations thermales anglaises, par F. FORESTIER	195

Compte rendu de congrès :

Diététique et thermalisme aux V ^{es} Journées nationales de Diététique	196
Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. Assemblée générale	198
ANALYSES	199
INFORMATIONS	201
TABLE DES MATIÈRES	202

*Les articles sont publiés sous l'entière responsabilité des auteurs
et n'engagent en rien l'administration du journal*

RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

Bailleul. — Bourbonne-les-Bains - L'eau qui guérit les os, 4^e couv. — Bourbon-l'Archambault - La station idéale, p. IV. — Evian - Eau d'Evian et allergie, 2^e couv. — Luçon, p. II. — Specia - Doxergan, 3^e couv. — Vichy, p. 172-173.

LA STATION IDÉALE DES RHUMATISANTS

**ARTHRITISME - PARALYSIES
TRAUMATISMES - GYNÉCOLOGIE**

BOURBON- L'ARCHAMBAULT

(ALLIER)

ALTITUDE 245 MÈTRES

**HOPITAL THERMAL
NOMBREUX HOTELS - CASINO**

SAISON DU 5 MAI AU 30 SEPTEMBRE

VIENT DE PARAITRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE PRATIQUE

Publiée sous la direction de J. A. LIÈVRE
PIERRE-BOURGEOIS et F. DARNIS

par les membres du Collège de Médecine
des hôpitaux de Paris

Tome I : SANG - ENDOCRINOLOGIE - RHUMATISME

1 vol. relié 21,5 × 27,5, 338 pages : **40 F**
Franco: **42 F**

Prix spécial réservé aux abonnés aux Cahiers du
Collège de Médecine : 32 F - Franco : 34 F. - Prix
spécial valable seulement sur l'achat d'un exem-
plaire (prière de joindre la dernière bande-adresse
d'envoi de la Revue).

En vente dans toutes les Librairies spécialisées

L'EXPANSION — ÉDITEUR

L'EXPANSION
ÉDITEUR

PRÉCIS DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE des principales stations thermales françaises

★

EN COLLABORATION

★

1 volume 17 × 22, 488 pages : **45 F** — franco : **46,50 F**

★

En vente dans toutes les librairies spécialisées
et à la Librairie des Facultés de Médecine et de Pharmacie

174, Boulevard Saint-Germain, Paris (6°)

C.C.P. Expansion, Librairie des Facultés, PARIS 5601-33 — LIT. 54-48

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

SÉANCE SOLENNELLE DU 10 MARS 1964

(2^e partie)

ASSOCIATION DE MANIFESTATIONS CUTANÉES ET RESPIRATOIRES DE NATURE PRÉSUMÉE ALLERGIQUE CHEZ L'ENFANT

H. JUMON, J. CHAREIRE, M^{lle} G. EYRAUD
(La Bourboule)

Une dermatose et une bronchopathie quelconques peuvent coexister de façon fortuite et éphémère, évoluer chacune pour son propre compte et se retirer séparément de la scène clinique, sans avoir entre elles aucun lien de parenté. Ces éventualités restent hors de notre propos.

Au contraire, l'intrication intime et répétée des manifestations cutanées et respiratoires, leur comportement similaire, leur évolution parallèle, leur appartenance à un même terrain, mettent en évidence une *parenté morbide* dont les travaux de Turiaf ont bien souligné l'intérêt et la fréquence chez l'adulte, et qui s'extériorise par une forme originale de la maladie asthmatique, nous voulons parler du *Prurigo-Asthme* ou *Asthme-Eczéma* (1), couple nosologique dominant de très loin chez l'enfant toutes les associations cutanéobronchiques possibles. Cette forme nous est bien connue à la Bourboule, qui, par la nature de ses eaux, en attire un grand nombre de cas. A l'histoire de cette disgrâce, bien étudiée récemment par Duperrat chez l'adulte, le dépouillement de nos observations chez l'enfant nous permet d'apporter une contribution personnelle.

(1) Prurigo diathésique de Besnier ou eczéma constitutionnel.

L'ECZÉMA DU NOURRISSON.

Au frontispice de cette étude, nous ne pouvons passer sous silence l'eczéma du nourrisson. Première maladie allergique de l'être humain, à topographie céphalique bien connue, si l'eczéma du nourrisson ne s'associe pas directement avec l'asthme, c'est lui qui engage le plus lourdement l'avenir. En effet, s'il est des cas où il reste solitaire et guérit définitivement vers 18 mois sans être suivi d'aucune autre manifestation, en revanche, dans 30 à 50 % des cas, il est le précurseur d'une allergie cutanée ou respiratoire qui apparaîtra plus tard alors qu'il sera guéri depuis longtemps. Plus rarement enfin, il persistera au-delà de 18 mois, et par une modification insensible de sa topographie se transformera en Prurigo diathésique de Besnier.

LE PRURIGO-ASTHME.

Sur 1.350 cas d'asthme franc, nous avons retenu 229 cas de Prurigo diathésique en évolution actuelle, ce qui donne 13 % de cas d'association. Nous n'avons pas tenu compte des dermatoses seulement signalées dans les antécédents, les relations rapportées par les familles étant trop souvent entachées d'erreur.

D'autre part, nous avons observé 40 cas de Prurigo diathésique en apparence solitaire, mais en réalité associé à des manifestations respiratoires équivalentes de l'asthme (rhinites allergiques, toux et trachéites spasmodiques), et 27 cas de dissociation familiale du syndrome entre les collatéraux, un des enfants étant porteur d'un eczéma solitaire, un autre d'un asthme isolé.

En conclusion, 296 cas de Prurigo diathésique ont été observés par nous. Compte tenu des rectifications précédentes, le nombre d'enfants asthmatiques atteints de Prurigo diathésique dépasse certainement 13 % des cas.

COMPORTEMENT DE LA DERMATOSE.

Le Prurigo de Besnier ou eczéma constitutionnel débute vers l'âge de Quatre ans, plus souvent chez le garçon. L'asthme commence un peu plus tardivement, en général. Mais il est des cas où l'une des manifestations demeure isolée dans l'enfance et l'adolescence, la seconde n'apparaissant qu'à l'âge adulte. En voici quatre exemples :

Observation n° 1. — M^{lle} I..., 28 ans : Prurigo eczématisé typique dans l'enfance ; 1^{re} crise d'asthme à 24 ans.

Observation n° 2. — M^{me} D..., 22 ans : Asthme apparu à 6 ans. Après 3 cures au Mont-Dore de 18 à 20 ans, l'asthme semblait disparu. A 23 ans apparition d'un eczéma constitutionnel et d'une rhinite allergique.

Observation n° 3. — Giselle T..., 26 ans : Asthme apparu à 6 ans et disparu à 13 ans, mais à 26 ans, apparition de Prurigo diathésique et reprise de l'asthme.

Observation n° 4. — Madame B..., 34 ans : Prurigo diathésique apparu à 12 ans ; 1^{re} crise d'asthme à 17 ans.

Il ne faut donc pas se hâter de proclamer une guérison qui peut n'être qu'une longue trêve, l'avenir se chargeant de nous réserver des surprises.

Le Prurigo de Besnier concerne toute une série d'affections éruptives où domine le prurit, d'où les noms de Prurigo diathésique, de prurit eczémato-lichénien, de névrodermite disséminée, de dermatite atopique, etc... ; la diversité de ces vocables semble a priori désigner des formes cliniques différentes, mais en dépit de certains caractères objectifs de prurigo, il ne s'agit ici que d'une seule et même affection aux nuances nombreuses ; aussi l'école française, uniciste, assimile-t-elle notre dermatose aux stades tardifs de l'eczéma diathésique, au Prurigo de Hébra, et même aux eczémas chroniques papulo-vésiculeux lichénifiés. Dans toutes ces dermatoses, en effet, se retrouve la *lésion élémentaire de l'eczéma* : spongieuse et dissociation des cellules épidermiques par exosérose et exocytose lymphocytaire. Ainsi se réalise l'unité anatomo-clinique des eczémas constitutionnels, auxquels s'identifie notre dermatose.

Le *Prurit*, signe initial et majeur du Prurigo diathésique, engendre des papulo-vésicules et des lésions secondaires non spécifiques, « d'une grande banalité dermatologique » (Besnier) : eczématisations, lichénifications, voire infections cutanées dues au grattage et compliquées parfois d'adénopathies.

La *topographie des lésions* offre des lieux d'élection à disposition symétrique : l'atteinte des plis articulaires de flexion des membres (plis du coude, creux poplités, aisselles), localisation typique la plus fréquente, impose le diagnostic. Les localisations plus rares (mains, poignets, face interne des cuisses, nuque, cou, etc...) semblent plus courantes chez l'adolescent.

Après la cicatrisation des lésions, la peau reste sèche, rugueuse, pachydermique : c'est une vraie lichénification chro-

nique torpide. Au minimum, une pigmentation leuco-mélano-dermique prurigineuse survit à l'effacement des placards.

Chez ces sujets, les fonctions de la peau sont troublées ; il y a rétention sudorale et la sudation aggrave le prurit. D'autre part un dermographisme blanc (par vaso-constriction) s'oppose ici à l'érythème ortié des sujets normaux.

COMPORTEMENT DE L'ASTHME.

L'asthme associé au Prurigo diathésique ne se comporte pas autrement que l'asthme isolé ; toutes les formes peuvent être observées : Asthme franc, Asthme à dyspnée continue, état de mal. De plus, comme nous l'avons vu, l'asthme peut être remplacé par des « équivalents » : rhinites, bronchites allergiques ou trachéites spasmodiques.

COMPORTEMENT ET ÉVOLUTION DU PRURIGO-ASTHME.

Manifestations cutanées et bronchiques s'intriquent selon un mode variable dont le caprice est imprévisible :

- *L'alternance* des deux manifestations, très classique, n'a cependant rien d'absolu.
- *La coïncidence* des lésions prurigineuses et des crises d'asthme évoluant de pair nous semble beaucoup plus fréquente.
- *La succession* à longue échéance rend compte des éclipses d'une des manifestations et crée l'apparence d'un asthme ou d'un prurigo solitaire, la manifestation éclipsée pouvant se retrouver dans les antécédents.

Les formes légères et moyennes du prurigo-asthme ne touchent guère l'état général de l'enfant, dont la croissance reste normale ; elles connaissent des rémissions, mais la guérison complète et définitive est rare. Et cependant, dit Besnier, « le prurigo diathésique étant plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, il faut bien en conclure qu'un certain nombre de cas guérissent ».

Mais c'est dans les *formes rebelles*, quand l'asthme s'intrique étroitement avec la dermatose, qu'apparaît l'atteinte de l'état général. La répétition incessante du prurit, des poussées d'eczéma et des crises d'asthme crée peu à peu un état de déficience pouvant aller jusqu'aux retards de croissance somatique, pondérale et même pubertaire. Maigre, chétif, pâle, ballotté entre les crises d'asthme et de prurit l'enfant ne connaît plus de repos et verse dans l'insomnie, les terreurs nocturnes, le nervosisme. A ce dérèglement du système neuro-végétatif se surajoute un syndrome psycho-somatique, pour peu que le milieu familial influence l'affectivité de l'enfant (rivalités fraternelles, conjoints mal assortis, divorce, chômage, faits scolaires).

Rappelons que l'existence d'un prurigo eczématisé solitaire dans le jeune âge doit faire redouter l'apparition ultérieure de l'asthme.

NATURE DU PRURIGO-ASTHME.

Besnier avait bien observé que ces malades étaient des « constitutionnels », dont les troubles cutanés et bronchitiques relevaient « des conditions individuelles de tissus et d'organes provoqués et entretenus par un mode de nutrition anormal », nous dirions aujourd'hui par la *perturbation du terrain*.

Dans 72 % des cas existe un *facteur héréditaire et familial* en dominance régulière pour les deux manifestations. La transmission de cette diathèse par les ascendants (parents ou grands-parents) peut être totale et porter à la fois sur les deux manifestations, ou partielle et dissocier le syndrome entre les enfants d'une même famille. En voici deux exemples :

Observation n° 5. — Sabine de St-J..., 9 ans, est atteinte d'un prurigo eczématisé, sa sœur Monique, d'une trachéite spasmodique ; cette dernière, devenue plus tard Madame V... a un fils asthmatique.

L'Observation n° 6 de la famille G... est encore plus démonstrative. D'un père eczémateux et d'une mère asthmatique naissent quatre enfants : Olivier (5 ans) est atteint d'asthme franc isolé ; Catherine (8 ans) d'un prurigo eczématisé typique aux aînes et aux creux poplités ; Agnès (7 ans) d'une trachéite spasmodique et Claire (9 ans) d'une rhino-pharyngite en apparence banale, mais l'auscultation fait entendre des ronchus et des sibillances.

De telles observations semblent bien confirmer l'hypothèse de l'hérédité d'une aptitude particulière à contracter des manifestations allergiques de tout ordre. Chez de tels sujets on peut assez souvent faire la preuve de l'origine allergique des manifestations respiratoires par des arguments cliniques et biologiques, mais il est beaucoup plus difficile de mettre en évidence, de manière certaine, le caractère allergique des manifestations cutanées.

Dans de nombreux cas d'ailleurs, des facteurs d'ordre infectieux ou psycho-émotionnels, constituent, comme Turiaf l'a bien mis en évidence chez l'asthmatique-adulte, de véritables composantes étiologiques, contribuant grandement à révéler ou à aggraver la manifestation allergique.

Enfin, le contact direct de la peau avec divers réactogènes (vêtements de laine et de flanelle, emploi de détergeants), rend compte de certaines poussées aiguës par réactivation de l'eczéma.

THÉRAPEUTIQUE.

D'une ténacité désespérante chez l'adulte, le prurigo diathésique offre plus de prise à la thérapeutique chez l'enfant, organisme encore peu taré et plus malléable.

La peau de ces malades, d'une susceptibilité exceptionnelle, ne supporte aucune irritation ; si le contact des vêtements de laine aggrave le prurit, l'application de pommades de toutes sortes, en particulier aux antibiotiques, aux antihistaminiques, et à l'hydrocortisone, peut créer des intolérances médicamenteuses.

De même, l'emploi à l'intérieur d'antibiotiques et de corticoïdes est risqué : un grand nombre de prurigos de Besnier latents se révèlent après une cure d'antibiotiques (surtout de pénicilline) et sont alors d'une extrême ténacité ; les corticoïdes, après une amélioration passagère, n'empêchent pas les récurrences ; s'il est des cas où l'asthme coexistant requiert l'emploi de la corticothérapie, celle-ci ne doit jamais constituer un traitement de routine, qui pourrait rendre la dermatose insensible à toute thérapeutique, même thermale (Valette).

Il en est tout autrement avec les cures thermales, thérapeutique la moins agressive et la plus efficace du prurigo-asthme. Si la crénothérapie ne peut promettre la guérison, elle adoucit nettement les souffrances du malade, en améliorant l'état bronchique, l'état cutané et l'état général.

Par la composition de ses eaux et leurs propriétés anti-allergiques et anti-anaphylactiques, la Station de La Bourboule nous paraît toute désignée pour le traitement de l'eczéma constitutionnel de l'enfant.

La source Choussy-Perrière, source principale de la Station,

est une solution chlorurée sodique arsenicale hautement radioactive, qui contient par litre : 2,89 g de Bicarbonate de Sodium, 2,84 g de NaCl, 0,12 milligrammes de silice, 0,007 milligrammes d'Arsecenic trivalent, plus des éléments divers, ce qui porte sa minéralisation totale à 6,50 g : elle est ainsi presque isotonique au sérum sanguin.

Bazin considérait l'arsenic comme le médicament par excellence des dermatoses sèches et squameuses, des prurigos et des lichens. Or, la nature nous offre dans l'eau de la Bourboule un arsenic trivalent parfaitement assimilable, qui, avec le chlorure de Sodium, a une part considérable dans l'action thérapeutique de cette eau.

En dermatologie, les pratiques thermales externes ont une action locale calmante, cataplasmanche, kératoplastique ; nous utilisons les bains prolongés d'eau de Choussy pure à 35°, de 25 minutes à une heure, selon l'âge. Les pulvérisations à faible pression destinées au décapage des placards, enfin les douches filiformes à jet unique qui, par le massage des tissus malades, déterminent une vaso-dilatation de la peau : celle-ci récupère ainsi une résistance et une circulation proches de la normale.

En pneumologie, l'asthme relève des inhalations d'eau de Choussy et des électro-aérosols ; procédé particulier à la Station, émis dans un champ électrique à haute tension, ils nébulisent l'eau thermale en gouttelettes d'un diamètre inférieur à un micron et vectrices d'une charge électro-statique qui les empêche d'entrer en coalescence, de sorte que ces gouttelettes pénètrent au plus profond de l'appareil respiratoire.

A ces traitements externes, la cure de boisson ajoute son action tonique essentielle sur le terrain : elle contribue à rééquilibrer le milieu humoral et agit puissamment sur la croissance.

Prurigo et asthme sont également favorablement influencés par le climat subalpin (850 m) de la Station, dans un air pur ozonisé pratiquement aseptique et sous des rayons solaires riches en ultra-violet.

Il est difficile à des médecins thermaux de présenter une étude rigoureuse des résultats éloignés des cures thermales. Mais pendant la cure bourboulienne elle-même, il nous a été donné d'observer des améliorations incontestables de l'état cutané : disparition du prurit, cicatrisation des lésions, par la suite atténuation des récurrences et diminution de leur fréquence. Certaines rémissions prolongées équivalant à une guérison surviennent souvent un ou deux mois après une cure, alors que la dermatose s'obstinait à rester stationnaire pendant celle-ci.

Des résultats analogues se retrouvent dans les affections respiratoires.

DISCUSSION

M. Turiaf. — Je crois mes chers amis que vous êtes d'accord avec moi pour féliciter M. Jumon de son excellent rapport. Il a été très clairement conçu et énoncé. Il est frappé du sceau de la saine clinique, du bon sens de chez nous. Il ne néglige pas le recours à la bibliographie française qui vaut bien celle des étrangers.

Merçi M. Jumon personnellement à vous et merci aussi à l'école de la Bourboule que vous avez une fois de plus mise à l'honneur dans ce rapport écrit en collaboration avec nos collègues Mlle Eyraud et M. Chaireire.



CASINOS, THÉÂTRES, CONCERTS, TOUS LES SPORTS

VICHY

3 ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

parfaitement équipés
Saison 2 Mai - 15 Octobre

**Action générale équilibrante et profonde
sur le terrain et le milieu humoral.**

Séquelles des hépatites virales.

Hépatites toxiques et toxi-infectieuses.

Dyskinésies et lithiases vésiculaires.

Séquelles des cholecystectomies.

Migraines.

**Maladies de surcharge : Goutte, Hyperuricémie,
Hypercholestérolémie, Obésité, Diabète.**

Manifestations allergiques d'origine alimentaire ou digestive.

Gastrite, Hernies hiatales.

Colites acides de fermentation.

Hépatopathies de l'enfance.

**Traitement d'entretien ou d'attente de la Cure Thermale
par les Eaux Grande-Grille et Hôpital, à domicile.**

VICHY ET LA DIÉTÉTIQUE



Un RESTAURANT DIÉTÉTIQUE Pilote.

Un Service de RENSEIGNEMENTS DIÉTÉTIQUES
au Grand Établissement Thermal.

Une CHAÎNE DIÉTÉTIQUE d'Hôtels et Restaurants
spécialement documentés pour servir
à la demande des menus de régimes.

Des Séries de MENUS-TYPES établis par le Corps
Médical Vichyssois :

(Hépto-Biliaire, Gastrites, Colites Droites,
Obésité, Dyspepsies hyposthéniques, Diabète).

*Tels sont les moyens mis pendant la saison
à la disposition des curistes à Vichy, désireux
de parfaire leur traitement par un contrôle
rationnel de leur alimentation.*

TRAITEMENT THERMAL DE L'URTICAIRE ALIMENTAIRE

G. F. BONNET
(Vichy)

Pour comprendre le traitement thermal de l'urticaire alimentaire, il faut replacer cette affection dans son contexte clinique. C'est une manifestation cutanée d'une allergie digestive et alimentaire, qui relève beaucoup plus de la gastro-entérologie que de la dermatologie. En effet, le caractère allergénique d'aliments qui, normalement, sont inoffensifs, ne peut se manifester que grâce à une altération de la muqueuse digestive laissant s'infiltrer des molécules, insuffisamment désintégrées, et à une déficience du foie, qui ne peut neutraliser cet antigène. L'élément urticarien lui-même, ne représente guère qu'un excellent indicateur coloré de l'allergie, facile à voir, à suivre, tandis que les atteintes viscérales profondes, allergiques ou non, se dissimulent sous une symptomatologie confuse.

C'est-à-dire que, le plus souvent, nous traitons des urticaires digestives soit à l'occasion d'autres manifestations allergiques (asthme, rhume des foins et surtout migraine), soit d'autres atteintes du tube digestif ou de l'appareil hépatobiliaire.

Le traitement thermal par les eaux bicarbonatées sodiques (Vichy, Vals, Le Boulou) se justifie à un double point de vue :

- améliorer l'état hépato-digestif, c'est-à-dire accroître les fonctions antitoxiques du foie et rendre à la muqueuse digestive débordée, une filtration sélective à l'égard des antigènes.
- modifier le terrain allergique, notion d'existence clinique et expérimentale indiscutable, mais dont nous connaissons mal le mécanisme.

De même, replaçons dans son CONTEXTE THÉRAPEUTIQUE, le traitement des urticaires alimentaires par la cure thermale. Il est bien évident que la crénothérapie n'interviendra qu'après échec des autres thérapeutiques. La question a donné lieu à des études de H. Dany (de Vichy) et de Nogues (du Boulou).

On étudiera l'état hépato-digestif avec soin, pour rechercher :

- Une déficience hépatique en insistant sur l'étude de la fonction de détoxication (Hippuricurie).
- Une atteinte gastrique : gastrite modifiant la muqueuse, insuffisance sécrétoire vérifiée par le tubage.

— Une atteinte intestinale portant sur le grêle ou le côlon dont l'inflammation muqueuse peut favoriser le passage par effraction, de molécules alimentaires insuffisamment désintégrées. Un examen coprologique complet vérifiera l'état de la digestion intestinale (entérite du grêle, colite de fermentation ou de putréfaction) ainsi que la présence d'une parasitose qui peut entretenir un état d'inflammation chronique (amibiase, lambliaose), ou d'allergie. La remise en état d'un appareil digestif défectueux permet souvent de vaincre l'urticaire alimentaire.

Traitements étiologiques.

La suppression de l'aliment allergène pose un problème souvent plus difficile qu'il ne paraît. Le malade attribue ses crises d'urticaire à un aliment classiquement allergénique : fraises, crustacés, poissons. En réalité, nombre de malades sont sensibles à d'autres aliments et il faudra, parfois, une longue enquête étiologique, en utilisant les méthodes provocatrices édictées par Rinkel. Parfois même, la sensibilité n'est pas seulement alimentaire, mais s'étend aux pneumallergènes, aux allergènes microbiens et fongiques.

Enfin, on pourra tenter d'améliorer le terrain allergique à l'aide de γ -globuline, ou en modifiant l'équilibre acido-basique, l'état neuro-végétatif.

Traitements symptomatiques.

Nous ne parlerons guère des traitements symptomatiques de l'urticaire qu'il s'agisse des sympathico-mimétiques (injection d'adrénaline), des antihistaminiques de synthèse ou des corticoïdes, dont l'action est limitée dans le temps et ne peuvent apparaître comme des traitements de fond.

Ainsi, dans un cas d'urticaire alimentaire isolé, on n'enverra en cure thermale que les malades ayant résisté à l'action des traitements anti-allergiques classiques.

Nous étudierons successivement dans l'urticaire alimentaire :

- 1) les faits : observation des cas, résultats thérapeutiques.
- 2) leurs commentaires et les indications thérapeutiques à en tirer.
- 3) les hypothèses pathogéniques.

I. — LES FAITS CLINIQUES

Nous avons observé 32 cas d'urticaire alimentaire avec un recul d'au moins 3 ans et ayant subi un minimum de 2 cures thermales à Vichy, chez des sujets dont l'âge variait de 6 à 60 ans.

Les formes cliniques de l'urticaire variaient depuis les poussées discrètes de quelques placards à l'urticaire géante ou généralisée.

L'origine alimentaire n'a été retenue que dans des cas évidents, établis par les malades eux-mêmes qui indiquaient avec précision les antigènes alimentaires : il s'agissait le plus souvent de crustacés, de poisson, de fraises, de chocolat, de lait, de charcuterie, plus rarement de pain ou de vin. Nous n'avons pu à cette époque établir des recherches étiologiques par la méthode de Rinckel, comme nous le faisons actuellement.

Enfin, la plupart de ces urticaires s'associaient à d'autres phénomènes allergiques pour lesquels les malades étaient envoyés en cure : il s'agissait généralement de migraines (19 cas sur 32), d'asthme ou d'allergie nasale (5 cas sur 32). Dans 10 cas, l'urticaire était la seule manifestation allergique. Voici les résultats bruts du traitement thermal de ces 32 cas d'urticaire alimentaire :

15 guérisons complètes	46,87 %
11 améliorations	34,37 %
6 échecs	18,75 %

Études divers facteurs étiologiques.

— L'âge ne paraît pas jouer un rôle déterminant l'âge moyen des malades guéris est de 34 ans, celui des malades améliorés 35 ans, celui des malades non améliorés de 38 ans. Peut-être, pourrait-on tirer argument de ce dernier chiffre pour admettre que la guérison est plus aisée si le malade est jeune, mais le petit nombre de malades en cause et le faible écart des moyennes, ne semblent pas significatifs.

La coexistence d'autres troubles allergiques (migraines, asthme) n'influe pas sur les résultats thérapeutiques. Qu'il s'agisse de guérisons ou d'échecs le pourcentage des migraines associées reste le même, encore que le petit nombre des cas totaux interdise d'en tirer une conclusion statistiquement valable.

L'amélioration des troubles allergiques associés va généralement de pair avec l'amélioration de l'urticaire. Sur 13 guérisons d'urticaire associé à des migraines ou à de l'asthme (ou les deux à la fois) on note :

5 guérisons d'asthme ou de migraine.
8 améliorations.
0 échec.

Sur 5 améliorations d'urticaire associées à des migraines ou à de l'asthme on note :

1 guérison de migraine,
4 améliorations d'asthme ou de migraine.
0 échec.

Sur 4 échecs thérapeutiques pour l'urticaire, on compte :

1 guérison de migraine.
3 échecs.

Ces faibles échantillons ne permettent pas d'établir des pourcentages valables, mais on note un parallélisme net, entre les succès et les échecs du traitement de l'urticaire et des troubles allergiques associés.

Le syndrome digestif associé à l'urticaire alimentaire ne paraît pas modifier les résultats thérapeutiques, qu'il s'agisse de lithiase, de dyskinésie, de dyspepsie biliaire ou bien que l'on ne décèle aucune atteinte nette du système digestif,

la proportion de guérison, d'amélioration ou d'échecs, reste sensiblement identique.

Enfin, nous avons voulu savoir si le nombre de cures effectuées par le malade jouait un rôle. Les réponses sont significatives. Les malades guéris avaient en moyenne effectué 3 cures. Les malades améliorés 4 cures. Les malades avec échec thérapeutique 5 cures. Ainsi, les résultats de la cure thermale répondent à la loi du tout ou rien : les meilleurs résultats sont obtenus rapidement ou jamais.

En résumé, une urticaire d'origine alimentaire a presque une chance sur deux de guérir complètement en 3 cures thermales, une chance sur 3 d'être améliorée, une chance sur 5 de ne pas être modifiée.

Les résultats sont peut être meilleurs chez les sujets jeunes. La guérison ne dépend pas des syndromes allergiques associés, ni des syndromes digestifs d'accompagnement. Généralement, l'amélioration ou la guérison de l'urticaire s'accompagne de l'amélioration ou de la guérison de l'asthme ou des migraines associées.

II. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

A la lumière de ces faits, on peut préciser les indications thermales de l'urticaire alimentaire, selon que l'urticaire est isolée ou associée à d'autres affections.

1) S'il s'agit d'une urticaire alimentaire isolée récidivante ou chronique, il faudra d'abord épuiser les thérapeutiques habituelles avant d'envoyer le malade en cure. La recherche de l'aliment allergène est parfois infructueuse, souvent par manque de coopération du malade. Les essais de désensibilisation à l'aide de régimes d'exclusion complexes, ne sont pas toujours suivis avec persévérance ou avec compréhension.

En réalité, l'urticaire alimentaire n'est jamais isolée. On a vu quel substratum physio-pathologique conditionne son existence : insuffisance de la barrière digestive, insuffisance des fonctions antitoxiques du foie. Si bien, qu'un bilan digestif complet permettra parfois de déceler une atteinte justiciable, elle aussi, d'une cure thermale. Et il faudra penser toujours à cette possibilité, lorsque l'on se trouvera en présence d'une urticaire rebelle aux traitements habituels.

De toute façon, on peut conclure que les indications crénotherapies de l'urticaire alimentaire isolée dépendront des échecs thérapeutiques médicamenteux.

2) Si l'urticaire alimentaire est associée à d'autres affections allergiques ou non, les indications deviennent à la fois plus larges et plus impératives.

— L'urticaire associée à d'autres phénomènes allergiques (migraine, asthme, coryza spasmodique), vient signer l'existence d'un terrain allergique important. Ce sont les cas vus les plus fréquemment à Vichy (22 cas sur 35). Il s'agit le plus souvent de migraines allergiques (19 cas sur 35) avec souvent un élément hépato-biliaire. Les troubles respiratoires (asthme, coryza spasmodiques) coexistent souvent avec les migraines (5 fois sur 32).

— Le syndrome urticaire migraine est justiciable d'une cure thermale dans presque tous les cas, sauf si on a trouvé les allergènes communs qui sont à leur origine, et si leur suppression s'est montrée efficace. En effet, la migraine allergique est une indication majeure de Vichy et l'on a toutes chances de guérir les deux troubles allergiques.

— Le syndrome urticaire-asthme pose des problèmes plus délicats, étant résolues les difficultés thérapeutiques habituelles.

Si l'asthme ou le coryza spasmodique prédomine, il est prudent de commencer par les traiter au Mont-Dore ou à St-Honoré et de ne recourir à Vichy qu'en cas d'échec. Si l'urticaire alimentaire s'accompagne de troubles hépatiques notables et que l'allergie respiratoire n'occupe que le second rang, il faut prescrire une cure à Vichy d'abord.

La coexistence d'un autre syndrome allergique ne diminue pas les chances de guérison. Sur 13 cas de guérison complète d'urticaire alimentaire, 5 fois étaient guéris les migraines ou l'asthme coexistant. Sur 5 améliorations : 1 guérison de migraine, 4 améliorations d'asthme, de migraine ou d'urticaire. Le plus souvent la guérison ou l'amélioration de l'urticaire va de pair avec celui de l'asthme ou de la migraine. Pour tous ces cas, nous n'apportons pas de statistique, car le nombre total des malades ne dépassant pas 32, tout pourcentage serait illusoire et fallacieux.

— Si l'urticaire alimentaire est associée à une atteinte hépatobiliaire : lithiase, dyskinésie ou dyspepsie biliaire, l'indication thermique devient impérative, puisque la cure s'adresse à la fois au syndrome allergique et hépatobiliaire.

C'est ainsi que sur 4 cas d'urticaire associés à la lithiase biliaire, on compte 1 guérison, 1 amélioration et 2 échecs. Sur 6 cas associés à une dyskinésie biliaire, on note : 2 guérisons, 2 améliorations et 2 échecs.

Il faudrait un plus grand nombre de cas pour pouvoir en tirer conclusions statistiques valables.

III. — EXPLICATION DES FAITS

Ces faits posent tout le problème du traitement des états allergiques par les eaux minérales, notion due au grand physiologiste Gabriel Billard. Dès 1913, Grellety démontre que, chez le lapin, le choc anaphylactique par injection sous cutanée de l'antigène est notablement atténué si l'on dilue l'antigène dans l'eau de Chomel. Arloing et Vauthey en 1923, sensibilisent des cobayes par voie intrapéritonéale avec du sérum de cheval ou de l'ovalbumine. Le choc, produit par une injection déclenchante sous dure mérienne, est diminuée ou supprimé par des injections sous cutanée d'eau de Vichy pendant 10 à 20 jours. Les diverses sources de Vichy paraissent avoir un pouvoir antiallergique à peu près équivalent, mais l'eau prise au griffon est beaucoup plus active que l'eau conservée. Dans une autre série d'animaux, l'antigène intrapéritonéal était additionné d'eau de Vichy, le choc était beaucoup plus atténué que chez les témoins où l'antigène était injecté pur. Ces résultats furent confirmés par Duhot, Polonowski et Cuvelier (1932). Dans sa thèse (1949) J. de la Tour constate une diminution de l'asthme expérimental du cobaye, après administration d'eau de Vichy en aérosols, per os ou en injections.

En 1952, Cuvelier, J. de la Tour et Laurent, notent un retard de l'apparition de la papule histaminique cutanée (Triade de Lewis) et sa diminution, lorsque l'histamine est dissoute dans l'eau de Vichy prélevée au griffon. Le temps d'apparition de la réaction de Lewis était augmentée de 50 % avec l'eau de la Grande Grille, de 35 % avec l'eau de Chomel. Ici la peau est utilisée comme organe réactif, la triade de Lewis reproduit expérimentalement l'urticaire. On peut donc supposer que l'action phylactique de l'eau de Vichy agit au niveau même des terminaisons vasomotrices du derme. Ainsi, du point de vue local, l'eau de Vichy apparaît comme un antagoniste de l'histamine.

Récemment, nous-mêmes avons repris l'étude de l'anaphy-

laxie alimentaire du cobaye et ses modifications sous l'effet de l'eau de Vichy. En utilisant la technique préconisée en 1934 par Bret Ratner et H. C. Gruehl, les cobayes ont été sensibilisés par une injection intrapéritonéale de lait cru dilué de moitié dans du sérum physiologique ou dans de l'eau de Vichy Grande Grille prise au griffon. Le déclenchement était provoqué par l'instillation intra-œsophagienne de 2 millilitres du même mélange. Chez les cobayes traités par du sérum physiologique ou de l'eau de Vichy, 70 % des animaux présentèrent des chocs anaphylactiques mortels ou non. Par contre, dans une série de 28 cobayes ayant bu de l'eau de Vichy pendant les 3 semaines séparant l'injection préparante et l'ingestion déclenchante, 82 % seulement des animaux présentèrent des signes de choc allergique, soit moitié moins que les cobayes n'ayant pas ingéré d'eau minérale.

Ainsi du point de vue expérimental, on a pu reproduire l'action protectrice de l'eau de Vichy sur les deux stades de l'urticaire alimentaire : le stade digestif initial et le stade cutané terminal.

DISCUSSION

M. Huriez. — Quelqu'un désire la parole sur la très intéressante communication de M. Bonnet ?

M. Cany. — Je voudrais poser une question sur les types d'aliments qu'il a reconnus comme antigéniques dans les cas d'urticaire qu'il a rapportés. Ma question paraîtra peut-être insidieuse mais en fait je la pose parce que je pense que les statistiques que nous apporte Bonnet sont extrêmement intéressantes sur le rôle favorable des eaux de Vichy sur l'urticaire en général.

Je serai peut-être un peu plus critique sur ce qu'on appelle l'action d'urticaire alimentaire parce qu'il nous a apporté deux tests, le test de Rinkel, je suppose qu'il fait allusion au dernier proposé à Vichy.

M. Bonnet. — Sûrement pas.

M. Cany. — C'est autre chose. Celui-là paraît d'une application difficile et d'une interprétation encore plus aléatoire, et d'autre part sur le test de latex ou de l'histaminoplexie qui sont des tests de terrain allergique mais pas des tests d'étiologie alimentaire en matière d'urticaire surtout chroniques qui sont les plus intéressants, ce ne sont pas sur des urticaire qui viennent chaque fois qu'on mange des fraises qu'on enverra un malade à Vichy mais pour un urticaire récidivant, pour ces urticaire chroniques, je crois que la part de l'étiologie alimentaire est modérée, est très modérée et qu'il y a beaucoup plus souvent à retenir une étiologie soit du type bactérien, soit du type... à levure, quelquefois d'une étiologie réellement alimentaire.

M. Genevrier. — Quand il y a association d'asthme et d'urticaire et bien j'ai constaté moi-même dans la station qu'il y avait une amélioration à la fois de l'asthme et de l'urticaire. Je n'ai pas poussé l'expérimentation comme Bonnet ce qui m'a fait souvent prescrire des cures de Vichy après des cures Mont-Dore.

La thérapeutique dont parle Bonnet n'est pas une thérapeutique au départ sur l'élément qui déclenche la crise, ce n'est pas une thérapeutique à l'arrivée sur l'élément de l'organisme pour polariser la crise, c'est une thérapeutique de terrain qui joue sur cet élément intermédiaire sur lequel j'insistais tout à l'heure.

M. Baillet. — Quand j'ai organisé cette séance, je suis le

responsable de la communication de mon ami Bonnet, mon propos était celui-ci, c'est qu'à la Roche-Posay, vous savez que c'est la station des prurits, on voit surtout des eczémas mais des urticaires on n'en voit pas beaucoup. J'ai été très frappé sur le fait que les urticaires qui venaient à la Roche-Posay ont tous été des échecs. Les eczémas marchent bien mais l'urticaire ne marche pas.

Je me souviens avoir parlé avec des camarades de Vichy, notamment mon ami Roubeau je lui disais « à la Roche-Posay je ne soigne pas l'urticaire » il m'a répondu « à Vichy nous avons au moins 50 % de bons résultats ».

Quand nous avons décidé de consacrer cette séance aux dermatoses d'origine allergique j'ai demandé à Bonnet de bien vouloir nous apporter ses statistiques et je vois que quand on prend les statistiques et qu'on se ne borne pas à ces conversations de couloir eh bien les statistiques sont à peu près celles que Roubeau me donnaient, ils ont 50 % de bons résultats. Je suis agréablement surpris de cette nouvelle thérapeutique.

M. Hardy (St-Gervais). — Il me semble que ça ne pose pas un extraordinaire problème. M. Bonnet nous parlait d'une eau hyperminéralisée, administrée strictement par voie buccale. A la Roche-Posay, vous administrez une eau plate qui est une eau hypominéralisée, qui n'a aucune visée hépatodigestive. Que vous n'obteniez pas de résultats par des thérapeutiques externes ce n'est pas étonnant.

A St-Gervais où l'eau en ingestion est une eau comme celle de Vichy nous avons de très bons résultats dans l'urticaire et ce n'est certainement pas lié aux thérapeutiques externes que nous appliquons.

M. Baillet. — Reste à savoir si la cure de la Roche-Posay est uniquement une cure externe. Jusqu'à présent nous la considérons comme une cure mixte et ayant une action hépatique.

M. Hardy. — Comment ?

M. Baillet. — Il ne s'agit pas de savoir comment, il s'agit de constater.

Je note que les gens de St-Gervais ont une action sur l'urticaire que nous n'avons pas.

M. le P^r Huriez. — M. Bonnet doit être satisfait puisque tout le monde admet l'efficacité de la cure de Vichy dans le traitement de l'urticaire trophique.

Il a évoqué d'un tout petit mot des tests biologiques dont je ne dirai qu'un mot, c'est pour nettoyer l'appréciation à l'égard du latex, de l'histaminoplexie et de ce que certains croient des conséquences thérapeutiques.

En ce qui concerne l'urticaire c'est exactement comme pour l'eczéma, c'est plus de 92 % des sujets quel que soit leur âge qui ont un test au latex anormal ou un pouvoir histaminoplexique anormal. Comme le latex est une chose simple, c'est une chose de routine que vous gagneriez à utiliser.

Je veux purger la situation, la question dans ce qu'il peut être attendu au point de vue thérapeutique. Une firme qui fabrique des globulines chargées de petites doses d'histamine, et je ne demanderai pas qu'on ne prenne pas ce que je vais dire, je dis tout de suite que l'absence d'histaminoplexie dans l'examen trophique n'aura jamais pour corollaire de vanter cette thérapeutique dans l'eczéma qu'elle aggrave à peu près régulièrement.

Mais par contre, ayant été aussi rude dans l'appréciation pour l'eczéma, je ne peux pas dire que cette thérapeutique soit inutile dans le traitement de l'urticaire où l'on voit se produire exactement le phénomène suivant : la poussée d'urticaire, est influencée par l'injection tous les trois jours d'une de ces thérapeutiques.

Eh bien si vous prenez le pouvoir histaminoplexique il est à zéro pour cent chez ces malades et vous voyez se reconstituer un pouvoir histaminoplexique de l'ordre de 15 % qui ne tiendra pas toujours et qui ne tiendra même pas souvent longtemps. S'il se produit une rechute de l'urticaire, se fait d'une façon à peu près pendulaire le phénomène de la déflation à nouveau du pouvoir histaminoplexique.

Ayant été très modéré dans l'appréciation de ces produits dans le traitement de l'urticaire je peux quand même dire que c'est quelque chose qu'on ne peut pas totalement dédaigner. Mais la conclusion que je veux tirer, puisque nous allons passer à un autre ordre de communication, les allergologues qui animaient cette réunion sont disparus et je n'aurai pas la grossièreté d'abuser de leur absence mais ce sont eux-mêmes, c'est vous, c'est nous les peauciers qui avons fait aujourd'hui le procès du bouton de départ de l'allergène et signé la constatation de quasi-faillite de la désensibilisation.

S'il fallait faire une synthèse de tout ce qui a été dit depuis 10 h ce matin, c'est à peu près le sens général de ce qui ressortirait des exposés.

M. Bonnet. — Je suis d'accord avec M. Huriez sur l'intérêt de la réaction au latex puisque avant-hier j'ai présenté une étude portant sur 420 cas.

Je dis à M. Huriez que je serais très heureux d'avoir par la suite des renseignements sur son expérience de réaction au latex qui est très grande. Malheureusement en matière d'allergie digestive nous nous trouvons devant des difficultés redoutables. Ce n'est pas parce que nous avons un malade qui a une colite ou une gastrite et a un latex positif, et même des antécédents allergiques que cela signifie que sa gastrite est allergique, mais cette réaction a un gros intérêt je crois dans des cas difficiles et en particulier lorsqu'elle est négative.

Récemment j'ai eu l'occasion de voir une gastrite chez un grand neurotonique où je ne trouvais pas de signe d'allergie clinique dans ses antécédents, et toutes les épreuves restant négatives. Là une épreuve au latex négative a été d'un grand secours pour étayer un diagnostic de gastrite non allergique pour laquelle il m'avait été envoyé.

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES SUR LES TROUBLES CUTANÉS D'ORIGINE VEINEUSE

G. FLIPO
(Bagnoles-de-l'Orne)

Les troubles trophiques liés directement ou indirectement à l'insuffisance veineuse constituent une part très importante en pathologie et dans le domaine social.

Une statistique américaine de 1938, qui faisait état des 28 maladies chroniques les plus fréquemment rencontrées y place les varices au 7^e rang et de leur seul fait elles faisaient perdre en une seule année 5 millions 900.000 journées de travail aux États-Unis.

La clinique dermatologique de mon maître, le Professeur Huriez au C.H.R. de Lille voit chaque année plus d'un demi-millier de consultants nouveaux variqueux et près de 300 malades présentant des troubles trophiques d'insuffisance veineuse y sont hospitalisés chaque année. Au cours de l'année 1959 sur 7.197 Consultants du service 10 % consultaient pour des varices et troubles trophiques d'origine veineuse.

Ces quelques données montrent l'importance de la pathologie veineuse et plus spécialement de sa composante cutanée.

Suskind dans un schéma remarquable et sous une forme humoristique a comparé la peau à la première ligne d'un champ de bataille, il est clair en effet qu'elle se trouve directement soumise aux agressions extérieures traumatiques et microbiennes. Que les voies de transmission vers cette petite armée de première ligne viennent à se perturber, en particulier voies veineuses et capillaires, et se trouveront ainsi réalisées les conditions de moindre résistance contre la surinfection microbienne venant se greffer sur ce que le Pr Huriez désigne sous le nom de vascularite progressive périphérique réalisant la capillarite de Gougerot ou ce que Gerson désignait sous le nom de cellulite-capillarite.

C'est ainsi que l'on peut schématiser les facteurs étiopathogéniques des troubles trophiques cutanés d'origine veineuse sous 3 rubriques principales :

- L'hypertension veineuse de l'insuffisance valvulaire.
- Le trouble capillaritique.
- La surinfection microbienne.

Pour être complet il faut y ajouter le facteur artériel spasmodique qui se surajoute dans les troubles trophiques plus

spécifiquement post-phlébitiques ainsi que les manifestations nerveuses et lymphatiques.

Il ne faut pas omettre non plus les complications cutanées nées de l'intolérance aux divers topiques locaux et il est juste d'insister comme le fait le Professeur Huriez sur le rôle fâcheux des corticoïdes locaux appliqués sur des dermo-épidermites sans liquidation préalable de la surinfection microbienne ou encore des pommades anesthésiques locales et des anti-histaminiques.

1) L'INSUFFISANCE VEINEUSE.

C'est le primum movens des troubles cutanés que Phlébologues et dermatologues sont appelés à observer.

L'incontinence valvulaire, l'oblitération des troncs veineux profonds et la reperméabilisation avalvulée créent une hyperpression et une stase veineuse. Dans le cas plus particulier de l'ulcère post-phlébitique l'hyperpression est à la fois profonde et superficielle elle entraînera une insuffisance ostiale de la crosse puis secondairement des perforantes crurales et jambières.

Le même reflux se manifestera dans l'insuffisance veineuse congénitale.

Le shunt artério-veineux post-traumatique ou la mise en jeu anormale de communications artério-veineuses physiologiques sont responsables des désordres cutanés plus particulièrement ulcéreux.

C'est par le même mécanisme qu'intervient l'insuffisance veineuse précoce du syndrome de Parkes-Weber ou tardive du syndrome de Klippel-Trenaunay.

2) Ainsi se trouvera réalisé le terrain favorable au développement du TROUBLE CAPILLARITIQUE. Fonctionnel en un premier temps il se traduit par le passage accru de sérosité et de molécules protéiniques dans le sens capillaires-espaces interstitiels. L'hyperpression est accrue sur tout l'ensemble du réseau capillaritique.

Dans un second temps apparaît rapidement la phase capillaire organique réalisant la capillarite de Gougerot que Ger-

son nomme la cellulocapillarite. La dilatation des espaces lymphatiques et des faisceaux collagènes par l'œdème, la prolifération fibroblastique réalisant l'hypodermite. Dans un travail portant sur 449 hypodermes hospitalisées à la clinique dermatologique du CHR de Lille, le Pr Huriez, le Pr Agr. Desmons et M^{me} Thoreux, en collaboration avec les Prs Driessens Clay et Warot se basant sur une cinquantaine de biopsies effectuées au « Drill-Punch » ont bien démontré la prédominance des lésions vasculaires : « capillaires, artères, veines ont au début un endothélium turgescant, puis ultérieurement un épaississement des parois et parfois même se constitue une thrombose ». Gougerot, Favre et Touraine avaient déjà bien mis en évidence microscopiquement cette inflammation périphérique vasculaire. L'on peut ainsi distinguer histologiquement une forme sclérosante et nécrosante une forme diapédétique et nécrosante qui dans la forme de l'angiodermite purpurique et pigmentée de Favre y ajoutera des néoformations capillaires en éventail ou verticales « en cierges ».

3) Les diverses lésions que nous venons d'évoquer, cet œdème soit microscopique, soit au contraire extérieurement manifeste, ces lésions de micro-angéite créent une diminution très considérable de la défense cutanée au FACTEUR MICROBIEN. Longtemps une certaine indifférence mitigée d'hostilité a été manifestée vis-à-vis du facteur infectieux dans les complications des varices. Certes l'infection n'est certainement pas tout mais comme l'ont bien démontré au congrès de Chambéry de mai 1960, le Pr Huriez, le Pr Agr. Desmons et M^{me} Bombart dans un travail sur « les douleurs dues aux varices essentielles et aux troubles trophiques » le microbe est partout dans les ulcères invétérés, sur 195 ulcéreux, 5 % des prélèvements seulement étaient stériles et l'association de plusieurs germes est la règle le plus fréquent étant le staphylocoque doré avec 68 % des cas.

Ce facteur microbien entre particulièrement en jeu chaque fois qu'il y a solution de continuité de la peau et il interviendra en association ou non avec une surinfection mycosique comme élément d'entretien des dermo-épidermites de jambes.

En se basant sur ces divers facteurs pathogéniques, l'on pourra déduire une conduite thérapeutique des troubles cutanés d'origine veineuse qui devra obligatoirement comporter :

A) *La correction de l'hypertension veineuse*, soit médicalement par la sclérose des varices essentielles ou chirurgicalement par le stripping qui s'est révélé nettement préférable à la crosssectomie simple.

Par la contention élastique des œdèmes dans les cas, particulièrement post-phlébitiques pour lesquels l'une ou l'autre des deux thérapeutiques précédentes se révèle contre-indiquée.

Par la chirurgie associée à la sclérose indispensable dans plus de 50 % des cas.

B) *La lutte contre l'élément infectieux*.

Particulièrement nécessaire dans les ulcères et les dermo-épidermites dont nous avons souligné l'importance de la surinfection microbienne mais également dans les hypodermes. Antibiose générale dans les formes importantes en association avec des bactéricides locaux en évitant les formes locales d'antibiotiques ou de corticoïdes souvent à la base des sensibilisations.

C) *La crénothérapie* garde sa place dans cette gamme de thérapeutiques par ses actions résolutive et décongestives, J. Louvel a parlé de la véritable sympathectomie péri-veineuse qu'exerce l'eau de Bagnoles-de-l'Orne, elle se manifeste sur le plan pratique par une réelle action résolutive des douleurs péri-veineuses, une réduction des œdèmes, une atténuation des divers troubles fonctionnels, une accélération manifeste du bourgeonnement et de l'épidermisation des ulcères de jambes. Nous pensons cependant que cette thérapeutique tirera son maximum d'efficacité si elle s'insère dans une véritable collaboration et en ce qui concerne plus spécialement les troubles trophiques cutanés, une liquidation des éléments infectieux aigus et l'amélioration par les procédés sclérosants ou chirurgicaux de l'insuffisance veineuse majeure.

INCIDENCE DES TROUBLES DE LA STASE VEINEUSE SUR LA CONSTITUTION DE CERTAINES AFFECTIONS CUTANÉES DES MEMBRES INFÉRIEURS

M^{me} GANASCIA
(Luxeuil)

Dans le cadre de ce colloque de la Société Française d'Hydrologie. Il nous a été proposé de vous entretenir de l'incidence des troubles de la stase veineuse sur la constitution de certaines affections cutanées des membres inférieurs. Ces lésions inesthétiques et douloureuses sont le plus souvent irréversibles, d'où l'intérêt de les dépister précocement afin d'éviter leur extension.

Nous avons choisi parmi nos dossiers d'une seule saison thermale 320 observations de malades adressés en cure pour des troubles veineux des membres inférieurs. Nous passerons ici sous silence l'œdème qui n'est pas à proprement parler de localisation épidermique, par ailleurs la quasi-totalité de nos malades en sont porteurs.

163 malades étaient des sujets ayant présenté une ou plu-

sieurs thromboses du réseau veineux profond associée dans certains cas à des phlébites superficielles.

127 autres étaient porteurs de varices essentielles importantes dont certaines déjà traitées avant la cure. 37 de ces malades avaient présenté des phlébites superficielles.

30 enfin présentaient des varices discrètes ou insignifiantes mais associées à des troubles fonctionnels important avec cyanose, œdème, douleurs.

Nous n'envisagerons pas les troubles cutanés localisés aux pieds, en particulier les mycoses, mais nous signalerons simplement qu'elles prennent chez les malades veineux des aspects particulièrement exubérants et que par ailleurs, elles semblent entretenir les œdèmes.

Nous aurons donc en vue les troubles cutanés dermo-épidermiques siégeant avec prédilection sur la face interne de la jambe au niveau du tiers moyen, tiers inférieur. Ces troubles portent essentiellement sur la pigmentation, la consistance de la peau.

Les troubles cutanés observés se sont répartis de la façon suivante :

- 1) Absence totale de trouble : peau saine, 83 cas (22,5 %).
- 2) Lésions de cyanose et d'érythrocyanose : 56 cas.
- 3) Capillarite purpurique : 32 cas.
- 4) Pigmentation localisée aux trajets variqueux : 13 cas.
- 5) Cicatrices d'escharres après sclérose : 2.
- 6) Dermite ocre : 77 cas.
- 7) Atrophie blanche : 40 cas.
- 8) Cicatrices d'ulcères : 46 cas.
- 9) Ulcères en évolution à l'arrivée en cure thermale : 24 cas.
- 10) Peau écailleuse : 19 cas.
- 11) Dermatoses prurigineuse eczématisées : 47 cas.
- 12) Hypodermite scléreuse importante associée à des troubles de la pigmentation épidermique : 65 cas.
- 13) Hypodermite débutante non visible : 5 cas.

Il faut noter que ces différentes lésions sont soit isolées, soit associées sur une même jambe, donnant souvent ainsi des aspects bigarrés où peuvent se juxtaposer une dermatite ocre au milieu de laquelle on peut observer une ou plusieurs zones d'atrophie blanche, bien souvent l'une d'elle est prurigineuse ou déjà le siège d'un petit ulcère très douloureux et très rebelle à la cicatrisation.

Mais cette énumération n'aurait qu'un intérêt statistique, si nous ne recherchions pas la fréquence d'apparition des différents troubles cutanés suivant que les malades étaient d'anciens phlébitiques ou des variqueux essentiels.

1) Sur 163 phlébitiques anciens — absence totale de lésions cutanées dans 20 cas (mais il faut noter que sur ces 20 cas 4 malades seulement avaient eu leur phlébite plus de trois ans avant l'examen).

Par contre chez 157 malades variqueux, 36 ne présentaient aucune lésion cutanée.

2) En ce qui concerne les ulcères d'origine veineuse nous en avons rencontré 53 cas chez des anciens phlébitiques et 17 cas chez des variqueux. Ces ulcères étaient soit en évolution, soit déjà cicatrisés au moment du début de la cure.

3) En ce qui concerne l'eczéma variqueux nous en avons rencontré 32 cas chez les anciens phlébitiques et 15 cas chez les variqueux.

Nous allons maintenant envisager l'action de la cure sur ces différentes lésions cutanées :

*Les eczéma*s d'origine veineuse réagissent bien à la cure thermale. Ils ne sont que rarement aggravés par le contact de l'eau thermale : 2 cas dans notre statistique rapidement en-

rayée par la corticothérapie tous les autres cas d'eczéma ont guéri rapidement. Nous ne sommes d'ailleurs pas certains que dans cette amélioration la crénothérapie soit seule en cause, car il nous a semblé que l'amélioration était également déterminée par la suppression des pommades et des détergents allergisants et que les eczéma variqueux ne sont que transitoirement améliorés tant que les veines responsables n'auront pas été traitées.

Les dermatites purpuriques ne nous ont pas paru influencées par la cure thermale.

Les atrophies blanches ne le sont pas non plus, par contre la cure permet généralement une amélioration dans certains cas d'atrophie blanche d'aspect évolutif bordé par un liseré hyperhémique.

Les dermatites ocres il n'est pas rare que nos malades en soit amélioré à la fin de leur cure, mais ces résultats sont inconsistants et difficilement chiffrables.

Par contre celles qui nous paraissent le mieux réagir à la crénothérapie jusqu'à disparaître complètement ceux sont les nodules et les zones pigmentées secondaires à des scléroses de varices et à des thromboses superficielles. Mais il doit être précisé qu'il convient chaque fois qu'il existe un thrombus de l'évacuer.

Les peaux écailleuses sont toujours améliorés par la cure thermale, les quames tombent dans le bain, la retrouve une certaine souplesse et les dermatites ocres associées palissent.

Les ulcères d'origine veineuse : Nous avons rencontré 15 cas sur 24 de cicatrisations complètes d'ulcères en fin de cure alors qu'ils étaient en évolution au début de la cure. Il convient également de noter l'action antalgique constante de la cure thermale, sur les ulcères, même lorsque celle-ci n'est pas parvenue à les faire cicatriser, notons que tous les ulcères variqueux sont épidermisés, les seuls qui ne sont pas guéris sont les ulcères post-phlébitiques, aucun n'a été aggravé.

Les hypodermites nous les avons déjà étudié avec le Docteur Martinet en 1958 et nous ne pouvons que répéter nos conclusions d'alors : la cure thermale amène une amélioration constante de l'hypodermite scléreuse de jambe, cette amélioration va même très souvent jusqu'à la guérison complète et définitive sous réserve d'associer entre les périodes de cure le traitement médical classique (contention élastique, corticothérapie, sclérose ou chirurgie des varices responsables).

En conclusion. Les troubles cutanés sont des conséquences tardives des troubles de la stase veineuse, mais d'une grande fréquence très évolutifs et peu sensibles aux thérapeutiques, ils entraînent une gêne esthétique et fonctionnelle et limitent même les possibilités chirurgicales des lésions veineuses pré-existantes. D'où la nécessité du traitement préventif des varices essentielles, la surveillance et le traitement préventif des phlébitiques récents, enfin le traitement local par des moyens dermatologiques et crénothérapeutiques des lésions cutanées elles-mêmes.

DISCUSSION

M. Vieville. — Je voudrais d'abord rappeler à Flipo que la statistique que nous produisons tous sur les maladies chroniques ne date pas de 1958 comme il l'a dit, mais de 1938.

Je crois que la statistique serait à réviser et que nous devrions l'un et l'autre faire appel à des documents que nous avons énormément de mal à trouver et qui n'existent pas sur une grande échelle en France.

En ce qui concerne Mme Ganascia elle a bien voulu me demander de lui apporter non pas la contradiction mais la réponse, la quantité très importante de malades qu'elle a traités

et qui présentaient des dermatoses dans près de 70 % des cas montre simplement, et je crois qu'il faut le dire ici, que l'indication thermique est mal interprétée par beaucoup de confrères et que la véritable indication thermique en phlébologie se situe à un stade très précoce, le plus près possible de la fin de l'épisode phlébittique aigu.

Je pense que c'est là l'indication majeure et les phlébologues pensent que c'est là l'indication majeure de la thermothérapie.

En ce qui concerne les complications variqueuses proprement dites nous pensons que le traitement des varices en modifiant le terrain apporte évidemment dans beaucoup de cas une solution à des problèmes dermatologiques et je pense également enfin que les résultats que Mme Ganascia a obtenus et que nos confrères obtiennent à Bagnoles sur des lésions dermatologiques chez des variqueux est une démonstration presque expérimentale de l'efficacité des eaux.

M. le Président. — Merci M. Viéville. Quelqu'un demande-t-il la parole ?

M. Oddo. — Je voudrais demander au présentateur si au point de vue technique thermal du traitement des complications cutanées des varices en dehors de la thermothérapie ils utilisent une technique particulière.

M. Flipo. — Nous associons les massages dans le bain, les jets. Pour les ulcères qui ont des bords scléreux nous faisons des massages circulaires et pour les éléments douloureux essentiellement la douche sous-marine.

Mme Ganascia. — A Luxeuil nous utilisons de préférence, associés à la balnéothérapie, soit des douches sous-marines sous pression très faible, soit des cataplasmes de boue. Dans l'ensemble ils sont assez mal supportés par les malades qui présentent des eczémas.

M. le Président. — Plus personne ne demande la parole ?

M. Baillet. — J'ai eu le plaisir il y a environ une quinzaine de jours à l'hôpital Bichat d'entendre la conférence que Mme Ganascia nous a faite sur la pathologie veineuse et je regrette que les conférences qui sont faites tous les 15 jours à l'hôpital Bichat n'aient pas plus d'auditeurs thermaux ni de médecine générale car elles sont fort remarquables.

Mme Ganascia nous a montré comment la cure thermale de Luxeuil modifiait la diase sanguine, comment elle évitait les

récidives des phlébites, elle transformait le terrain veineux et l'on comprend fort bien qu'elle ait une action sur la pathologie cutanée. Elle évite les rechutes parce qu'elle prend les maladies par la base, elle évite les dermatoses parce qu'elle soigne le facteur veineux de façon remarquable.

Je suis sorti édifié de cette conférence, je n'avais pas compris jusque là ce qu'étaient les cures thermales dans le traitement des maladies veineuses. Je l'ai appris l'autre jour dans la bouche de notre causeur.

(applaudissements)

M. le P^r Huriez. — Il est fort tard. Je dois tout de même dire un mot parce que les liaisons entre phlébologues, dermatologues et médecins thermaux sont peut-être les plus développées qui existent entre le monde dermatologique et le thermalisme.

Je souscris à beaucoup des choses dites par Mme Ganascia. Les troubles cutanés d'origine variqueuse sont singulièrement plus atténués que les troubles cutanés d'origine phlébittiques et si Flipo avait eu la simplicité de me dire, lui qui travaille chez moi, qu'il faisait quelque chose aujourd'hui, je vous avoue qu'au lieu d'une petite revue générale je lui aurais ouvert tout simplement ma statistique de près de 3.000 cas d'ulcères de jambes, dont il a la libre disposition.

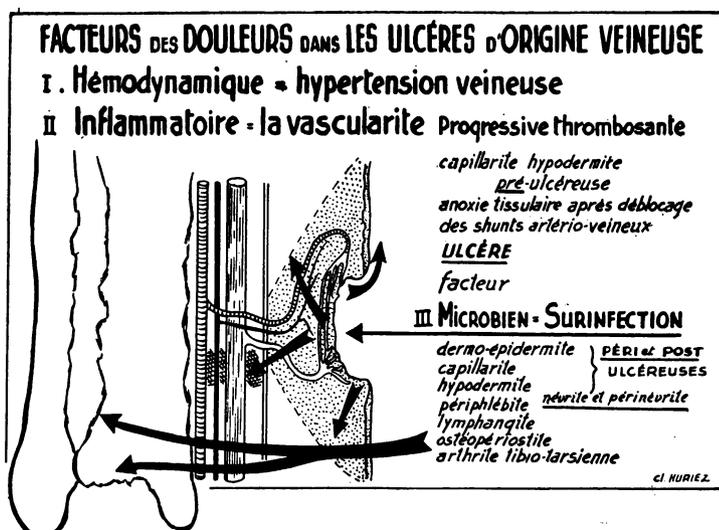
Je ne vous projeterai qu'une image que j'avais prise, ne sachant pas ce qui allait être dit aujourd'hui.

Voilà comment je représente de façon très primaire les facteurs qui interviennent dans les troubles trophiques d'origine veineuse. Le premier facteur essentiel est l'*hypertension veineuse*, banalement variqueuse et beaucoup plus sévère quand elle est post-phlébittique.

Le deuxième facteur est un facteur *inflammatoire, la vascularite progressive thrombosante*. Cette vascularite progressive thrombosante provoque la formation d'une petite plaque d'hypodermite représentée par ces pointillés.

La *capillarite thrombosante post-phlébittique et pré-ulcéreuse* est extrêmement fréquente et elle fait véritablement comme il est classique de le dire, le lit de l'ulcère.

Alors entre en jeu un *troisième facteur microbien* que phlébologues et beaucoup de médecins thermaux se refusent à admettre. J'ose dire très carrément que s'ils faisaient les recherches bactériennes que j'ai pratiqué avec le concours de l'Ins-



titut Pasteur, et s'ils adoptaient la tactique thérapeutique que nous allons vous proposer, ils en seraient absolument convaincus.

Cette solution de continuité permet aux saprophytes de la peau de pénétrer partout en donnant une *dermo-épidermite*, en donnant la *capillarite post-ulcéreuse variqueuse* qui n'existait pas avant la propagation d'ulcère, en accentuant l'importance de l'*hypodermite*, en donnant des inflammations qui enserrant le pédicule vasculaire et qui sont le grand élément des douleurs, en donnant des *extensions lymphatiques*, en donnant des *ostéopériostites*. Quand nous avons fait radiographier systématiquement 100 jambes ulcéreuses, nous avons vu que la fréquence de l'ostéopériostite est fonction de l'ancienneté de l'ulcère et de sa surinfection.

Dans n'importe quelle affection, on commence par traiter la complication, puis on s'adresse à la cause initiale.

1) *Le premier acte thérapeutique doit être de liquider la surinfection.* Les cache-misère, les barbouillages ne servent guère car 20 mm après ils sont éliminés par la sérosité de l'ulcère. Les pommades aux antibiotiques représentent une des causes de ce *faux eczéma variqueux* qui est le plus souvent un *eczéma de sensibilisation aux pommades antibiotiques, aux crèmes anti-histaminiques ou l'application de pommades à l'hydrocortisone avant d'avoir liquidé l'infection, qui stimule la diffusion de l'infection.*

La *cure antibiotique générale est une nécessité* quand on se rend compte par la bactériologie, par l'histologie, de l'importance de l'infection. Je suis peiné de penser que je ne suis arrivé à convaincre que bien peu de dermatologues et de phlébologues de la réalité de l'infection des ulcères, alors qu'ayant une statistique qui approche les 3.000 cas j'ai pu, avec des bases d'une solidité absolue, montrer l'importance de cette infection et la nécessité absolue d'une antibiose générale. Cela ne doit pas être une antibiose de 8 jours, mais une cure de 30 à 40 jours pour une infection qui a duré 1 à 5 ans.

2) Le deuxième élément c'est de *stimuler le bourgeonnement*, par exemple pour un ulcère. Il y a de nombreux moyens et ce n'est pas le lieu de les évoquer.

3) Le troisième élément consiste en la correction de la *stase veineuse*.

Je crois avoir pris une position tout à fait de conciliation dans cette lutte détestable entre les spécialistes de l'aiguille et les princes du bistouri, car il y a place pour le bon sens. Certes le résultat du stripping est excellent la première année ; il est moins bon la deuxième et devient déjà nettement moins bon la troisième ou la quatrième année. C'est la meilleure des méthodes de phlébo-chirurgie mais elle c'est pas sans des séquelles que nos amis chirurgiens sous-estiment, (ne les voyant pas).

Je crois qu'on peut en trois mots définir grossièrement les traitements de cette hypertension veineuse variqueuse ; 10 % d'*intouchables* (obèses, gens trop âgés, diabétiques), 60 à 70 % pour qui la *sclérose suffit*. La part de la chirurgie est beaucoup plus importante que ne l'admettent les phlébo-

logues, 25 à 35 % ; et bien moins grande que ne le proclament les chirurgiens. Ces derniers ne voient qu'une clientèle sélectionnée et croient que 95 % des veineux relèvent de la phlébochirurgie.

4) Le quatrième élément, et ce à'est pas un geste de complaisance, ni de courtoisie, ni d'amabilité que j'ai vis-à-vis des stations thermales, (j'en ai personnellement bénéficié assez pour en avoir été convaincu depuis 30 ans), je dis très simplement que le *thermalisme est fort utile*.

a) Certes comme vous l'avez dit M. Viéville, les séquelles immédiates de phlébites représentent la première et la plus fondamentale indication.

b) Dans beaucoup de troubles secondaires, dans des *hypodermites* d'abord parce qu'il s'agit d'une cure de repos. En ce qui concerne l'ulcère, je suis intéressé par les cicatrifications d'ulcères, en cure thermale signalées par Mme Ganascia, mais je crois que la liquidation préalable de l'infection est une nécessité. Quand j'ai été un Bagnolard j'ai été honoré de demandes de phlébologues de Bagnoles pour aller soigner des eczémas qui se développaient au cours du traitement d'ulcères qui n'avaient pas été préalablement liquidés de leur surinfection.

Je crois que ce chapitre de phlébo-dermatologie montre bien la nécessité du travail en équipe et également une bonne indication complémentaire de la crénothérapie.

(applaudissements)

M. Hardy (St-Gervais). — Quel est, d'après votre expérience, l'antibiotique qu'on pourrait considérer comme d'élection, par lequel il faudrait mieux commencer ? Sans publicité.

M. le P^r Huriez. — La première des choses, qui est capitale, c'est de passer 3 minutes à questionner le malade. Avez-vous mis dans le nez des gouttes de pénicilline ? Avez-vous mis à la surface de votre peau ulcérée ou eczématisée telle ou telle pommade ? Si vous êtes dans un service hospitalier vous avez le confort du testage pour voir si le malade est sensibilisé ou non.

Je ne donne ni pénicilline, ni terramycine aux gens qui ont couru le risque de se sensibiliser en appliquant ces grands antibiotiques.

Si le malade n'a jamais mis de pénicilline je lui prescris une série de piqûres de 500.000 ou 600.000 ou 1 million (pèse plus de 60 kg), d'une bonne pénicilline moyen retard (et il en est pas mal de variétés).

S'il a appliqué de la pénicilline, je lui donne un dérivé fongide de tétracycline et s'il a malheureusement mis une pommade à un dérivé de tétracycline, je me rabat sur l'érythromycine ou la Rovamycine.

J'ai supplié les laboratoires de ne pas faire de formes topiques pour certaines antibiotiques qui seraient « les médicaments refuge » pour les gens qui se sont appliqués une collection de topiques.

Je crois que sans avoir encouru le moindre reproche publicitaire, j'ai répondu assez directement et pratiquement à votre question.

RHUMATISME PSORIASIQUE ET ACIDE URIQUE

A. GUILLON

(Uriage)

Il n'est pas dans notre intention de venir vous livrer le secret de la pathogénie ni du psoriasis ni du rhumatisme psoriasique mais seulement de vous faire part des observations que nous avons pu recueillir par l'exercice de notre profession à Uriage.

Depuis de nombreuses années la double spécialisation d'Uriage en rhumatologie et en dermatologie et surtout le fait que l'indication majeure en dermatologie soit le psoriasis, nous a donné la possibilité d'étudier de façon complète de nombreux psoriasiques atteints de rhumatismes.

Cette étude nous a permis de constater qu'en dehors du grand rhumatisme psoriasique se traduisant par une polyarthrite rhumatoïde ou une pelvispondylite, le début du rhumatisme psoriasique était souvent beaucoup plus discret et passait inaperçu et nous pensons à ce sujet qu'il existe trop souvent un manque de collaboration entre le dermatologue et le rhumatologue. Le dermatologue en présence d'un psoriasis ne se soucie que de l'élément cutané sans prendre en considération les troubles rhumatologiques mineurs dont peuvent se plaindre les malades ; le rhumatologue, lui, en présence d'une grande polyarthrite ou d'une pelvispondylite psoriasique néglige l'élément cutané pour ne s'occuper que du rhumatisme psoriasique.

Et pourtant au cours de l'étude clinique des cinquante premiers cas nous avons été frappés par les signes présentés par les malades atteints de rhumatisme psoriasique, non pas par ceux des grandes polyarthrites rhumatoïdes ou des pelvispondylites psoriasiques, mais bien par ceux des mono ou des polyarthrites psoriasiques.

En effet, il nous a semblé que les conditions d'apparition, les caractères des douleurs, les signes physiques et cliniques présentaient des points communs avec ceux de la goutte.

C'est pourquoi nous nous sommes attachés par un interrogatoire poussé à rechercher chez nos malades atteints de rhumatisme psoriasique :

- les antécédents,
- les facteurs déclenchants,
- l'évolution cyclique,

— le caractère des symptômes douloureux.

Cette étude clinique nous a permis de mettre en évidence dans les antécédents : trois fois une crise de colique néphrétique (3 hommes) une fois une crise de colique hépatique (1 femme). Une autre femme présentait un tophus du coude droit.

Si l'on considère les facteurs déclenchants des poussées de psoriasis et de rhumatisme psoriasique nous enregistrons : le surmenage, les traumatismes importants ou les microtraumatismes répétés, les influences météorologiques, les chocs émotionnels, les infections. D'autre part l'hérédité joue un rôle très important dans le psoriasis.

Volontairement nous avons mis à part dans les causes de poussées les erreurs diététiques car si elles jouent un rôle de premier ordre dans le déclenchement des crises de goutte, les essais de régime alimentaire dans le psoriasis sont en général infructueux. Cependant nous avons enregistré chez de nombreux malades, qui nous l'ont indiqué eux-mêmes, l'influence de certains produits alimentaires et en particulier de l'alcool sur les crises. Enfin comme dans la goutte les restrictions alimentaires de la dernière guerre mondiale avaient amené la disparition du psoriasis et de leurs douleurs chez de nombreux malades.

Tous nos malades avaient présenté des manifestations douloureuses à répétition au niveau d'au moins trois articulations à l'exception de huit d'entre eux dont seulement deux articles avaient été atteints mais à répétition.

Nous avons classé les symptômes douloureux en atteintes :

— pour le membre inférieur : du gros orteil, des autres orteils, des médiotarsiennes, du tendon d'Achille, de la tibiotarsienne, des genoux, des coxofémorales.

— pour le membre supérieur : des doigts, des poignets, des coudes, des scapulo-humérales.

Nous avons inclus aussi dans ce classement les malades qui présentaient :

- soit une polyarthrite rhumatoïde (7 cas).
- soit une pelvispondylite psoriasique confirmée ou débute (4 cas dont 1 associé à une P.C.E.) : crises de douleurs thoraciques nocturnes, de lombalgies, de sciatiques.

— soit une atteinte de la colonne cervicale avec crises de torticolis à répétition et pharyngite chronique.

Tous (P.C.E., S.P.A., atteinte de la colonne cervicale) avaient eu des crises polyarticulaires récidivantes telles que nous les avons définies.

L'étude des localisations des symptômes douloureux du rhumatisme psoriasique en y englobant même les polyarthrites rhumatoïdes et les pelvispondylites et de leur pourcentage en fonction du nombre de malade de chaque sexe, nous a permis d'obtenir les résultats suivants que nous avons réunis dans un tableau.

Ce sont les genoux qui sont le plus souvent touchés : 46 % les crises du gros orteil (26 %) n'arrivent qu'après les atteintes

LOCALISATIONS	NOMBRE TOTAL : 50	HOMMES : 37	FEMMES : 13
Gros orteils.	13 26 %	11 30 %	2 15,5 %
Autres orteils médiotarsienne tendon d'Achille.	8 16 %	5 13,5 %	3 23 %
Tibiotarsienne.	11 22 %	7 19 %	4 31 %
Genoux.	23 46 %	19 51 %	4 31 %
Coxofémorales.	11 22 %	7 19 %	4 31 %
Doigts.	14 28 %	10 27 %	4 31 %
Poignets.	9 18 %	7 19 %	2 15,5 %
Coudes.	5 10 %	3 8 %	2 15 %
Épaules.	12 24 %	9 24 %	3 23 %
Cou + torticolis à répétition	25 50 %	10 27 % 6 16 %	7 54 % 2 15,5 %
Pharyngites.	7 14 %	6 16 %	1 7,5 %
Douleurs thoraciques.	8 16 %	7 19 %	1 7,5 %
Lombagos lombalgies.	10 20 %	9 24,5 %	1 7,5 %
Sciaticques.	7 14 %	7 19 %	0

des doigts et du cou et avec une fréquence légèrement supérieure à celle des chevilles et des hanches.

Tous ces caractères cliniques font ressembler étrangement ces crises douloureuses à des crises de goutte.

Les crises de rhumatisme psoriasique à type goutteux ne surviennent pas obligatoirement après l'apparition du psoriasis ; elles peuvent précéder celui-ci. L'observation la plus caractéristique que nous ayons enregistré est la suivante.

Monsieur C... est victime depuis 7 ou 8 ans de crises de goutte au rythme d'une crise tous les mois. Elles duraient 2 à 3 jours. Ces crises atteignaient alternativement : les gros orteils, les chevilles, les poignets et les genoux avec une nette prédominance au niveau de ces derniers. Il vint nous consulter pour effectuer une cure thermale. Une uricémie récente effectuée au cours d'une crise était à 100 mg. Traité par douches massages et infiltrations périarticulaires d'eau minérale, il passa un excellent hiver ne refaisant dans toute l'année qu'une crise de 48 h au niveau des genoux. Cette année l'uricémie était à 67 mg, mais ce malade attira notre attention sur le fait que depuis deux ou trois mois, il présentait ce qu'il appelait des « pellicules » au niveau du cuir chevelu. L'examen nous permit de mettre en évidence un psoriasis du cuir chevelu et de découvrir une plaque médiothoracique de même origine de la taille d'une paume de main. Ainsi, sur des crises de goutte à répétition, il a fallu à ce malade, 8 à 9 ans pour extérioriser son psoriasis.

Cette observation n'est pas la seule où il nous ait été permis d'enregistrer l'antériorité des crises douloureuses sur le psoriasis. Chez 4 autres malades les crises sont apparues chez trois d'entre eux de 1 à 8 ans avant l'atteinte cutanée et chez le 4^e 34 ans avant le psoriasis. Chez ce dernier notons que son père était lui aussi goutteux et atteint de psoriasis.

ÉTUDE BIOLOGIQUE.

Cet aspect pseudogoutteux du rhumatisme psoriasique nous a incité à étudier l'uricémie non seulement de ces 50 malades mais encore de 36 autres dont nous ne possédons pas actuellement l'étude clinique complète.

Voici les résultats obtenus rassemblés en un tableau :

COMPRIS ENTRE	NOMBRE TOTAL 86	HOMMES 55	FEMMES 31
40 et 49 mg	1	0	1
50 et 59 mg	14	6	8
60 et 69 mg	24	16	8
70 et 79 mg	22	14	8
80 et 89 mg	8	4	4
90 et 100 mg	11	10	1
Supérieur à 100 mg	6	5	1

Nous constatons que sur 86 malades :

— 1 seule fois le taux d'acide urique est inférieur à 50 mg.

C'était une femme dont l'uricémie était à 46 mg et qui avait présenté des crises aiguës au niveau des doigts et du pied droit. Elle avait eu non seulement des séries prolongées de phénylbutazone à plusieurs reprises mais était en traitement depuis un an par les antipaludéens de synthèse.

— 14 fois (6 hommes, 8 femmes) soit 16,25 % l'uricémie est comprise entre 50 et 59 mg.

— 71 fois le taux est supérieur à 60 mg :

24 fois compris entre 60 et 69 mg,

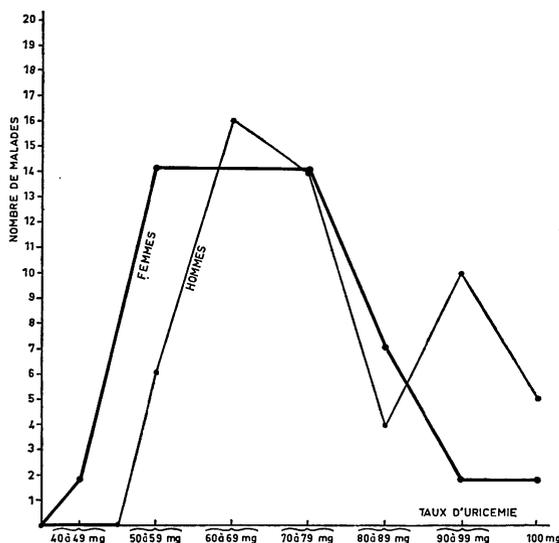
22 fois entre 70 et 79 mg,

8 fois entre 80 et 89 mg,

11 fois entre 90 et 100 mg,

6 fois supérieur à 100 mg.

La représentation graphique de ces taux d'uricémie en deux courbes l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, dont le nombre de 31 a été amené artificiellement à celui des hommes 55, permet de mettre en évidence que les femmes ont en général un taux d'uricémie inférieur à celui des hommes, ce qui est vrai aussi dans la goutte.



Bien qu'il nous ait été difficile par suite de notre spécialisation de réunir des observations de psoriasiques ne présentant et n'ayant jamais présenté de poussées rhumatismales, nous sommes arrivés à en collationner 13 chez lesquels nous avons fait une étude de l'uricémie :

— 7 fois le taux est compris entre 25 et 60 mg :

— 3 fois entre 25 et 40 mg,

— 4 fois entre 51 et 60 mg.

— 6 fois supérieur à 60 mg :

— 3 fois entre 61 et 70 mg,

— 3 fois égal ou supérieur à 100 mg (98, 120, 140 mg).

Donc, 10 fois sur 13 le taux d'uricémie est inférieur à 70 mg.

Si l'on compare les résultats de l'uricémie dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique il apparaît :

— que si dans le psoriasis 10 fois sur 13 (77 %) l'uricémie est inférieure à 70 mg dont 3 fois sur 13 (23 %) inférieure à 50 mg, par contre dans le rhumatisme psoriasique 47 fois sur 86 (54,6 %) elle est supérieure à 70 mg, 71 fois supérieure à 60 mg (82,5 %) et 85 fois sur 86 (98,8 %) supérieure à 50 mg.

CONCLUSIONS.

Chez 99 malades atteints de psoriasis ou de rhumatisme psoriasique nous avons étudié le taux de l'uricémie.

Sur 86 rhumatismes psoriasiques 50 fois une étude clinique complète a pu être faite ; cette dernière nous a permis de mettre en évidence le parallélisme existant entre la goutte et le rhumatisme psoriasique :

— présence dans les antécédents de crises de coliques néphrétiques ou hépatiques.

— même importance de l'hérédité.

— mêmes facteurs déclenchants : surmenage, traumatismes, influences météorologiques, chocs émotionnels, infections et même erreurs diététiques.

— atteintes des mêmes articulations avec cependant des pourcentages différents dans la goutte et le rhumatisme psoriasique pour une même articulation.

L'étude du taux d'uricémie nous a montré l'existence presque constante d'une hyperuricémie dans le rhumatisme psoriasique ; en effet nous avons retrouvé un taux supérieur à 50 mg dans 98,8 % et supérieur à 70 mg dans 54,6 %.

Chez 13 psoriasiques n'ayant jamais présenté d'atteintes rhumatismales le taux était supérieur à 50 mg dans 77 % des cas mais supérieur à 70 mg dans seulement 23 %.

Nous pensons donc pouvoir dire :

— que dans ce mystère pathogénique que restent le psoriasis et le rhumatisme psoriasique et que nous ne prétendons pas avoir résolu, il existe pour le rhumatisme psoriasique un élément presque constant : une hyperuricémie que nous avons retrouvée dans 98,8 % des cas.

— que dans le psoriasis l'hyperuricémie est aussi très fréquente 77 % des cas mais avec des taux d'uricémie inférieurs ; en effet s'ils sont supérieurs à 70 mg dans 54,6 % des cas dans le rhumatisme psoriasique, ils ne le sont que dans 23 % dans le psoriasis.

— que si nous nous rangeons à l'avis de Lièvre lorsqu'il écrit avec Breuzard : « Le psoriasis est bien plus fréquent chez les polyarthritiques que dans d'autres groupes de la population. On ne peut fournir des chiffres précis sur la fréquence des arthrites au cours du psoriasis. Mais il semble bien, selon la plupart des auteurs, qu'elle est plus élevée que dans la population générale. D'où il apparaît qu'il y a une liaison de fait entre les deux maladies », nous pensons pouvoir ajouter que le psoriasis constitue un stade « pré-goutteux » que l'apparition de symptômes rhumatismaux viendra confirmer à moins qu'ils n'aient été antérieurs au psoriasis lui-même.

— que de toutes manières il sera toujours utile de faire doser l'uricémie d'un psoriasique ou d'un rhumatisme psoriasique et d'agir en conséquence.

DISCUSSION

M. Françon. — Je voudrais féliciter notre ami Guillon de l'enquête biologique qu'il a faite et qui n'avait pas été pratiquée jusqu'à présent.

Pour nous rhumatologues le rhumatisme psoriasique reste un mystère pathogénique et il a très bien marqué qu'il y avait non seulement la grande forme de la polyarthrite et d'autre part toute une série de formes dégradées, arthralgie, hydarthrose et rhumatismes subaigus.

La question extrêmement délicate c'est de savoir s'il faut maintenir — c'est mon avis personnel — une cloison entre le rhumatisme d'une part et la goutte de l'autre.

C'est une question qui a été extrêmement controversée d'une manière générale ; dans les cercles rhumatologiques le

terme de rhumatisme goutteux est condamné actuellement et la question se pose de savoir quelle est au fond la nature intime des troubles, si l'on peut dans une certaine mesure assimiler certaines formes de rhumatismes psoriasiques à la goutte. Je ne crois pas pour ma part.

D'autre part il est bien certain que lorsque vous vous reportez aux ouvrages classiques qu'on ne lit plus maintenant, c'est à cela qu'on les reconnaît, je rappelle un livre sur la goutte qu'avait écrit mon ami Florent et François vers 1906 ou 1908, il signalait formellement cette association possible du psoriasis avec la goutte.

Or, la goutte est revenue d'actualité, il y a eu un congrès de médecine à Lyon où elle a été extrêmement analysée et on n'a plus parlé de psoriasis. Je demande simplement à mon ami Guillon quelle est son opinion intime.

Faut-il maintenir la cloison, ce que je crois pour ma part, ou faut-il admettre qu'il y a une certaine affinité entre la goutte d'une part et certaines formes, tout au moins ce que nous sommes convenus d'appeler le rhumatisme psoriasique.

Je serais plutôt enclin à penser que le rhumatisme psoriasique appartient à ce qu'on appelait ces maladies d'accompagnement dans la goutte.

M. Guillon. — C'est quelque chose qui s'apparente à la goutte, qui n'est pas évidemment de la goutte complètement, dans laquelle il y a d'autres éléments qu'on ne connaît pas encore mais enfin je crois avoir apporté quand même une preuve que cette hyperuricémie est presque constante.

M. Françon. — C'est le plus intéressant de la communication.

M. le Président. — Quelqu'un demande-t-il la parole ?

Voici la statistique, parce que dermatologues et rhumatologues ne sont pas toujours aussi éloignés que le laisse supposer M. Guillon.

Dans 4 jours sera soutenue à Lille la thèse de Vulylsteker sur 850 psoriasis, avec 37 rhumatismes chroniques recensés dans mon service, soit 4,3 %. Si l'on va jusqu'à inclure les arthralgies il faut rajouter 26 observations, ce qui ferait 63 cas, soit plus de 7 %.

En ce qui concerne les localisations voici l'ordre décroissant... (indication de chiffres).

Poignets	62 %
Métacarpo-phalangiennes	60 %
Sacro-iliaques	50 %
Métatarso-phalangiennes	32 %
Tibio-tarsiennes	30 %
Epaules - coudes	25 %
Rachis	17 %
Coxo-fémorales	17 %
Sterno-claviculaire	5 %

Nous arrivons aux troubles métaboliques. Deux façons d'en parler.

1) *Les périodes de dénutrition*, pendant la guerre 1914-1918, si Grutz a trouvé le moyen de réduire le psoriasis c'est parce que pendant la guerre les empires centraux étaient les assiégés et n'avaient guère à manger. A la dernière guerre, la pathologie obsidionale fut française et ma foi je souscris à ce que vous dites, le nombre de psoriasis n'avait pas disparu, mais il a singulièrement augmenté dans les années qui ont suivi la libération où a repris la suralimentation et l'éthylisation. La stéatose hépatique que provoque l'alcool ne provoque pas du tout le psoriasis mais certainement doit être notée et c'est pourquoi il y a une si grande prédominance des psoriasis masculins.

2) J'ai fait des *ponctions biopsie du foie* dans le psoriasis et j'ai été stupéfait de la fréquence de la stéatose. Je me souviens avoir montré ces documents à New York et nos amis américains ont été très directs et m'ont fait comprendre que nous étions le pays de la dive bouteille.

Ceci m'a conduit à faire quelque chose qui n'est pas dans mon respect intégral du malade et plus particulièrement du petit enfant. Pour savoir si cette stéatose hépatique était à mettre au compte de la silhouette biologique du psoriasis, j'ai autorisé Desmons à faire une dizaine de ponctions hépatiques chez l'enfant et nous avons trouvé une étape presque polycorique.

Je souscris volontiers au rôle des gros troubles métaboliques dans le psoriasis.

M. Touraine insistait fort bien sur la chaîne « psoriasis, diabète, rhumatisme ». C'est une donnée très classique depuis plus de 30 ans.

En ce qui concerne l'*acide urique* je ne veux pas m'engager. Je sais qu'on en a fait peu de dosages dans mon service. Avec Agache nous avons écrit l'article de 30 pages de l'Encyclopédie sur le psoriasis : je le relirai, je verrai ce qui a été dit par d'autres auteurs.

Il y a un phénomène général, les psoriasiques sont des gens qui ont un trouble du métabolisme des glucides. Quand on les soumet à la corticothérapie, un sur trois présente une glycosurie.

Vous ne me choquez pas à évoquer cette hyperuricémie. Ce que je peux vous dire, n'en ayant pas une grande expérience, c'est que je n'ai pas le souvenir d'hyperuricémies qui soient aussi accusées.

3) *L'épreuve thérapeutique* ? Dans le psoriasis il faut être singulièrement prudent pour formuler un avis sur le résultat de telle ou telle thérapeutique. Comme l'eczéma, c'est une réaction cutanée. Il y a divers facteurs : facteur héréditaire dépassant 20 % quand on cherche bien le facteur infectieux.

M. Henocq parle d'allergie microbienne. Je m'intéresse beaucoup aux microbes. Je puis dire que des taux d'antistreptolysine, supérieurs à 400 unités s'observent dans plus de 40 % des cas.

Les psoriasis des jeunes, qui surviennent après des amygdalites, sont influencés par des cures pénicillées prolongées.

Je crois qu'un régime est une chose utile : un régime hypolipidique, et pas très riche en glucides. Vous venez de mettre l'accent sur l'intérêt qu'il y a à soigner une hyperuricémie.

3) *Les psoriasiques sont des gens à labilité neuro-végétative considérable* : c'est ce qui explique le rôle des *facteurs psychosymphathiques* dans l'apparition, dans le déclenchement des poussées. Dans plus de 20 % des cas on note un psychotraumatisme peu avant l'apparition du psoriasis.

Il y a de nombreux médicaments actifs : il est difficile d'interpréter leur mode d'action sur cette labilité neuro-végétative.

4) En ce qui concerne la *corticothérapie*, elle est absolument à proscrire pour le psoriasis courant. Comme il faut monter à des grosses posologies on a des rebonds formidables lors de sa cessation. *Mais les trois grandes variétés de psoriasis compliqués : arthropathique, érythrodermique et pustuleux sont justiciables d'un recours à l'antibiocorticothérapie.*

Je crois qu'il faut vous remercier d'avoir fait cette étude aussi méthodique d'un point, je souligne le mot : un point, parce que dans une réaction cutanée à facteurs si multiples c'est certainement l'évaluation de tous ces facteurs qui peut conduire à faire un bilan et à dicter une tactique thérapeutique. Elle ne peut être définie sur un point de détail, aussi intéressant soit-il.

(Fin des communications de la Séance Solennelle.)

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1963

VARIATIONS DE QUELQUES ÉLÉMENTS DU SÉRUM SANGUIN (lipidiques, protidiques et cationiques) AU COURS DE LA CURE THERMALE BICARBONATÉE SODIQUE DE VICHY

Ch. DEBRAY, Fr. BESANÇON et Cl. ROZÉ

Depuis longtemps les médecins thermaux ont mis l'accent sur l'action bénéfique de la crénothérapie dans les dyscholestérolémies (17).

Déjà, Rouzaud et Biscons (2, 3) en 1913, étudiant à Vichy les variations de la cholestérolémie chez un certain nombre de malades : lithiasiques, cholécystites, « foies coloniaux », diabétiques et paludéens, notaient un pourcentage élevé de bons résultats.

Nous avons étudié d'une part les fractions cholestéroliques liées aux lipoprotéines alpha et bêta, et d'autre part, sur les mêmes malades, la variations du test de Kunkel au phénol, du lipidogramme, du protéinogramme et des principaux cations sériques : sodium et potassium.

TECHNIQUES.

Nous avons examiné au début et à la fin de la cure de Vichy le sérum d'une soixantaine de malades (*) classés schématiquement dans une des catégories suivantes : hépatites sclérocongestives banales, d'origine éthylique, ou coloniales ; obèses, diabétiques, arthritiques ou petits migraineux, hypercholestérolémies « essentielles ».

Les techniques d'analyses suivantes ont été utilisées :

- Dosage du cholestérol total selon Grigaut (11).
- Séparation des alpha et bêta lipoprotéines suivant la technique de M. Burstein (4), et estimation du cholestérol lié à chacune de ces fractions (5) (**).
- Test de Kunkel au phénol (12).
- Électrophorèse des protéines : appareil Jouan, bandes de 4 cm, papier Whatman n° 1, migration 12 H sous 110 V,

(*) Nous remercions vivement MM. R. Barone, G. F. Bonnet, H. Dany, J. de La Tour, R. James, J. Laurent, H. Walter, médecins consultants à Vichy, qui ont bien voulu participer à cette étude.

(**) Nous remercions MM. A. Corre et P. Nepveux, qui ont bien voulu exécuter une partie de ces dosages.

tampon de Michaelis, force ionique 0,10, ensemencement de 8 microlitres sur bandes humides. Coloration par le vert de lissamine, suivie d'une évaluation spectrophotométrique à 630 m μ des fractions protéiques éluées par une solution d'acétate de sodium de pH 8,6 (13). Les résultats sont corrigés pour être homogènes à ceux que fournit la coloration à l'amidoschwartz. Nous avons utilisé pour cela les coefficients déterminés par J. Agneray sur des sérums normaux (*) : Albumine 0,8 ; Globulines alpha 1,3 ; bêta 1,6 ; gamma 1,3.

— Électrophorèse des lipides : mêmes conditions opératoires sur un échantillon de 30 microlitres. Coloration par le Noir Soudan à 1 p. 1.000 dans l'éthanol à 50°, suivie d'une évaluation photométrique à 590 m μ , après élution des fractions alpha et bêta par l'éthanol acide (9).

— Dosage des protides totaux par la réaction du biuret (10).

— Dosage du sodium et du potassium par photométrie de flamme avec l'appareil Beckman DU, flamme oxygène-acétylène, aux longueurs d'onde respectives 589 et 768 m μ (1).

RÉSULTATS.

Le tableau I donne pour chaque dosage : le nombre des sujets, le nombre et la valeur moyenne des augmentations, le nombre et la valeur moyenne des diminutions, la valeur moyenne globale des variations positives et négatives, la déviation standard de la moyenne des variations (σM) (**), et la

(*) Communication personnelle.

(**) Déviation standard de la moyenne :

$$\sigma M = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \sqrt{\frac{\sigma(x - m)^2}{n(n - 1)}}$$

avec x = valeurs individuelles,

m = moyenne arithmétique,

n = nombre de sujets,

σ = déviation standard de la distribution.

TABLEAU I

Variations au cours de la cure de Vichy, chez tous les patients testés, de diverses fractions cholestérolémiques, de l'albuminémie, de la globulinémie, du sodium et du potassium du sérum.

DOSAGE	NOMBRE DE SUJETS	NOMBRE AUGMENTATIONS	MOYENNE AUGMENTATIONS	NOMBRE DIMINUTIONS	MOYENNE DIMINUTIONS	INCHANGÉS	MOYENNE VARIATION TOTALE	GM	PROBABILITÉ P.
Cholestérol total (Moy. en g p. 1.000).	64	18	0,36	43	0,32	3	— 0,103	0,047	0,02
Chol. lié aux bêta lipoprotéines (Moy. en g p. 1.000).	63	20	0,35	42	0,31	1	— 0,092	0,049	0,07
Chol. lié aux alpha lipoprotéines (Moy. en g p. 1.000).	63	29	0,12	30	0,13	4	— 0,011	0,022	0,50
Chol. lié aux alpha lipoprotéines / Chol. lié aux bêta lipoprotéines.	63	29	0,11	28	0,09	6	+ 0,013	0,017	0,40
Alpha lipoprotéines / Bêta lipoprotéines.	56	30	0,17	25	0,20	1	— 0,016	0,029	> 0,50
Protides totaux (Moy. en g p. 1.000).	56	25	6,8	28	6,9	3	— 0,36	1,15	> 0,50
Albumine (p. 100).	56	20	5,35	35	5	1	— 1,6	0,92	0,08
Alpha globulines (p. 100).	56	32	2,1	22	2,5	2	+ 0,16	0,43	> 0,50
Bêta globulines (p. 100).	56	31	2,9	22	3,3	3	+ 0,50	0,53	0,30
Gamma globulines (p. 100).	56	35	2,6	19	2,5	2	+ 0,79	0,41	0,08
Rapport A / G.	56	20	0,24	35	0,27	1	— 0,08	0,042	0,06
Kunkel phénol (Moy. en unités Ver-nes).	56	29	16,5	21	11,2	6	+ 4,6	2,36	0,05
Sodium (Moy. en g p. 1.000).	52	26	0,16	25	0,14	1	+ 0,017	0,023	0,45
Potassium (Moy. en mg / l).	45	10	13,6	33	19	2	— 11,3	2,83	0,001

probabilité (P) de différence entre les résultats de début et de fin de cure. Cette probabilité est déterminée en comparant la moyenne des variations observées à la moyenne théorique zéro que l'on obtiendrait si les deux distributions de résultats « avant » et « après » étaient identiques (14).

Il a semblé désirable d'isoler en un groupe à part (tableau II) les 44 sujets qui présentaient à leur arrivée en cure une cholestérolémie élevée, égale ou supérieure à 2,10 g/l.

L'examen des coefficients de probabilité permet d'éliminer d'emblée un certain nombre de résultats sans signification

statistique. Rappelons que les résultats sont dits « significatifs » si le coefficient de probabilité est égal ou inférieur à 0,05 (on se donne 5 chances d'erreur sur 100), et « très significatifs » si ce coefficient est égal ou inférieur à 0,01 (1 chance d'erreur sur 100).

On voit ainsi dans le tableau I que, en ce qui concerne :

- le taux du cholestérol lié aux alpha lipoprotéines,
- le rapport cholestérol lié aux alpha / cholestérol lié aux bêta,
- le rapport alpha lipoprotéines / bêta lipoprotéines,

TABLEAU II

Variations du cholestérol chez 44 sujets hypercholestérolémiques au cours de la cure de Vichy.

DOSAGE	NOMBRE DE SUJETS	NOMBRE AUGMENTATIONS	MOYENNE AUGMENTATIONS	NOMBRE DIMINUTIONS	MOYENNE DIMINUTIONS	INCHANGÉS	MOYENNE VARIATION TOTALE	GM	PROBABILITÉ L
Cholestérol total (Moy. en g p. 1.000).	44	8	0,33	35	0,34	1	— 0,206	0,052	0,001
Chol. lié aux alpha lipoprotéines (Moy. en g p. 1.000).	43	18	0,11	24	0,15	1	— 0,040	0,028	0,20
Chol. lié aux bêta lipoprotéines (Moy. en g p. 1.000).	43	10	0,24	33	0,31	0	— 0,156	0,057	0,01
Chol. lié aux alpha lipoprotéines / Chol. lié aux bêta lipoprotéines.	43	17	0,09	22	0,08	4	+ 0,001	0,016	0,50

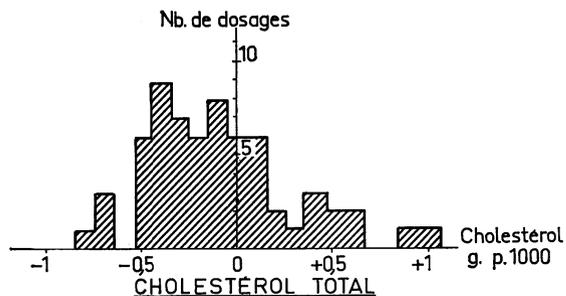


FIG. 1

Polygone de fréquence des variations du cholestérol total et du cholestérol lié aux bêta lipoprotéines chez tous les sujets.

- le taux des protides totaux,
- le pourcentage des alpha globulines,
- le pourcentage des bêta globulines,
- le taux du sodium sérique,

les coefficients de probabilité sont toujours très grands (plus grands que 0,10). Pour tous ces dosages on doit donc conclure que la cure de Vichy est sans effet appréciable par ce test.

Il en est de même dans le tableau II (hypercholestérolémiques) en ce qui concerne le cholestérol lié aux alpha lipoprotéines.

Par contre, le taux du cholestérol total diminue de manière significative lorsque l'on considère la moyenne de tous les sujets (tableau I), et de manière très significative chez les sujets présentant à leur arrivée une cholestérolémie égale ou supérieure à 2,10 g/l (tableau II).

Chez ces derniers on constate également un abaissement très significatif ($P = 0,01$) du cholestérol lié aux bêta lipoprotéines, abaissement qui se retrouve sur la moyenne générale (tableau I), mais avec une signification beaucoup plus faible ($P = 0,07$).

Ces résultats sont concrétisés par les graphiques 1 et 2, qui représentent respectivement les histogrammes des variations du cholestérol (total et lié aux bêta lipoprotéines) chez tous les sujets (fig. 1), et chez les sujets à cholestérolémie supérieure ou égale à 2,10 g/l (fig. 2).

Le graphique 3 montre sous la même forme les variations de la kaliémie. On voit qu'avec une très bonne probabilité on note un abaissement du potassium sérique au cours de la cure, abaissement pouvant atteindre 10 à 50 mg/l avec une moyenne de 11 mg.

Enfin, les variations des fractions protéiques semblent se manifester par une petite diminution du rapport A/G, due à une diminution du pourcentage des albumines et à une augmentation légère de la fraction globulinique gamma. Néanmoins, ces résultats doivent être acceptés avec prudence car ils sont statistiquement peu significatifs ($P = 0,06$ à $0,08$).

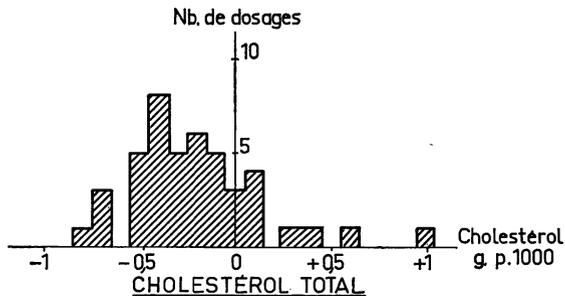
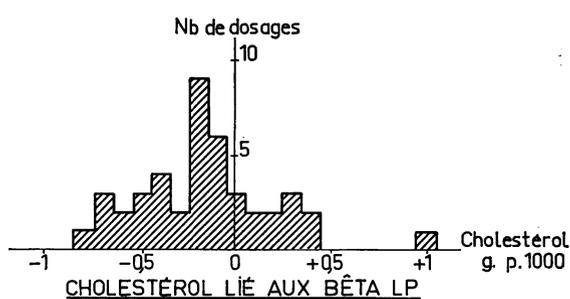


FIG. 2

Polygone de fréquence des variations du cholestérol total et du cholestérol lié aux bêta lipoprotéines chez les sujets présentant, en début de cure, une cholestérolémie égale ou supérieure à 2,10 g p. 1000.



Nb. de dosages.

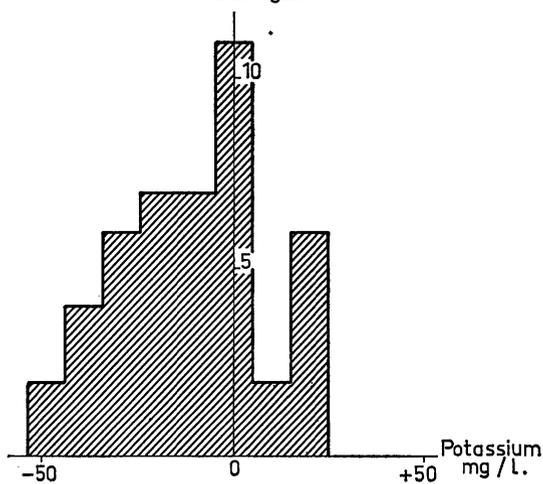


FIG. 3

Polygone de fréquence des variations de la kaliémie au cours de la cure de Vichy.

CONCLUSIONS.

1^o) L'étude des fractions cholestéroliques liées aux lipoprotéines alpha et bêta montre que les diminutions de la cholestérolémie déjà constatées par de nombreux auteurs (8) portent principalement sur la fraction bêta.

Ce résultat n'est pas surprenant si l'on considère que le

cholestérol lié aux bêta lipoprotéines représente la majeure partie (70 à 75 p. 100) du chiffre total. Il est toutefois intéressant de souligner que la cure de Vichy diminue la quantité de cholestérol fixée aux lipoprotéines bêta, énormes molécules très riches en lipides dont la présence en quantités élevées semble pour beaucoup responsable des dépôts artériels pariétaux.

2^o) Les variations des fractions protéiques sont de peu d'importance, ce qui confirme les résultats trouvés dans la littérature, qui montrent tantôt une diminution, tantôt une augmentation du rapport A/G (15). Comme nos résultats ont été obtenus, rappelons-le, avec le vert de lissamine, on peut envisager l'hypothèse d'une variation qualitative plus que quantitative des protéines, si l'on suppose avec J. Agneray (*) que le taux de fixation de ce colorant est fonction du nombre des groupements basiques des protéines, plus que du nombre des molécules elles-mêmes.

3^o) Le contraste est évident entre la fixité du taux de sodium sérique et l'abaissement du potassium au cours de la cure alcaline. Ces résultats sont en contradiction avec ceux de R. Coirault (6) qui a observé avec Farand au cours de la cure de Vichy plusieurs cas d'augmentation du rapport K/Na. Par contre, H. Dany (7) avait déjà constaté à Vichy sur le plan clinique de petits troubles hypokaliémiques cédant à l'administration de sels de potassium; d'autre part l'augmentation de la kaliurie après une prise de 600 ml d'eau thermale de Vichy Boussange est signalée par Gérard Lescœur (1960).

De toute façon, cet abaissement de la kaliémie ne doit pas être considéré comme un inconvénient sérieux puisqu'il cède à une thérapeutique banale, mais plutôt comme le reflet du profond mouvement ionique que produit la cure thermale bicarbonatée sodique dans l'organisme.

RESUME

Au cours de la cure thermale à Vichy, chez soixante malades, on observe une diminution significative du taux sérique du cholestérol (notamment de la fraction liée aux bêta-lipoprotéines) et du potassium.

Aucune variation systématique n'affecte ni le taux sérique du cholestérol lié aux alpha-lipoprotéines, des protides totaux ou du sodium, ni les proportions du lipidogramme, ni la réaction de Kunkel au phénol.

Il existe enfin une petite diminution de l'apport albumine/globuline du sérum, mais cette variation est peu significative (P = 0,06).

(Travail de la clinique d'Hydrologie et Climatologie, Professeur Charles Debray, Hôpital Bichat, Paris XVIII^e).

(Travail réalisé avec l'aide du Centre de Recherches Hydrologiques de Vichy).

BIBLIOGRAPHIE

1. BECKMAN Instruments, Doc. n° DU 12 B. — New flame photometric methods for sodium and potassium in serum.
2. BISCONS (M.) et ROUZAUD (M.). — Variations de la cholestérolémie chez les hépatiques soumis au traitement hydrominéral de Vichy. *Revue de Médecine*, 1913, 33, 493-507.

3. BISCONS (M.) et ROUZAUD (M.). — Modifications de la cholestérolémie chez les malades soumis à la cure hydrominérale de Vichy. In : Notes et Travaux sur quelques résultats de la cure hydrominérale de Vichy, par le Dr ROUZAUD. D. Dupuy, libraire, Toulouse, 1919, p. 27-41 et 43-58.
4. BURSTEIN (M.) et SAMAILLE (J.). — Nouvelle méthode de séparation et de dosage des lipoprotéines de faible densité. *Ann. Biol. Clin.*, 1959, 17, 1-2, p. 23-34.
5. CASTAIGNE (A.) et AMSELEM (A.). — Étude de la répartition des deux fractions libre et estérifiée du cholestérol entre les alpha et les bêta lipoprotéines. *Ann. Biol. Clin.*, 1959, 17, 5-6, 336-347.
6. COIRAULT (R.) et JEANNETON (Chr.). — Épilepsie et métabolisme cellulaire. Orientations thérapeutiques. Paris 1959, Maloine, p. 119.
7. DANY (H.). — Soc. Méd. du Centre, Mai 1955, non publié.
8. DEBRAY (Ch.), CORNET (A.) et BESANÇON (F.). — Cholestérol et thermalisme. Colloque Internat. sur le cholestérol, collect. Récapé, Imprimerie Laboureur, Paris 1961, pp. 174-176.
9. GIRARD (M.), DECHOSAL (J.) et ROUSSELET (F.). — Pratique d'électrophorèse sur papier en biologie clinique. Paris, 1958, Doin et Cie, 241 p.
10. GORNALL (A. G.), BARDAWILL (C. J.) and DAVID (M. M.). — Determination of serum proteins by means of the biuret reaction. *Journ. of Biol. Chem.*, 1949, 177, 751; in FLEURY (P.) Fiches Techniques de Chim. Biol. Généralités, 8, Paris, Vega Ed.
11. GRIGAULT (A.). — Procédé colorimétrique de dosage de la cholestérolémie de l'organisme. *C. R. Soc. Chim. Biol.*, 1910, 68, 791, in FLEURY (P.), Fiches Techniques de Chim. Biol. Sang, 4, Paris, Vega Ed.
12. KUNKEL (H. G.), AHRENS (E. H.) et EISENMENGER (W. J.). — *Gastroenterology*, 1948, 11, 499, in FLEURY (P.) : Fiches Techniques de Chim. Biol., Sang 25 B, Paris, Vega Ed.
13. LARUELLE. — Coloration des protéinogrammes au vert de lissamine. Fiche Technique APDILA, mars 1959.
14. LISON (L.). — Statistique appliquée à la biologie expérimentale; Paris, 1958, Gauthier-Villars Ed.
15. LESCŒUR (G. L.). — La source Boussange à Vichy. Caractères physico-chimiques. Effets urinaires de son ingestion. 1 vol., 55 p., G. de Bussac édit., Clermont-Ferrand, 1960.
16. NANNI (E.) et LODI (A.). — Alcune considerazioni in merito alle variazioni delle frazioni proteiche e glicoproteiche del siero del sangue in corso di trattamento termale. *Bologna Medica*, vol. 6, n° 4, 221-231.
17. WALTER H. et NEPVEUX P. — Étude comparée du cholestérol total et des fractions alpha et bêta des lipoprotéines sériques. *Presse Thermale et Climatique*, 1961, 98, 23-31.

DISCUSSION

Maugés de Bourgesdon. — Étant donné le rôle hypocholestérolémiant de l'alcool, est-il vérifié de façon régulière que les alcooliques présentent une cholestérolémie basse.

P^r Fr. Besançon. — Oui, et des travaux expérimentaux ont prouvé une moindre tendance à l'athérome artériel cérébral des éthyliques, mais en contre-partie, une destruction du tissu noble cérébral.

Mugler (Vittel). — Nous avons eu l'occasion de traiter empiriquement l'asthénie de cure par du chlorure de K, ceci en pensant que les modifications hydro-électrolytiques déclenchées par la cure de diurèse sulfatée calcique pouvaient entraîner une hypokaliémie. Nous n'avons pas pratiqué de dosage suivis mais les quelques sondages analytiques semblent confirmer le fait.

(*) Communication personnelle.

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS A LA ROCHE-POSAY

P. BAILLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

5 % de psoriasis en 1948,
19 % de psoriasis en 1963.

Tels sont les chiffres que je trouve en dépouillant mes observations.

En 15 ans dans ma clientèle la proportion des psoriasiques a quadruplé.

Voilà le fait qui s'impose.

Que leur apporte donc la cure thermale de La Roche-Posay pour qu'ils reviennent chaque année plus nombreux ?

Aucune thérapeutique n'apporte la guérison du psoriasis.

Pas plus que les autres médications la cure thermale de La Roche-Posay n'est capable de ce miracle.

Comme toutes les autres médications elle ne peut donner qu'une amélioration temporaire.

Mais il faut croire qu'aux yeux des psoriasiques cette amélioration est assez importante pour qu'ils viennent chaque année plus nombreux et qu'ils reviennent plusieurs années renouveler leurs cures.

Pour juger l'effet exact que peut donner la cure de La Roche-Posay, pour pouvoir indiquer au nouveau malade quelles sont ses chances d'amélioration, j'ai dépouillé mes dossiers personnels et j'ai réuni quelques renseignements numériques. J'ai pu réunir les dossiers complets de 373 cures correspondant à 197 malades différents.

C'est par le dépouillement de ces 373 dossiers que j'étudierai successivement :

- 1) Quels sont les résultats immédiats au 21^e jour de la cure.
- 2) Quels sont les résultats éloignés, au bout d'un an ou plus.

Mais d'abord précisons comment nous avons jugé les améliorations obtenues. Quels ont été nos critères ?

Pour nous le décapage des squames et la guérison éventuelle des fissures ne comptent pas comme amélioration. Seul compte l'effacement des plaques érythémateuses qui sont la véritable lésion psoriasique.

Autant il est facile de nettoyer les squames, autant il est difficile d'effacer l'érythème. Et il n'y a d'amélioration

du psoriasis que dans la mesure où la peau des plaques psoriasiques perd son érythème et retrouve son aspect normal.

Pour chaque cas où nous avons noté une amélioration nous nous sommes efforcés de mesurer l'importance de celle-ci en comparant l'étendue de l'éruption avant et après le traitement. L'amélioration est de 10/10 quand tous les éléments de psoriasis ont disparu. Elle peut être de 5/10... de 2/10...

En nous fondant sur ces critères quels sont les résultats immédiats des 373 cures que nous avons étudiées ?

Au 21^e jour les résultats sont les suivants :

Inchangés (*)	167	44,8 %
Amélioration faible = 3/10	112	30 %
moyenne 4 à 8/10	58	15,6 %
excellente = 8 à 10/10	36	9,6 %
	373	100 %

soit 3/4 de résultats médiocres ou nuls,
1/4 de bons résultats.

Ces résultats ne sont pas étonnants. Le psoriasis est une affection tenace sur laquelle la cure n'agit que lentement. Le traitement thermal ne donne son vrai résultat qu'après un délai de 4 à 8 semaines.

Aussi les résultats éloignés sont-ils meilleurs que les résultats immédiats.

Or, ces résultats éloignés sont les plus intéressants. Ce n'est pas en effet pour le résultat immédiat au 21^e jour que les malades consentent cet effort que représente une cure thermale mais bien pour obtenir si possible une amélioration durable.

Mais s'ils sont les plus intéressants à connaître, ces résultats éloignés sont aussi les plus difficiles à recueillir par le médecin thermal. Il faut en effet revoir le malade avec un recul d'un an.

Nous avons pu établir les résultats immédiats sur 373 ob-

(*) Inchangés 162, aggravés 5.

servations. Mais ce n'est qu'avec 189 observations que nous pouvons juger ces résultats éloignés.

Sur ces 189 observations les résultats éloignés sont les suivants :

Échecs (*)	50	...	26,6	%
Amélioration faible = 3/10	33	...	17,2	%
moyenne 4 à 8/10	29	...	15,2	%
excellente = 8 à 10/10	77	...	41	%
	189		100	%

soit 44 % de résultats médiocres ou nuls,
56 % de bons résultats.

Parmi ces bons résultats 44 cas, soit 23 % ; sont des effacements complets du psoriasis, des améliorations à 10/10.

Quand on connaît la difficulté du traitement du psoriasis, ces résultats me semblent fort intéressants.

Mais pour bien définir ces résultats éloignés, il faut préciser deux points : leur importance mais aussi leur durée.

Il reste à indiquer combien de temps se sont maintenues ces diverses améliorations.

Voici ce qu'ont duré les résultats que nous avons qualifiés plus haut d'excellents, c'est-à-dire les 77 cas où l'amélioration se chiffre de 8/10 à 10/10.

= 6 mois	45
6 à 12 mois	22
> 12 mois	10
	77

L'intérêt de ces statistiques passablement arides est de pouvoir répondre à une question de pratique quotidienne.

Quand un psoriasique vient faire la cure de La Roche-Posay, combien a-t-il de chances d'obtenir une bonne amélioration dans les mois qui suivent la cure ?

Il a 17 chances sur 100 d'obtenir un effacement d'au moins 8/10 pour au moins 6 mois.

Cette réponse statistique mérite évidemment toutes les critiques que l'on fait aux statistiques médicales.

A ces critiques classiques nous voudrions ajouter deux remarques. Elles viendront tempérer la rigueur apparente de nos chiffres.

La statistique des résultats éloignés est une statistique involontairement tendancieuse.

Pour établir les résultats immédiats je disposais de 373 observations. Pour établir les résultats éloignés je n'avais plus que 189 observations. Presque la moitié des observations (exactement 184 soit 48 %) ne comporte pas de renseignement sur les mois qui suivent la cure.

Je ne crois pas que cette sélection soit le fait du hasard.

Il est vraisemblable que les 184 malades qui ne sont pas revenus n'avaient pas eu de résultat favorable.

Et il est non moins vraisemblable que les 189 malades sur lesquels se fonde notre statistique sont spécialement ceux qui avaient obtenu une amélioration.

Cette sélection de 50 % m'incite à croire que mes statistiques pèchent par optimisme.

Ma seconde remarque est d'ordre dermatologique. Elle a trait au génie évolutif de la maladie.

Il est fort difficile de juger de l'efficacité d'une thérapeutique

sur le psoriasis parce que cette affection évolue suivant deux grands types.

Il y a des psoriasis immuables où les taches restent indéfiniment identiques à elles-mêmes, sans s'agrandir, sans s'atténuer, rebelles à tous les traitements.

Il y a des psoriasis à poussées où l'éruption est variable, tantôt augmente, tantôt régresse, tantôt disparaît même.

Chez ces psoriasis à poussées l'éruption peut s'effacer avec n'importe quelle thérapeutique, si cette thérapeutique se trouve appliquée au moment où l'éruption régresse spontanément. Nous risquons de nous attribuer le mérite d'une amélioration alors qu'il ne s'agit que d'une coïncidence.

Ces deux remarques n'ont pour but que de montrer qu'il ne faut pas attribuer à nos chiffres et à nos statistiques plus de rigueur qu'ils n'en ont.

Tenons donc ces chiffres pour ce qu'ils sont, un moyen commode, irremplaçable même, pour exposer des résultats thérapeutiques.

Terminons donc sur deux chiffres.

Chez 83 % de psoriasiques la cure n'apporte qu'un résultat ou nul, ou médiocre, ou, s'il est bon, peu durable.

Chez 17 % la cure donne un résultat favorable, c'est-à-dire que l'éruption s'efface au moins des 8/10 pour plus de 6 mois.

Quand on connaît le caractère rebelle du psoriasis, quand on sait le peu d'efficacité des thérapeutiques habituelles, l'on se prend à trouver alors que la cure thermale de La Roche-Posay n'est pas sans intérêt.

L'on comprend que la proportion des psoriasiques soit passée de 5 à 19 %, qu'elle ait quadruplée en quinze ans.

Permettez-moi d'achever cette trop longue communication en paraphrasant le célèbre dialogue voltairien de Candide de Martin et de l'abbé :

— 83 % de résultats médiocres. C'est beaucoup dirait Candide.

— 17 % de résultats favorables. C'est beaucoup dirait Martin.

Les psoriasiques pensent comme Martin.

DISCUSSION

Hardy. — Insiste sur la nécessité de ne faire intervenir dans les statistiques que les malades traités par une thérapeutique exclusivement thermale à l'exclusion de tous *topiques locaux*.

Nécessité de faire intervenir le rôle de l'Héliothérapie associée.

François Forestier. — La cure thermale de la Roche-Posay peut-elle influencer favorablement les manifestations articulaires du Rhumatisme polyarticulaire psoriasique ?

Notre série ne peut permettre de l'apprécier, faute d'une étude systématique et d'une classification des patients atteints de rhumatisme, et de psoriasis de façon concomitante.

Le Rhumatisme psoriasique polyarticulaire, inflammatoire dans ses formes évoluées est peu influencé.

Mugler. — Il semble que plus on voit de goutteux, plus on voit de psoriasiques.

Avez-vous connaissance de relations entre hyperuricémie et goutte et psoriasis.

En cas de réponse positive, n'y aurait-il pas là une partie d'explications de l'augmentation du nombre des psoriasiques, car celui des goutteux augmente.

Debidour. — Je trouve l'interprétation statistique de la très intéressante communication de M. Baillet quelque peu pessimiste et par trop modeste en ce qui concerne les 50 %

(*) Inchangés 45, aggravation 5.

de non réponse à son enquête. Ce ne sont pas forcément des échecs et j'en ai fait moi-même l'expérience lors d'un travail statistique fait par moi l'an dernier : « Rapport sur les résultats thérapeutiques de la crénothérapie dans l'asthme »... Il m'a été prouvé à plusieurs reprises que beaucoup de ces malades avaient été améliorés par leur cure mais avaient négligé de me répondre...

Thomas. — Intérêt de ce Travail Clinique.

Ce travail est d'une très grande importance car il relate des

faits concrets, très aisément et très sûrement contrôlables n'ayant pas à faire intervenir une appréciation purement subjective des résultats obtenus dans d'autres stations sur d'autres maladies, n'ayant pas besoin de faire appel à des démonstrations scientifiques qui sont presque toujours incapables de conduire à la conviction. Peut-être un questionnaire envoyé aux curistes non revus permettrait-il de réaliser un échantillonnage qui pourrait statistiquement être comparé à celui des malades revus.

THÉRAPEUTIQUES GÉRONTOLOGIQUES ET STATIONS THERMO-CLIMATIQUES

Ph. BAUMGARTNER

(Aix-les-Bains)

Depuis vingt ans, les stations thermo-climatiques ont participé activement au développement de la Gérontologie.

Gérontologie, c'est-à-dire modalités du vieillissement de l'individu, ou influence du facteur temps sur la vie humaine, alors que la Gériatrie traite des maladies des vieillards, science ayant toujours existé, mais qui voit son importance croître dans des proportions considérables à cause, en Occident surtout, de l'augmentation du nombre des personnes âgées.

Dans un certain nombre de stations se sont créées des thérapeutiques originales, cures de détente, de relaxation ou de récupération vitale qui ont pour but d'éviter le vieillissement et de récupérer au maximum dans la mesure du possible. A cet égard Vittel, Évian, Aix-les-Bains, et d'autres comme Vichy, Allevard, se sont progressivement organisées.

Ce qui caractérise essentiellement les thérapeutiques thermo-climatiques en général, ce sont les conditions spéciales de vie dans lesquelles le curiste se trouve placé pendant son séjour. Il est en effet transporté hors du cadre habituel dans lequel il vit pendant la majeure partie de son année ; tout change :

- Le cadre géographique, climatique, urbain ou campagnard, marin, de plaine ou de montagne ;
- Le cadre social, professionnel, familial, qui est brusquement annulé ;
- Le cadre des habitudes de vie : durée et condition du sommeil, heure des repas, régime alimentaire, rapidité de rythme de la vie, bruit, atmosphère respiratoire.

D'autre part, pendant la durée de la cure, le sujet peut être traité de façon totale, c'est-à-dire qu'on peut, chez lui, régler

l'ensemble de ses habitudes de vie 24 heures sur 24, ce qui est impossible ailleurs sauf dans une clinique.

Ainsi sur le plan gérontologique, un sujet peut pendant la durée de cure de récupération, s'occuper uniquement du problème médical.

Chaque station a, sur le plan gérontologique, des indications spéciales, étant donné l'eau thermale, le climat, et une certaine spécialisation dans telle ou telle partie de la médecine.

A Aix-les-Bains, la cure de récupération vitale présente les caractéristiques suivantes, comme *thérapeutique de l'appareil locomoteur* :

1) La source thermale elle-même, qui par une eau sulfurée calcique riche en silice, contenant de la barégine et radioactive, agit sur l'articulation vieillissante en améliorant sa teneur en soufre et en régularisant l'irrigation locale de l'ensemble du système ostéo-articulaire, selon les travaux déjà anciens de Léger et Mc Londran, et en rétablissant l'intégrité du tissu fibreux.

2) Le repos du système locomoteur est essentiel dans une série importante d'arthroses. En particulier dans les formes polaires supérieures de coxarthroses, dans la majorité des arthroses du genou chez la femme, et dans un nombre immense d'arthroses de la colonne vertébrale, cervicarthrose ou lombarthrose surtout, avec ou sans lésions des disques intervertébraux, la mise au repos du système locomoteur est capitale. Elle est d'autant plus importante que dans un grand nombre de cas, le malade, croyant bien faire, a courageusement forcé son articulation, ce qui est catastrophique.

3) Les méthodes de décontraction musculaire, connaissent dans plusieurs de nos stations, et principalement à Vittel, un succès mérité. Car dans le vieillissement de l'appareil locomoteur, il faut faire la part non seulement de l'action des contractions dynamiques musculaires, et des tassements, résultats des chocs, trépidations, inhérents au moyen de locomotion, mais encore aux contractions statiques qui résultent soit de travaux manuels, soit surtout d'un état de tension nerveuse d'origine psychologique.

Un des exemples les plus fréquents est fourni par l'arthrose cervicale, dont les symptômes s'exagèrent lorsqu'il s'agit par exemple d'un conducteur automobile, qui après avoir fait 200 ou 300 kilomètres voit survenir des douleurs ou une contraction de la nuque.

Les méthodes de décontraction, qu'il s'agisse de la technique de Schultz concernant le training autogène ou de celle de Jacobson, amènent progressivement par auto-suggestion, une décontraction musculaire qui améliore considérablement de façon générale la fatigue locomotrice.

4) L'entretien et la récupération fonctionnelle de l'ensemble du système musculaire, tendineux et fibreux peut se faire à l'aide de multiples techniques de massages, de mécano-thérapie, et de gymnastiques variées.

Nous préférons pour l'ensemble de nos malades une technique qui utilise les principes du Yoga. Elle présente un énorme avantage à notre point de vue en ce sens qu'elle se pratique avant tout chez des malades de 45 à 75 ans et qu'elle ne fatigue pas le cœur et s'accompagne d'une rééducation respiratoire.

Par ailleurs c'est une gymnastique qui non seulement agit sur le muscle, mais est avant tout un assouplissement général du corps, et à ce point de vue agit sur le tissu fibreux et ligamentaire dans son ensemble. D'autre part les poses principales du Yoga, et en particulier la pose fondamentale du lotus, demande une technique qui évite les transformations lentes du vieillissement locomoteur. Ce qui fait en effet le vieillissement de cet appareil c'est la pose de la tête en avant, la rigidité vertébrale, l'accentuation normale des courbures vertébrales, la bascule du bassin en avant, le genu flegmam, l'affaissement double de la voûte plantaire. Bien comprise, le Yoga s'oppose à ces déformations et permet au sujet d'un certain âge de garder une tenue et une souplesse ainsi qu'un équilibre d'adulte jeune. Les résultats que nous avons obtenus depuis cinq ans sont excellents. Nous avons décrits les techniques de détail ailleurs.

5) On ne peut séparer de la rééducation locomotrice les

thérapeutiques qui visent à la détente psychique. L'importance fondamentale du couple psycho-locomoteur rend nécessaire, si on veut avoir une action complète sur le système ostéo-articulo-musculaire, une psychothérapie adéquate. A cet égard le rôle du climat et de l'ensoleillement est capital, et les stations d'Aix-les-Bains et d'Évian qui connaissent un climat sédatif de lac et de demi-altitude bien ensoleillé, sont particulièrement désigné pour cet effet. La régulation du sommeil est ainsi un facteur de détente générale. Enfin une psychothérapie discrète et douce, sans psychanalyse et sans médications psycholytiques importante, destinée simplement à calmer les petits syndromes mentaux mineurs, anxiété, phobies, obsession, cyclothymies etc... et autres légères névroses, améliorera encore le comportement d'ensemble du malade et la détente locomotrice. Il est facile de se rendre compte des progrès en suivant les graphismes successifs du malade au cours de son séjour. La graphologie nous rend toujours de précieux services.

Ainsi il était naturel que le thermo-climatisme prenne une part tout à fait spéciale et prédominante dans les thérapeutiques gérontologiques ; tant comme traitement préventif que comme traitement curatif, il joue en gérontologie, un rôle de première importance.

DISCUSSION

Debidour. — Une simple question à mon ami Baumgartner... Quelle durée optima pour une cure thermale en Gérontologie ? Il semble que les trois semaines, contestées par certains d'entre nous, soient un minimum si on veut réaliser le programme qu'il vient de nous décrire si brillamment.

F. Forestier. — Félicite le D^r Baumgartner d'avoir l'initiative d'étudier les possibilités d'étude et de traitement Gérontologique à Aix-les-Bains. C'est une très bonne application de l'élargissement des modifications du thermo-climatisme qui, sans rompre avec la doctrine Française de Spécialisation des stations thermales, l'adopte à l'évolution médicale et sociologique de notre époque. Il a en effet démontré les possibilités de traitements par les cours, et au cours du séjour thermal, pour traiter les affections ostéo-articulaires déclarées, mais aussi pour en prévenir le développement. Ce thermalisme hygiénique du sujet d'âge moyen soigné dans nos stations préventivement pendant un séjour au besoin écourté à 15 jours, est une possibilité dont Ph. Baumgartner a déjà fait une réalité.

LE DÉCLIN DES STATIONS THERMALES ANGLAISES

F. FORESTIER

(Aix-les-Bains)

The Financial Times, mercredi 21 août 1963, p. 10, (Bracken
H. Cannon St, London).

L'établissement thermal de Buxton (Angleterre), jadis réputé, sera fermé fin septembre et mis en vente. « Bien sûr, il serait possible de l'utiliser pour les bains, mais je doute que quelqu'un s'y intéresse », me dit tristement le secrétaire de Mairie, M. John Glyn. « Après tout, presque plus personne ne l'utilise ».

Le dernier coup dur fut donné récemment quand le Royal Devonshire Hospital retira ses patients du Service National de Santé, hors du centre de traitement de la ville l'année dernière. De la sorte, les trois quarts des patients de l'établissement s'évanouirent.

Buxton, dont les efforts pour se vendre comme station de ski ont été reportés ici il y a quelques mois, n'a plus aucune illusion sur la station thermale depuis quelques temps.

Mais j'ai rencontré un moral beaucoup plus élevé quand j'ai parlé aux autorités des cinq autres stations thermales subsistant en Angleterre après la défection de Buxton.

« Je vous parle ici dans l'établissement de bains, pendant que l'eau bouillonne et éclabousse autour de moi, dit le directeur de publicité d'*Harrogate*. Mais après tout, nous sommes ici dans la principale station thermale dans ce pays ». Cette assertion n'est pas admise à *Bath* qui se vante d'être la seule station d'eau vraiment chaude de ce pays, (les autres sont tout au plus tièdes), ni par *Lenington*, qui se réclame du plus grand nombre de clients. Seules, *Droitwich* et *Woodhall* ne réclament aucune primauté.

Tous admettent cependant que la station thermale n'a plus d'importance commerciale dans la vie de la nation. Les patients utilisant les eaux thermales sont tous hospitalisés et ne séjournent pas dans les hôtels. Et pour quiconque veut s'évader et prendre les eaux aux frais de la nation, le Ministre de la Santé a des paroles restrictives. « Dans les lieux où existe un Établissement Thermal, les eaux peuvent être utilisées pour traiter les patients ; mais nous n'envoyons personne pour un traitement thermal ».

Notre expert médical, bien qu'il pense que la routine de la vie thermale soit bienfaisante, admet cette attitude. « La théo-

rie semble être que, plus une eau a mauvais goût, meilleure elle est pour vous. Mais en fait, aucune d'entre elles n'apporte de bienfait notable. Ce sont simplement des laxatifs doux ». Et Malvern, qui fut jadis une station thermale, a maintenant branché sa station de pompage sur de l'eau de robinet.

Ce scepticisme général des britanniques contraste étrangement avec l'enthousiasme vivant pour les eaux minérales magiques en France. Là, les gens continuent à payer cher pour une bouteille d'eau, pourvu qu'une longue analyse chimique soit donnée sur l'étiquette et le « thermalisme » (en français dans le texte), prospère dans les centres comme Évian.

Et je ne puis m'empêcher de penser que la continuation de cette foi est aidée par le fait que les dépenses d'une cure thermale française sont déduites de l'impôt.

Réponse à l'article du Journal « The Financial Times ».

Aix-les-Bains, le 5 septembre 1963

Cher Monsieur,

J'ai été intéressé par votre article (The Financial Times, Wednesday August 21, 1963, p. 10) ; ayant visité personnellement deux des stations anglaises dont vous parlez, Buxton et Bath, et connaissant bien le thermalisme français, italien et belge, et en partie le thermalisme suisse et allemand, je puis vous fournir quelques renseignements :

Je connais les difficultés du thermalisme anglais ; vous-même en avez indiqué quelques aspects.

Une des raisons principales de la désaffection des stations thermales anglaises a été le manque de preuve strictement scientifique de l'efficacité des cures thermales en Angleterre. Devant cette constatation, mes collègues anglais, imbus d'un esprit scientifique irréprochable n'ont pas osé continuer à prescrire des traitements thermaux.

Et pourtant, cette preuve a été donnée récemment sur le continent de manière plus ou moins directe.

En France, les statistiques pratiquées pour diverses régions

françaises par la Sécurité Sociale ont prouvé que le nombre de journées d'arrêt de travail, la consommation des médicaments et des soins diminuaient beaucoup chez les sujets ayant fait des cures thermales, par rapport aux mêmes groupes de patients n'y allant pas.

Les mêmes constatations ont été faites en Allemagne.

En Tchécoslovaquie, il a été possible de prouver la supériorité des traitements thermaux en constituant 4 groupes de patients :

- 1) patients subissant un traitement thermal,
- 2) patients subissant un traitement de médecine physique à sec,
- 3) patients traités par de l'eau de robinet réchauffée,
- 4) patients séjournant dans une station thermale sans aucun traitement.

Effectivement, en Europe Continentale, le nombre des curistes fréquentant les stations thermales et marines ne fait que croître. En 1961, il était de :

350.000 personnes en France,
1.200.000 en Allemagne.

La proportion de la population traitée par les traitements thermaux est plus grande encore en Tchécoslovaquie et en Bulgarie.

Elle est très importante aussi au Japon où les stations thermales ont contribué de façon essentielle à la survie des grands brûlés par bombardement atomique.

Aux U.S.A., il commence à se produire un mouvement en faveur des stations thermales et surtout marines. D'après les renseignements obtenus par les représentants du thermalisme français aux U.S.A., certaines stations balnéaires ont

constitué des traitements intéressants avec l'eau de mer chauffée et des boues, également chauffées.

L'une d'entre elles aurait déjà traité plus de 10.000 personnes par an.

Hotspring (Arkansas), et Warmspring (Virginia), sont les seules villes vraiment thermales pouvant être comparées aux stations européennes continentales.

D'une façon générale, les stations thermales utilisent les eaux minérales de façons différentes :

- Les unes sont des eaux de boisson ; ex. Vichy, Évian-Vittel, traitant principalement les affections des reins, du foie et de l'intestin.
- Les autres utilisent de façon externe : soit de façon pure, soit mêlée à des boues végéto-minérales. Ce deuxième groupe est celui qui connaît actuellement les succès les plus importants : suivant la composition chimique des eaux, et notamment le degré de soufre, de sel, de gaz carbonique, il s'oriente vers le traitement des affections rhumatismales post-traumatiques ou cardio-vasculaires.
- Le troisième groupe utilise les eaux minérales soit par action locale, sur les muqueuses et principalement les muqueuses de l'appareil respiratoire (sinusite, laryngite, asthme), soit dans certaines dermatoses.
- Le quatrième groupe se sert des eaux ou des gaz en injection.

Dans des pays comme la France, l'Italie et l'Allemagne, où près de 50 stations thermales dans chaque pays fonctionnent actuellement, il existe un large éventail de possibilités thérapeutiques pour de nombreuses maladies, dans lesquelles les traitements médicamenteux ou physiques artificiels ont donné des résultats insuffisants ou contre-indiqués.

COMPTE RENDU DE CONGRÈS

DIÉTÉTIQUE ET THERMALISME AUX V^e JOURNÉES NATIONALES DE DIÉTÉTIQUE

Les cinquièmes Journées Nationales de Diététique se sont déroulées à Marseille les 5, 6 et 7 mai 1964, sous la présidence de Monsieur le Professeur Jean Vague. Au cours de ces journées, organisées par le Syndicat National Professionnel des techniciens de la diététique, furent envisagés notamment les sujets suivants : *diététique et pédiatrie, diététique des convalescences médicales et chirurgicales, diététique et états cardio-*

vasculaires, diététique et thermalisme. La séance consacrée à cette dernière question était présidée par Messieurs les Professeurs Pieri et Bert. Nous en donnons ici une brève analyse. Le compte rendu complet des V^{es} Journées Nationales de Diététique paraîtra dans la Revue Française de Diététique (95, rue de la Loubière, Marseille).

Diététique et thermalisme.

par le Professeur DEROT (Paris)
et le Docteur UZAN (Vals)

La grande majorité des affections chroniques traitées « aux eaux » présentent des incidences digestives, nutritionnelles ou métaboliques nécessitant absolument la prescription d'un régime alimentaire. Ce régime ne peut être « standard » pour une maladie déterminée et a besoin d'être adapté à chaque cas particulier. D'où l'importance d'une organisation diététique sérieuse dans les stations de cure. Les auteurs, prenant pour exemple les diabétiques traités à Vals, montrent les réalisations obtenues déjà et indiquent les améliorations qui pourraient être apportées dans l'avenir.

Nécessité de l'organisation d'une diététique spécialisée dans les villes d'eaux.

par les Docteurs J. COTTET (Évian),
G. BONNET (Vichy) et A. DEBIDOUR (Le Mont-Dore)

Les auteurs montrent tout d'abord que les villes d'eaux françaises sont spécialisées au point de vue de la composition de leurs eaux, des médecins qui exercent, des malades qui y viennent, des pratiques externes, mais le sont insuffisamment au point de vue des régimes. Cependant, les conditions particulières de la médecine thermale permettraient d'étudier avec une particulière rigueur l'action des régimes. Puis, rapidement, ils énumèrent les six types de régime souhaitables.

Enfin, ils présentent l'organisation de la diététique dans une station thermale, comprenant premièrement un restaurant diététique, deuxièmement une chaîne d'hôtels diététiques, troisièmement, une consultation spéciale de régime par le diététicien.

Organisation et fonctionnement d'un centre diététique en milieu thermal.

par le Docteur VAUTHEY (Vichy)
et le Docteur APPERCE (Vichy)

Le Centre Diététique est ouvert à Vichy depuis le 6 juin 1961.

Son fonctionnement est assuré par une diététicienne détachée de l'Institut d'Hygiène Alimentaire pendant la saison.

Il comprend trois secteurs :

1) Un service diététique d'information et de contrôle à la disposition des curistes et à celle aussi des médecins et des hôteliers, dirigé par la Diététicienne en Chef de l'Hôpital Bichat (Bureau dans le Hall du Grand Établissement Thermal).

2) Un restaurant diététique médical, ouvert dans les locaux de la « Restauration » sur les parcs, qui assure l'application stricte des régimes prescrits par le corps médical. Ces locaux, le matériel de cuisine et le mobilier du restaurant ont été mis à la disposition du Centre par la C^{ie} Fermière.

3) Une chaîne d'hôtels ayant pris l'engagement de servir à leur clientèle, qui en est justiciable, les menus établis par le Service Diététique.

Le rôle de la diététicienne dans cette organisation est, bien entendu, primordial.

Elle est en relation avec le public, avec les médecins eux-mêmes, avec les cuisiniers du restaurant de régime, avec les hôteliers, avec les représentants de la Municipalité et de la Compagnie Fermière.

Les régimes institués sont au nombre de six :

1) Hépato-biliaires,

- 2) Colites droites,
- 3) Dyspepsies hyposthéniques,
- 4) Gastrites,
- 5) Obésité (catégories à 700 et 1200 calories),
- 6) Diabète.

La description détaillée de ces régimes et leur composition sont adressés à tous les médecins de la Station auxquels il suffit d'indiquer sur leur prescription, le numéro du régime conseillé.

Action des eaux sulfatées calciques et magnésiennes*

par le Docteur FOGLIERINI (Contrexéville)

Les eaux sulfatées, calciques et magnésiennes (Contrexéville, Vittel, Capvern) ont un ensemble d'effets thérapeutiques communs, en dépit des différences assez importantes observées parfois entre les différentes sources.

Elles furent d'abord utilisées dans la lithiase urinaire en raison de leurs propriétés diurétiques. La clinique et l'expérimentation montrèrent ensuite qu'elles mettaient également en jeu une action cholérétique et cholécystokinétique, une augmentation du péristaltisme intestinal et surtout un effet sur le système neuro-végétatif. On a observé en outre, une action antihistaminique et une action sur les surrénales.

De nombreuses modifications métaboliques enregistrées en fin de cure témoignent d'une action profonde sur l'organisme = abaissement dans le sang des taux excessifs de l'urée, du cholestérol et des lipides totaux, augmentation des éliminations uriques (et baisse retardée de l'uricémie) notamment chez les goutteux, élimination des rétentions hydrosodiques. L'hyperoxalémie est souvent réduite. Chez les malades atteints de lithiase oxalique, le rapport Ca/Mg des urines est modifié dans un sens favorable.

Variations du poids en rapport avec l'âge.

par le Docteur BAUMGARTNER (Aix-les-Bains)

L'auteur conseille à l'individu à partir de 30 ans de conserver un poids stable ; il nous démontre, en effet, que chaque kilogramme excédentaire représente un an de moins à vivre.

Ce problème de régulation pondérale est très difficile à vivre et exige chez ces malades outre une diététique rationnelle une réadaptation de la fonction respiratoire accompagnée de quelques exercices physiques.

Utilisation des eaux minérales en diététique.

par le Professeur CORNET (Paris)

Les eaux minérales jouent dans la diététique de l'adulte un rôle non négligeable.

Leur composition est utile à connaître, car la richesse de certaines eaux en sodium, par exemple, en contre-indique l'emploi chez les oedémateux patents, latents ou en puissance (cardiaques, rénaux, cirrhotiques). Leur emploi doit être surveillé chez les malades soumis au traitement par l'A.C.T.H., la cortisone, la désoxycorticostérone, la folliculine, chez les hypertendus. La quantité d'eau ingérée doit être modérée chez les sujets qui ont tendance à l'oedème.

C'est dans les affections digestives, rénales, et dans les maladies de la nutrition que les eaux minérales ont le plus d'intérêt diététique. Elles complètent heureusement les régimes alimentaires et elles représentent un adjuvant intéressant de la thérapeutique habituelle.

Diététique et cures thermales dans les affections circulatoires.

par le Professeur PIERI (Marseille)
et M^{lle} Lucette CASALONGA

L'agressivité des médications nouvelles, le peu d'action dans les maladies chroniques que sont la plupart des affections circulatoires ont rendu leur importance à deux vieilles thérapeutiques : le thermalisme et la diététique.

Les affections circulatoires soignées dans les stations thermales sont : l'hypertension systolo-diastolique essentielle, les artérites quel que soit leur siège (Royat, Bains-les-Bains, Bourbon-Lancy) et les troubles veineux (Aix-en-Provence, Bagnoles-de-l'Orne, Barbotant-les-Therms, la Léchère, et Luxeuil).

Un examen clinique et biologique complet de chaque malade est nécessaire en début de cure. Les vasculaires sont souvent des polydysmétaboliques ; l'obésité aggrave les troubles circulatoires. La technique de cure et le régime doivent être exactement adaptés à chaque cas.

1) *Les hypertendus*. On doit leur prescrire un régime désodé à 500 mg de sodium. Bénéfique chez les obèses avec restriction glucidique, il est à surveiller de près chez les hypertendus artério-scléreux.

Les accidents d'hyponatrémie peuvent survenir à la suite de troubles digestifs et doivent être prévenus.

2) *Les artéritiques*. Le problème du métabolisme des lipides et de l'artériosclérose prend de plus en plus d'importance (rôle des acides gras polyinsaturés, vieillissement artériel rôle des lipides alimentaires dans la coagulabilité sanguine et fibrinolyse).

Le régime hypolipidique, hypocholestérolémique et hypocalorique doit être modifié suivant que le malade est obèse, diabétique ou hyperuricémique.

3) *Les affections veineuses*. Elles sont souvent l'apanage des obésités gynoïdes qu'il faudra faire maigrir et accentuer la « désodation » du régime en cas d'œdèmes importants.

Si l'uricémie est élevée il faut envisager un régime de restriction purinique et lipidique, il faut supprimer l'alcool et rechercher une allergie alimentaire.

Conclusion.

La diététique thermale s'adresse à un malade hors de son milieu familial auquel on a le temps d'expliquer la nécessité et les limites de son régime qui préparé par des diététiciennes pourrait ainsi être mieux suivi.

FÉDÉRATION MÉDICALE THERMALE ET CLIMATIQUE PYRÉNÉENNE

Assemblée générale - Pau 3 Octobre 1964

La séance est ouverte à 16 h. 30 sous la présidence du Docteur BONAFIOUS d'Ax-les-Therms.

Le Docteur JULLIEN, Secrétaire Général, après avoir souhaité la bienvenue aux membres présents, rappelle le souvenir de ceux disparus depuis 15 ans et qui furent des pionniers du thermalisme et du climatisme : DE GORSSE, Henri FLURIN, MOTHE, PRADAL, BENEZECH, CREIGNOU, LARRAUA.

Il remercie les Professeurs DUBARRY et CAZAUX de Bordeaux toujours si attentifs à toutes les questions intéressant l'hydro-climatologie et en déplorant l'absence du Docteur René FLURIN empêché pour raison de santé, il lui adresse au nom de la Fédération des vœux sincères pour un prompt rétablissement.

L'Assemblée est appelée à adopter le procès-verbal de la dernière assemblée ce qui est fait à l'unanimité. Le Secrétaire Général selon l'usage présente ensuite la Station de Pau qui reçoit aujourd'hui les membres de la Fédération.

Il ne manque de souligner l'immense développement de la cité pyrénéenne qui, après avoir été pendant de nombreuses années la station climatique idéale pour les malades souffrant d'affection pulmonaire, est aujourd'hui un des centres touristiques les plus importants du sud-ouest de la France. Mais si la ville ne reçoit plus de tuberculeux, de nombreux établissements de cure se sont installés et équipés d'une manière toute moderne aux environs de la cité.

Il existe aussi dans la région proche de nombreux préventoriens pour enfants ou adultes, des maisons pour bronchectasiques, rhumatisants, diabétiques, cardiaques, qui peuvent ainsi bénéficier d'un climat particulièrement clément.

La Station a créé un CENTRE CLIMATIQUE DE RECHERCHES doté des perfectionnements les plus modernes. Du point de vue sportif tous les sports de plein air peuvent se pratiquer, golf, pêche, natation, équitation, etc...

L'assemblée, suivant une suggestion du Docteur René FLURIN décide de supprimer les 2 sections, l'une orientale, l'autre occidentale et procède à la constitution d'un seul bureau comportant 2 vice-présidents chargés de représenter chacune des 2 anciennes sections. Il se trouve ainsi constitué :

Président : Docteur BONAFIOUS, d'Ax-les-Therms.

Vice-présidents : D^r GRANDIDIER, de Luchon ; D^r FLURIN, de Cauterets.

Secrétaire Général : D^r W. JULLIEN, de Pau.

Trésorier : D^r BRIBES, d'Ussat-les-Bains.

* * *

Vœux présentés :

— Organisation de la recherche hydro-climatique en France.
Aide à lui apporter.

- Protection des stations classées contre la pollution de l'air et des eaux.
- Lutte contre le bruit.
- Mesures à prendre contre l'invasion des stations par les véhicules à moteur ; installation de vastes parkings à la périphérie des stations.
- Propagande climatique pyrénéenne axée sur la diversité des climats de l'Atlantique à la Méditerranée, associée à une richesse thermique exceptionnelle.

* * *

Le Professeur DUBARRY prend alors la parole. Il exprime sa satisfaction de se retrouver à Pau à cette réunion de la Fédération à laquelle il exprime toute sa sympathie. Quant à lui il est assez pessimiste sur l'avenir du thermalisme. A l'heure où le nombre des curistes augmente sans cesse dans les stations, on se désintéresse en haut lieu d'une situation qui revêt cependant un caractère d'intérêt national.

Après la mort du P^r MERKLEN la chaire d'Hydrologie de Nancy a été supprimée. L'agrégation d'hydrologie a disparu ; on ne peut plus accéder à la chaire d'hydrologie que par le truchement de la médecine générale. Il est possible que dans l'avenir d'autres chaires d'hydrologie disparaissent et ce serait d'une extrême gravité pour le thermo-climalisme.

Le Certificat d'hydrologie avait été créé à Bordeaux à l'inspiration du P^r DUBARRY. Parmi les quelques élèves qu'il a eus

aucun n'a manifesté l'intention de s'installer dans une station thermale ou de poursuivre les travaux intéressant l'hydrologie.

Et cependant le thermalisme repose encore beaucoup trop sur l'empirisme et il y aurait fort à faire pour rechercher le mécanisme de l'action des eaux minérales. Pour cela il serait nécessaire de disposer de chercheurs qualifiés.

Les vœux que l'assemblée va émettre risquent hélas ! de demeurer lettre morte.

Cependant il suffit de se tourner vers les pays voisins pour se rendre compte des résultats que l'on peut obtenir en mettant en œuvre des efforts cohérents. Un voyage en Europe Centrale, en Suisse, en Italie où abondent les stations thermales est particulièrement éducatif. Partout il y a des hôtels modernes, des palaces pour ceux qui le désirent et cela à des prix très inférieurs à ceux pratiqués en France. Les équipements thermaux sont adaptés aux exigences modernes. Les initiatives puissamment aidées par les pouvoirs publics.

* * *

Le D^r BONAFOUS remercie le P^r DUBARRY de son exposé plein d'enseignements et il propose à l'assemblée de présenter les divers vœux qui viennent d'être émis à la prochaine assemblée générale.

L'ordre du jour étant épuisé la séance est levée à 17 h. 30.

D^r W. JULLIEN
(Pau)

ANALYSES

PHYSIO-THÉRAPIE

par Paul VOGLER.

Un vol., 734 p., 626 fig., 9 tabl. Edit. George Thième, Stuttgart, 1964. Prix cartonné toile : 59 D.M.

Continuateur de la méthode thérapeutique de Winternitz et Priesnitz, et fort d'une riche expérience personnelle, le professeur Vogler, directeur de la clinique de physiothérapie à l'hôpital Charité de Berlin, met à la disposition des médecins et des étudiants un excellent manuel didactique de la thérapie par les agents physiques.

Contrairement à la pratique courante, pour l'auteur, le plan du traitement par les agents physiques et par la diététique ne doit pas être tracé d'avance, mais modifié continuellement selon les phases de l'évolution de la maladie, c'est-à-dire selon l'importance clinique des manifestations pathologiques.

Pour Vogler le but principal de la physiothérapie est d'agir

sur les organes ou les complexes d'organes responsables du réglage de ce que l'auteur appelle fonctions de base.

Parmi ces fonctions de base assurant la santé, la respiration et la défécation appartiennent aux organes en relation directe avec le milieu extérieur, tandis que le sommeil profond et la température constante traduisent une activité végétative normale.

La technique ainsi que la manipulation de l'hydrothérapie, du massage, de la gymnastique médicale, de l'héliothérapie, et la diététique également, sont très clairement exposées avec une abondante illustration permettant une rapide et parfaite intelligence du texte.

L'application clinique de ces méthodes de traitement est précédée, pour chaque affection, d'un exposé de physiopathologie, pathogénie et symptomatologie.

D'une lecture aisée, ce traité est un instrument de travail précieux. Il intéressera vivement les spécialistes et les praticiens.

I. DANIEL.

LES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES CONSÉCUTIVES A LA DERMATITE PROVOQUÉE PAR LES BAINS SULFUREUX ACIDES

par S. TARUSAWA.

Zeitschr. für angewandte Bäder und Klimaheilkunde, n° 6, 1963, 598.

Station thermale, Tamagava (Japon) possède des eaux thermales 43-44° C sulfureuses et très acides, pH 1,2.

La cure de Tamagava, essentiellement externe, présente une particularité : on prescrit aux malades 3-4 bains par jour d'une durée de 5-10 minutes.

Du 4^e au 7^e jour on observe sur le cou, le dos et dans les régions axillaire et inguinale du malade un eczéma caractérisé par rougeur et papules. Peu à peu l'eczéma qui envahit toute la surface cutanée, disparaît, 8-10 jours après la cure.

La conclusion des nombreuses recherches expérimentales effectuées par l'auteur est que : consécutivement à la dermatite le tissu cutané acquiert des propriétés antigéniques conduisant à la production d'anticorps antitissulaires.

Les substances par leur action excitatrice sur le tissu cutané provoquent une réaction panprotoplasmique.

L'action thérapeutique non spécifique de la cure de Tamagava s'expliquerait par une activité accrue de la protoplasma de toutes les cellules de l'organisme.

I. DANIEL.

CIENCIA DE LA ALIMENTACION (Bromatología). SCIENCE DE L'ALIMENTATION (Bromatologie).

Pr MUNOZ J.-E.

Un vol. in-8° de 374 pages, édité en 1963 par l'Editorial Universitaria, Quito, Equateur.

Depuis 40 ans l'Université de Quito (Équateur) a une chaire de Bromatologie qui est actuellement occupée par l'auteur avec un éclat particulier. Le présent livre, qui est une véritable encyclopédie, résume son enseignement.

Après les généralités et les définitions indispensables, la première partie étudie les aliments simples et composés : protides avec un grand développement accordé aux aminoacides ; glucides, lipides ; eau, chlorures, phosphore, éléments alcalino-ferreux : soufre, fer, cuivre, aluminium, manganèse, iode ; vitamines qui sont l'objet d'un exposé exhaustif.

La deuxième partie applique avec cas concrets les notions théoriques précédentes : principes de l'alimentation normale, métabolisme basal et métabolisme total ; isodynamie ; composition des rations ; régimes variés suivant l'âge, la maladie, la gestation.

Dans la troisième partie sont décrites en détail les techniques usuelles pour la conservation et le transport des aliments de manière à en éviter les altérations.

Ces dernières forment le sujet de la quatrième partie : intoxications alimentaires, infections microbiennes par *Clostridium* (surtout Botulisme), *Salmonellas*, Streptocoques, Staphylocoques, autres germes. L'auteur discute le rôle des ptomaines et de l'ichtyonine que Prgols identifie à l'histamine.

La sixième partie est consacrée à l'hygiène alimentaire publique et privée : viande, poisson, fruits de mer, champignons, végétaux. Les mesures réglementaires pour les conserver, les transporter et éviter la pollution sont analysées

avec beaucoup de soin et d'esprit critique. Il y a là tout un chapitre de Bromatologie Légale.

Une bibliographie de 168 articles complète le volume.

A l'heure où les régimes sont à l'ordre du jour, ce livre consciencieux, complet, bien conçu et bien écrit, mérite bien une traduction d'Espagnol en Français. Nous sommes heureux de féliciter l'auteur de l'excellent travail qu'il a mené à bien.

François FRANÇON (Aix-les-Bains).

MER OU MONTAGNE ?

Docteur J. GODONNÈCHE.

Nouvelles Thérapeutiques, avril 1964, 15^e année, n° 4-5-7.

Au sujet des cures climatiques, soit à la mer, soit à la montagne, l'auteur rappelle qu'il existe des *facteurs différentiels* de température, pression, état hygrométrique, champ électrique, mais aussi des *facteurs communs* de pureté de l'air et de radiations solaires très vives. Les aérosols marins, l'ozone, le chlorure de sodium, l'iode, peuvent se montrer très utiles ou très nuisibles, ainsi que la thalassothérapie par bains.

La mer ou la montagne sont, au total, toniques, stimulantes des fonctions organiques, avec quelques variantes. L'une et l'autre médication sont indiquées dans les états de déficience fonctionnelle : hypotrophies, anémies, convalescences. Sans trop schématiser cependant, les affections externes : ostéo-articulaires, ganglionnaires, relèvent surtout de la mer ; les affections internes ou viscérales, plus délicates peut-être pulmonaires torpides, hépatiques, diabétiques, le plus souvent, de la montagne.

François FRANÇON (Aix-les-Bains)

CIVILISATION MODERNE ET THERMALISME.

Pr Léon BINET.

Revue des Deux Mondes, n° 10, 15 mai 1964.

L'article est placé sous le mythe d'Antée : pour recouvrer ses forces, le citadin doit périodiquement se retremper dans la Nature ; d'où les émigrations massives et périodiques qui embolissent les routes.

La préfiguration des grandes villes futures, aux maquettes ponctuées de symboliques espaces verts, ne doit pas nous faire illusion : elle répond *techniquement* à une marée démographique sans précédent, mais elle rend *humainement* nécessaire la création jumelée de vastes zones verdoyantes, silencieuses, baignées d'oxygène et de soleil, organisées en refuges accueillants pour les citadins épuisés. Ainsi la sagesse des civilisations antiques qui veillait à l'équilibre harmonieux entre le Corps et l'Esprit, viendrait-elle tempérer pour notre salut les habitacles de béton hostiles à l'épanouissement humain (Pr J. LOUVEL).

Or, grâce à un siècle d'efforts soutenus, nous disposons sur notre territoire d'une foule de Centres de Soins : 1.200 sources d'eaux médicinales, dont une vingtaine de classe mondiale, réparties dans les plus belles et les plus vivifiantes de nos contrées, véritables *hauts lieux de santé*, où l'on peut encore savourer la douceur de vivre.

Leur valeur et leur efficacité sont encore accrues par la *spécialisation* des stations suivant une conception très française, contraire aux idées polyvalentes étrangères. Elle assure aux malades les soins et techniques sélectionnés les plus efficaces et une expérience sans égale du médecin thermaliste.

Mais le dispositif actuel qui suffisait naguère, ne pourra plus répondre bientôt à d'imminents et immenses besoins : il doit lutter contre toute une pathologie nouvelle liée aux progrès techniques : allergique, toxique, traumatique, nerveuse et neuro-vasculaire, génératrice de troubles organiques et psychiques atteignant tous les âges. Citons en exemple la *pathologie gériatrique* en relation avec l'allongement de l'existence $\times 20$ ans en 25 ans.

Aussi bien à chaque accroissement de la construction urbaine devra correspondre un accroissement proportionnel de ces Centres de Soins : c'est là pour le Doyen BINET un impératif catégorique pour sauvegarder la Santé Publique.

Insistons sur les garanties données à nos hôtes : Chaires d'Hydrologie et de Climatologie des Facultés de Médecine, Institut National d'Hydrologie et de Climatologie (Collège de France) et Instituts régionaux avec leurs laboratoires de Recherches, Service Technique des Mines qui surveille les sources, Laboratoire de contrôle des Eaux Minérales du Ministère de la Santé Publique, Commission des Eaux Minérales de l'Académie Nationale de Médecine.

Sous l'égide de ces organismes sont poursuivies des études pharmacodynamiques rigoureuses publiées dans la *Presse Thermale et Climatique*, les *Annales de l'Institut d'Hydrologie*, les *Archives de Biologie Thermo-Climatique*. Il s'est engagé une féconde collaboration avec les services connexes, météorologie et météoropathologie, biophysique, biochimie, biophysiology, pharmacologie. Aussi s'efface peu à peu le scepti-

ticisme des générations précédentes. BINET rappelle l'intérêt passionné de JOLIO-CURIE devant le fait thermal.

Partout la recherche thermale connaît une renaissance merveilleuse : Italie, Allemagne, Pays communistes. Dans les nations Anglo-Saxonnes, l'intérêt n'est pas moindre : au récent Congrès de Médecine Physique, à Washington, trois après-midi sur les quatre journées de la réunion ont été consacrés à l'Hydrothérapie thermale. C'est notre fierté d'avoir écrit avec P. M. DE TRAVERSE et M. DEPRÉTAIRE deux chapitres dans le livre d'Hydrologie édité aux États-Unis par Sidney LICHT.

Il faut donc prévoir le développement du Thermalisme de pair avec les progrès de la civilisation technique et urbaine ; c'est lui surtout qui nous permettra de lutter contre les maladies nouvelles engendrées par les conditions artificielles de vie dans la cité de l'avenir. Aussi bien faut-il soumettre à un contrôle rigoureux tous les remèdes miracles de la Pharmacopée moderne. « Que de lacunes, que d'insuffisances, que de dangers dans l'emploi des grandes médications chimiques modernes » ! La Rhumatologie peut dresser un véritable martyrologue.

En terminant, le Doyen fait appel aux jeunes pour tirer parti des « Forces vives encore mystérieuses » de la Nature et pour réduire le nombre de grabataires ; grâce au Thermalisme, beaucoup d'entre eux « sont capables d'être à nouveau réintégrés dans leur activité sociale ».

François FRANÇON (Aix-les-Bains).

INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès du Docteur Roger GLÉNARD, Président honoraire de la Société des Sciences Médicales de Vichy, Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Sa disparition sera cruellement ressentie dans tous les milieux de l'Hydrologie Française où il avait tenu une si grande place depuis de très nombreuses années.

Nous prions Madame Roger GLÉNARD et sa famille de bien vouloir accepter l'expression de nos très vives condoléances et de notre profonde sympathie.

ANNONCES

- MÉDECIN, stat. sport d'hiv. Alpes rech. associé pour saison hiver. Écrire journal PTC 103.

- MÉDECIN, 37 ans, ayant actuel. gros poste méd. générale envisage conversion en méd. thermale par création ou cession. Écrire journal PTC 104.

- INFIRMIÈRE DIPLOMÉE ayant prat. Stat. Therm. cherche place simil. saison mai-oct. log. assuré. Ecr. M^{me} Crochet 104, Bd de Clichy, Paris-18^e ou tél. le matin ORN. 73-78.

LA PRESSE THERMALE ET CLIMATIQUE

101^E ANNÉE — 1964

TABLE DES MATIÈRES

Pagination des numéros :

N° 1 (janvier-mars)	1 à 80	N° 3 (juillet-septembre)	121 à 168
N° 2 (avril-juin)	81 à 120	N° 4 (octobre-décembre)	169 à 200

a) Auteurs (I)

A		C	
APPERCE (René)	195	BONNET (Georges-Fr.). — Action de l'eau de Vichy (Grande Grille) sur l'anaphylaxie alimentaire du cobaye	128
ARNAUD (Yvon), GRANDPIERRE (René), MORONI (Jean-P.). — Mesure de la radioactivité de l'air des lieux et de promenade de Luchon	65	BONNET (Georges-Fr.). — Traitement thermal de l'urticaire alimentaire	172
AYROLLES (Ch.). — * Enquête clinique sur l'action des eaux sulfurées sodiques de Luchon sur les rhumatismes dégénératifs (coxarthroses et périarthrites scapulo-humérales)	35	BOURDINAUD (J.). — Voy. GROGNOT (P.), — et GIMENEZ (A.)	66
		BOURSIER (Bernard). — Considérations cliniques sur les rapports qui semblent exister entre algies cervicales et hyperuricémie	132
B		D	
BAILLET (Pierre). — Le traitement du psoriasis à La Roche-Posay	189	CASALONGA (M ^{lle} Lucette)	196
BAILLET (Pierre), BESCOL-LIVERSAC (Jean), CORNET (André), DADOUNE (Jean-Pierre), GUILLAM (C.). — Incorporation de la ³⁵ S-Méthionine et du ³⁵ S-Sulfate dans les tissus cutanés prélevés par biopsie au cours de la cure thermale de La Roche-Posay	150	CASTELAIN (Pierre-Y.). — Voy. ODDOZE (L.) et —	144
BAUMGARTNER (Philippe)	195	CHAREIRE (Jean). — Voy. JUMON (Henri), — et EYRAUD (M ^{lle} Geneviève)	169
BAUMGARTNER (Philippe). — Thérapeutiques gérologiques et stations thermo-climatiques	191	CLAUDE (F.). — Louis Merklen (1896-1964)	2
BERLESCU (Hélène). — L'organisation de la recherche scientifique en balnéophysiothérapie en Roumanie ..	114	CORNET (André)	195
BERTHIER (Germain). — Rôle de la circulation veineuse dans l'artérite des membres inférieurs	95	CORNET (André). — Voy. BAILLET (P.), BESCOL-LIVERSAC (J.), DADOUNE (J.-P.) et GUILLAM (C.)	150
BERTRAND (J.), KERHARO (F.), MAUVOISIN (F.). — * Aperçu sur les indications du traitement chirurgical des coxarthroses secondaires	24	COTTET (Jean)	195
BESANÇON (François). — Voy. DEBRAY (Ch.), — et ROZE (Cl.)	185		
BESCOL-LIVERSAC (Jean). — Voy. BAILLET (P.), —, CORNET (A.), DADOUNE (J.-P.) et GUILLAM (C.)	150	DADOUNE (Jean-Pierre). — Voy. BAILLET (P.), BESCOL-LIVERSAC (J.), CORNET (A.), — et GUILLAM (C.)	150
BINET (Léon)	198	DEBIDOUR (André)	195
BONNET (Georges-Fr.)	195	DEBRAY (Charles), BESANÇON (François), ROZÉ (Cl.). — Variations de quelques éléments du sérum sanguin (lipidiques, protidiques et cationiques) au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy	185
		DENIS (Joseph), VERMAERE (Jean). — Asthme et eczéma.	164
		DEROT (Maurice)	195
		DOCHE DE LAQUINTANE (J.). — Voy. MIQUEU (A. P.) et —	49

(1) Les mémoires et articles originaux sont affectés d'un astérisque (*).

E

EBRARD (G.). — La cure de Saint-Christau en dermatologie et stomatologie 103
EYRAUD (M^{lle} Geneviève). — Voy. JUMON (H.), CHAIREIRE (J.) et — 169

F

FLIPO (Georges). — Considérations pathogéniques sur les troubles cutanés d'origine veineuse 176
FLURIN (R.). — * Société moderne et avenir du thermalisme (Éléments de prospective thermale) 5
FOGLIERINI (Jacques) 195
FORESTIER (François). — Le déclin des stations thermales anglaises 193
FORESTIER (François). — * Une étude contrôlée des résultats du traitement thermal de 145 coxarthroses .. 10
FORESTIER (Jacques). — * La place des cures thermales dans le traitement des lombalgies et des sciatiques.. 54
FORESTIER (Jacques), VINCENT (Georges). — * Considérations sur l'évolution à longue échéance des coxarthroses géodiques 16
FRANÇON (François). — Voy. ROMIEUX (R.) et — 124
FRANÇON (François). — * La trochantérite 7

G

GANASCIA (M^{me} Janine). — Incidence des troubles de la stase veineuse sur la constitution de certaines affections cutanées des membres inférieurs 177
GIMENEZ (A.). — Voy. GROGNOT (P.), BOURDINAUD (J.) et — 66
GODONNÈCHE (Jean) 198
GRANDPIERRE (René). — Voy. ARNAUD (Y.), — et MORONI (J. P.) 65
GRANDPIERRE (René). — Voy. SANTENOISE (D.), — et ROBERT (M.) 121
GROGNOT (P.), BOURDINAUD (J.), GIMENEZ (A.). — Essai de protection pharmacologique contre les stress sonores 66
GUILLAM (C.). — Voy. BAILLET (P.), BESCOL-LIVERSAC (J.), CORNET (A.), DADOUNE (J.-P.) et — 150
GUILLON (André). — Rhumatisme psoriasique et acide urique 181
GUILLON (André), RICARD (J.). — Indications dermatologiques de la cure d'Uriage 112

H

HALLEZ (Philippe). — Essais sur l'emploi topique des glairines de Mollitg dans quelques dermatoses 156
HARDY (Pierre). — Voy. LÉPINAY et — 106
HARDY (Pierre). — Applications de la crénothérapie aux séquelles cicatricielles de brûlures 154
HOUSSET (Edouard). — Les méthodes d'exploration du système artériel des membres inférieurs 100
HOUSSET (Edouard). — Les méthodes thérapeutiques actuelles des artérites des membres inférieurs 99

J

JALLUT (Aline). — Voy. PITON (A.) et — 81
JALLUT (Henri). — * Traitement médical des artériopathies des membres par athérosclérose 80
JULLIEN (W.) 196, 197
JUMON (Henri). — Le prurigo diathésique de Besnier chez l'enfant et son traitement thermal 101
JUMON (Henri), CHAIREIRE (Jean), EYRAUD (M^{lle} Geneviève). — Association de manifestations cutanées et respiratoires de nature présumée allergique chez l'enfant 169

K

KERHARO (F.). — Voy. BERNARD (J.), — et MAUVOISIN (F.) 24

L

LAUTURE (Henri de). — Rapport médical concernant la création d'un institut marin d'allergothérapie à Biarritz 130
LEMAIRE (R.). — La déshydratation volontaire consciente 63
LÉPINAY (E.), HARDY (P.). — Bilan et enseignement de quatre années d'application de la crénothérapie aux séquelles cicatricielles de brûlures 106
LOUVEL (J.). — La phlébopoièse : données expérimentales sur la vaso-formation 97

M

MARUEJOL (Michel). — * La cure thermale de Bains-les-Bains dans le traitement des artérites 83
MAUVOISIN (Félix). — Voy. BERNARD (J.), KERHARO (F.) et — 24
MINOR (N.). — Voy. PETIT (C.) et — 158
MIQUEU (A. P.), DOCHE DE LAQUINTANE (J.). — * Utilisation d'un nouveau dérivé des Pipéridols en association avec les cures thermales dans les colites chroniques 49
MORONI (Jean-P.). — Voy. ARNAUD (Y.), GRANDPIERRE (R.) et — 65
MUNOZ (J. E.) 198

O

ODDOZE (Ludovic), CASTELAIN (Pierre-Y.). — Étude sur l'étiologie de l'eczéma diathésique avec considération particulière du rôle de l'allergie 144

P

PETIT (C.), MINOR (N.). — La place de l'allergie dans l'étiologie de l'asthme de l'enfant et de l'adolescent.. 158
PICARD (Henri). — * Un nouveau traitement biocatalytique et tissulaire de la coxarthrose 27
PIÉRI (Jean) 196

PITON (André), JALLUT (Aline). — * La place du traitement thermal dans la thérapeutique des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs	81		
R			
RICARD (J.). — Voy. GUILLON (A.) et —	112		
RIVOLIER (J.). — Intérêt et difficulté de la mesure de l'électricité atmosphérique	72		
ROBERT (M.). — Voy. SANTENOISE (R.), GRANDPIERRE (R.) et —	121		
ROMIEUX (René), FRANÇON (François). — Contre-indication cardio-vasculaire de la cure d'Aix-les-Bains ou de l'utilité du crocodile	124		
ROZÉ (Cl.). — Voy. DEBRAY (Ch.), BESANÇON (Fr.) et —	185		
S			
SANTENOISE (Daniel), GRANDPIERRE (René), ROBERT (M.). — Étude de l'action antihistaminique de l'eau d'Uriage	121		
STÉVENET (A.). — Voy. STÉVENET (P.) et —	59		
STÉVENET (P. et A.). — A propos de l'évolution de la climatologie en fonction de certaines formes cliniques actuelles de tuberculose	59		
		T	
		TAMALET (L.-J.). — * Thérapeutiques médicales actuelles de la coxarthrose (chirurgie exclue)	43
		TARUSAWA (S.)	198
		U	
		UZAN (Maurice)	195
		V	
		VAUTHEY (Max)	195
		VERMAERE (Jean). — Voy. DENIS (J.) et —	164
		VERMAERE (Jean). — Voy. WOLFFROMM (R.) et —	136
		VINCENT (Georges). — Voy. FORESTIER (J.) et —	16
		VINEL (P.). — * Un traitement thermal des affections rhumatismales des mains. L'étuve à main à Ax-les-Thermes	40
		VOGLER (Paul)	197
		W	
		WOLFFROMM (René), VERMAERE (Jean). — Allergie microbienne en dermatologie	136

b) Matières (I)

A		Announces	76, 168, 199
A propos de l'évolution de la climatologie en fonction de certaines formes cliniques actuelles de tuberculose	59	* Aperçu sur les indications du traitement chirurgical des coxarthroses secondaires	24
Actualités de rhumatologie thermale	35, 40	Applications de la crénothérapie aux séquelles cicatricielles de brûlures	154
Actualités thérapeutiques	43, 49, 54	Artères. Système artériel des membres inférieurs : méthodes d'exploration	100
Age. Poids : variations en rapport avec l'âge	195	* Artériopathies des membres par athérosclérose : traitement médical	89
Aix-les-Bains. Cure d'—. Contre-indication cardio-vasculaire de la cure d'— ou de l'utilité du crocodile.	124	* Artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Thérapeutique : place du traitement thermal	81
Aix-les-Bains. Station d'—. Vie : saisons 1963 et 1964.	77	* Artérites. Traitement : cure thermique de Bains-les-Bains	83
Algés cervicales et hyperuricémie. Rapports qui semblent exister : considérations cliniques	132	Artérite des membres inférieurs. Circulation veineuse : rôle dans l'—	95
Allergie. Manifestations cutanées et respiratoires de nature présumée allergique chez l'enfant : association	169	Artérites des membres inférieurs : méthodes thérapeutiques actuelles	99
Allergie. Place dans l'étiologie de l'asthme de l'enfant et de l'adolescent	158	Articles originaux	81, 83, 89
Allergie. Rôle dans l'étiologie de l'eczéma diathésique : étude	144	Association de manifestations cutanées et respiratoires de nature présumée allergique chez l'enfant	169
Allergie microbienne en dermatologie	136	Asthme de l'enfant et de l'adolescent. Allergie : place dans l'—	158
Allergothérapie. Institut d'—. Création à Biarritz : rapport médical	130	Asthme et eczéma	164
Analyses	197, 198	* Athérosclérose. Artériopathies des membres par — : traitement médical	89
Anaphylaxie alimentaire du cobaye. Eau de Vichy (Grande Grille) : action sur l'—	128	* Ax-les-Thermes. Etuve à main à — : traitement thermal des affections rhumatismales des mains	40

(1) Les articles et mémoires originaux sont affectés d'un astérisque (*).

B

Bagnères-de-Bigorre. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	77
* Bains-les-Bains. Cure thermale de — dans le traitement des artérites	83
Bains-les-Bains. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	117
Balnéophysiothérapie. Recherche scientifique : organisation en Roumanie	114
Barbotan-les-Thermes. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	117
Biarritz. Institut d'allergothérapie. Création à Biarritz : rapport médical	130
Bilan et enseignement de quatre années d'application de la crénothérapie aux séquelles cicatricielles de brûlures	106
Bourbonne-les-Bains. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	118
Bromatologie [Livre analysé (esp.)]	198
Brûlures. Séquelles cicatricielles. Crénothérapie : bilan et enseignement de quatre années d'application	106
Brûlures. Séquelles cicatricielles. Crénothérapie : applications	154

C

Cantil. Voy. Ester benzilique du N-méthyl-3-pipéridol.	
Cationiques. Éléments — sériques. Variations au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy	185
Centre diététique en milieu thermal : organisation et fonctionnement	195
Challes-les-Eaux. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	119
Circulation. Affections circulatoires : diététique et cures thermales	196
Civilisation moderne et thermalisme [Article analysé]	198
Climatologie. Évolution en fonction de certaines formes cliniques actuelles de tuberculose	59
Cœur. Contre-indications cardio-vasculaires de la cure d'Aix-les-Bains ou de l'utilité du crocodile ..	124
* Colites chroniques. Traitement : utilisation d'un nouveau dérivé des pipéridols en association avec les cures thermales dans les —	419
Communiqués	476
Compte rendu de congrès	194, 196
Conférence d'actualité clinique et thérapeutique ..	54
Conférence (4 ^e) internationale des maladies rhumatismales (Aix-les-Bains : 25-28 juin 1964). Programme scientifique	75
Congrès. Compte rendu	194, 196
Considérations cliniques sur les rapports qui semblent exister entre algies cervicales et hyperuricémie	132
Considérations pathogéniques sur les troubles cutanés d'origine veineuse	176
* Considérations sur l'évolution à longue échéance des coxarthroses géodiques	16
Contre-indication cardio-vasculaire de la cure d'Aix-les-Bains ou de l'utilité du crocodile	124
Coxarthroses	7, 10, 16, 24, 27

Coxarthroses. Eaux sulfurées sodiques de Luchon ; action sur les —. Enquête clinique	35
* Coxarthrose : thérapeutiques médicales actuelles (chirurgie exclue)	43
* Coxarthrose. Traitement biocatalytique et tissulaire nouveau de la —	27
* Coxarthroses. Traitement thermal de 145 — : Résultats : étude contrôlée	10
* Coxarthroses géodiques. Évolution à longue échéance : considérations	16
* Coxarthroses secondaires. Traitement chirurgical. Indications : aperçu	24
Crénothérapie. Application de la — aux séquelles cicatricielles de brûlures : bilan et enseignement de quatre années	106
Crénothérapie. Brûlures : séquelles cicatricielles : applications de la —	154
Crocodile [moyen mnémorique : C : explorant la circulation cérébrale ; R : les fonctions rénales ; O : l'œil ; C : le cœur ; O : les oscillations artérielles et l'état des veines ; D : recherche d'une diathèse particulière ; I : hypertension ; L : données du laboratoire ; E : émotivité]. Contre-indication cardio-vasculaire de la cure d'Aix-les-Bains ou de l'utilité du —	124
Cure (La) à Saint-Christau en dermatologie et stomatologie	103
Cure d'Uriage : indications dermatologiques	112
Cures thermales. Diététique et — dans les affections circulatoires	196
* Cures thermales. Place dans le traitement des lombalgies et des sciatiques	54
* Cure (La) thermale de Bains-les-Bains dans le traitement des artérites	83
* Cures thermales en association avec un nouveau dérivé des Pipéridols. Utilisation dans les colites chroniques	49

D

Dax. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	119
Déclin (Le) des stations thermales anglaises	193
Dermatite provoquée par les bains sulfureux acides : réactions sérologiques consécutives [Article analysé (all.)]	198
Dermatologie. Allergie microbienne en —	136
Dermatologie. Cure à Saint-Christau en —	103
Dermatologie. Indications dermatologiques de la cure d'Uriage	112
Dermatoses. Glairines de Molitg : emploi toxique dans quelques — : essais	156
Déshydratation volontaire consciente	63
Diététique. Centre — en milieu thermal : organisation et fonctionnement	195
Diététique. Eaux minérales : utilisation en —	195
Diététique et cures thermales dans les affections circulatoires	196
Diététique et thermalisme	195
Diététique et thermalisme aux V ^e Journées nationales de diététique (Marseille : 5-7 mai 1964)	194
Diététique spécialisée. Organisation : nécessité dans les villes d'eaux	195

E	I
Eau d'Uriage. Action anti-histaminique : étude .. 121	Incidence des troubles de la stase veineuse sur la constitution de certaines affections cutanées des membres inférieurs 177
Eau de Vichy (Grande Grille). Action sur l'anaphylaxie alimentaire du cobaye 128	Incorporation de la ³⁵ S-Méthionine et du ³⁵ S-Sulfate dans les tissus cutanés prélevés par biopsie au cours de la cure thermique de La Roche-Posay. 150
Eaux-Chaudes. Vie de la station : saisons 1963 et 1964 120	Indications dermatologiques de la cure d'Uriage.. 112
Eaux minérales : utilisation en diététique 195	Informations 75, 199
Eaux sulfatées calciques et magnésiennes : action. 195	Institut d'allergothérapie. Création à Biarritz : rapport médical 130
* Eaux sulfurées sodiques de Luchon. Action sur les rhumatismes dégénératifs (coxarthroses et périarthrites scapulo-humérales) : enquête clinique.. 35	Intérêt et difficulté de la mesure de l'électricité atmosphérique 72
Eczéma. Asthme et — 164	J
Eczéma diathésique. Etiologie avec considération particulière du rôle de l'allergie : étude 144	Journées (5 ^e) nationales de diététique (Marseille : 5-7 mai 1964) : « diététique et thermalisme » 194
Editorial 5	Journées (12 ^e) scientifiques nationales de la société française de médecine préventive et sociale (Marseille : 7-12 octobre 1964) 76
Electricité atmosphérique. Mesure de l'— : intérêt et difficulté 72	L
Enfant. Manifestations cutanées et respiratoires de nature présumée allergique : association chez l'— 169	La Bourboule. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964 118
Enfant. Prurigo diathésique de Besnier chez l'— et son traitement thermal 101	La Léchère-les-Bains. Station : vie de la station : saisons 1963 et 1964 79
* Enquête clinique sur l'action des eaux sulfurées sodiques de Luchon sur les rhumatismes dégénératifs (coxarthroses et périarthrites scapulo-humérales) 35	Lamalou-les-Bains. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964 120
Essai de protection pharmacologique contre les stress sonores 66	La Roche-Posay. Cure thermique de — : incorporation de la ³⁵ S-Méthionine et du ³⁵ S-Sulfate dans les tissus cutanés prélevés par biopsie au cours de la cure thermique de — 150
Essais sur l'emploi topique des glairines de Mollitg dans quelques dermatoses 156	La Roche-Posay. Psoriasis : traitement à — 189
Ester benzilique du N-méthyl-3-pipérol [ou Cantil]. Voy. Pipéridol (dérivé nouveau), Colites chroniques.	Lipides sériques. Variations au cours de la cure thermique bicarbonatée sodique de Vichy 185
* Etude (Une) contrôlée des résultats du traitement thermal de 145 coxarthroses 10	Livres et articles analysés 197, 198
Etude de l'action antihistaminique de l'eau d'Uriage 121	* Binet (Léon). — Civilisation moderne et thermalisme [extr. : Rev. des Deux-Mondes, n° 10 (15-5-64)] 198
Etude sur l'étiologie de l'eczéma diathésique avec considération particulière du rôle de l'allergie.. 144	* Godonnèche (Jean). — Mer ou Montagne ? (extr. : « Nouvelles thérapeutiques », avril 1964, 15, n° 417).. 198
F	* Munoz (J. E.). — Ciencia de la alimentacion (Quito, Equat., Edit. Univ., 1963) 198
Fédération médicale thermique et climatique pyrénéenne. Assemblée générale (Pau : 3 octobre 1964).. 196	* Tarusawa (S.). — Les réactions sérologiques consécutives à la dermatite provoquée par les bains sulfureux acides [extr. : Ztschr. f. angew. Bäder und Klimatheilkunde : 1963, n° 6, p. 598] 198
G	* Vogler (Paul). — Physio-Thérapie (Stuttgart, G. Thieme, 1964) 197
Gérontologie. Thérapeutiques gérontologiques et stations thermo climatiques 191	* Lombalgies et sciatiques. Traitement : place des cures thermales 54
Glairines de Mollitg. Emploi toxique dans quelques dermatoses : essais 156	* Luchon. Eaux sulfurées sodiques de —. Action sur les rhumatismes dégénératifs (coxarthroses et périarthrites scapulo-humérales) : enquête clinique.. 35
Grande-Bretagne. Stations thermales anglaises : déclin 193	Luchon. Radioactivité de l'air des lieux de cure et de promenade de — : mesure 65
Gréoux-les-Bains. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964 78	Luchon. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964 79
H	
Histamine. Action anti-histaminique de l'eau d'Uriage : étude 121	
Hyperuricémie. Algies cervicales et —. Rapports qui semblent exister : considérations cliniques 132	

M

* Mains. Affections rhumatismales des —. Traitement thermal : l'étuve à main à Ax-les-Thermes.. 40

* Membres. Artériopathies par athérosclérose : traitement médical 89

Membres inférieurs. Affections cutanées des — : incidence des troubles de la stase veineuse sur leur constitution 177

* Membres inférieurs. Artériopathies oblitérantes des —. Thérapeutique : place du traitement thermal. 81

Membres inférieurs. Artérites des — : méthodes thérapeutiques actuelles 99

Membres inférieurs. Artérite des — : rôle de la circulation veineuse 95

Membres inférieurs. Système artériel : méthodes d'exploration 100

Mer ou Montagne ? [Article analysé] 198

Merklen (Louis) [1896-1964] 2

Mesure de la radioactivité de l'air des lieux de cure et de promenade de Luchon 65

Méthodes (Les) d'exploration du système artériel des membres inférieurs 100

Méthodes (Les) thérapeutiques actuelles des artérites des membres inférieurs 99

Molitg. Glairines de —. Emploi toxique dans quelques dermatoses : essais 156

N

Nécrologie 2, 4, 76

— Glénard (Roger) 199

— Merklen (Louis) 2

— Roumilhac (Georges) 4

— Wibrotte (Jean) 76

* Nouveau (Un) traitement biocatalytique et tissulaire de la coxarthrose 27

O

Organisation (L') de la recherche scientifique en balnéophysiothérapie en Roumanie 114

P

Peau. Troubles cutanés d'origine veineuse : considérations pathogéniques 176

Périarthrites scapulo-humérales. Eaux sulfurées sodiques de Luchon : action sur les —. Enquête clinique 35

Pharmacologie. Protection pharmacologique contre les stress sonores : essai 66

Phlébopoièse (La) : données expérimentales sur la vaso-formation 97

Physiothérapie [Livre analysé (all.)] 197

* Pipéridols. Dérivé nouveau des —. Utilisation en association avec les cures thermales dans les colites chroniques 49

Place de l'allergie dans l'étiologie de l'asthme de l'enfant et de l'adolescent 158

* Place (La) des cures thermales dans le traitement des lombalgies et des sciatiques 54

* Place (La) du traitement thermal dans la thérapeutique des artériopathies oblitérantes 81

Poids. Variations en rapport avec l'âge 195

Poumons. Tuberculose pulmonaire. Évolution en fonction de certaines formes cliniques actuelles 59

Protides sériques. Variations au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy 185

Prurigo (Le) diathésique de Besnier chez l'enfant et son traitement thermal 101

Psoriasis. Traitement à La Roche-Posay 189

R

Radioactivité de l'air des lieux de cure et de promenade de Luchon : mesure 65

Rapport médical concernant la création d'un institut marin d'allergothérapie à Biarritz 130

Recherche scientifique en balnéophysiothérapie : organisation en Roumanie 114

* Rhumatismes. Affections rhumatismales des mains : traitement thermal. L'étuve à main à Ax-les-Thermes 40

Rhumatisme psoriasique et acide urique 181

Rhumatologie thermique. Actualités 35, 40

Rôle de la circulation veineuse dans l'artérite des membres inférieurs 95

Roumanie. Balnéophysiothérapie : organisation de la recherche scientifique en — 114

Roumilhac (Georges) [nécrologie] 4

S

Saint-Christau. Cure à — en dermatologie et stomatologie 103

* Sciatiques. Lombalgies et —. Traitement : place des cures thermales 54

Science de l'alimentation (Bromatologie). [Livre analysé (esp.)] 198

Sérum sanguin. Lipides, protides et cations : variations au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy 185

³⁵S-Méthionine et ³⁵S-Sulfate : incorporation dans les tissus cutanés prélevés par biopsie au cours de la cure de La Roche-Posay 150

Société française d'hydrologie et de climatologie médicale. Travaux 59, 63, 65, 66, 69, 72

— Séances :

— 1963. Janvier : 21 95, 97, 99, 100

— — Avril : 1 101, 103, 106, 112

— — Novembre : 23 185, 189, 191, 191

— 1964. Mars : 10 (séance solennelle) 136, 144, 150, 154, 156, 158, 164, 169, 172, 176, 177, 181

— — Avril : 13 121, 124, 128, 130, 132

* Société moderne et avenir du thermalisme (Éléments de prospective thermique) 5

Stations thermales. Vie des — 77, 117

— Aix-les-Bains 77

— Bagnères-de-Bigorre 77

— Bains-les-Bains 117

— Barbotan-les-Thermes 117

— La Bourboule 118

— Bourbonne-les-Bains	118	* Traitement médical des artériopathies des mem-	
— Challes-les-Eaux	119	bres par athérosclérose	89
— Dax	119	* Traitement thermal. Place dans la thérapeutique	
— Eaux-Chaudes	120	des artériopathies oblitérantes des membres infé-	
— Gréoux-les-Bains	78	rieurs	81
— Lamalou-les-Bains	120	Traitement thermal de l'urticaire alimentaire ...	172
— La Léchère-les-Bains	79	* Traitement (Un) thermal des affections rhuma-	
— Luchon	79	tismales des mains. L'étuve à main à Ax-les-	
— Vichy	79	Thermes	40
Stations thermales anglaises. Déclin des —	193	Traitement thermal du prurigo diathésique de	
Stations thermo-climatiques. Thérapeutiques gé-		Besnier chez l'enfant	101
rontologiques et —	191	* Trochantérite (La)	7
Stomatologie. Cure à Saint-Christau en —	103	Tuberculose pulmonaire. Climatologie : évolution	
Stress sonores. Protection pharmacologique contre		en fonction de certaines formes cliniques actuelles ...	59
les — : essai	66		

T

Thérapeutique. Actualités	43, 49,	54
Thérapeutiques gérontologiques et stations thermo-climatiques		191
* Thérapeutiques médicales actuelles de la coxarthrose (chirurgie exclue)		43
Thermal. Milieu —. Centre diététique ; organisation et fonctionnement		195
Thermales. Stations —. Diététique spécialisée ; organisation. Nécessité dans les villes d'eaux		195
* Thermalisme. Avenir et société moderne (Éléments de prospective thermale)		5
Thermalisme. Civilisation moderne et — [Article analysé]		198
Thermalisme. Crénothérapie : application aux séquelles cicatricielles de brûlures ; bilan et enseignement de quatre années		106
Thermalisme. Cure à Saint-Christau en dermatologie et stomatologie		103
Thermalisme. Cure d'Uriage : indications dermatologiques		112
* Thermalisme. Cures thermales : place dans le traitement des lombalgies et des sciatiques		54
* Thermalisme. Cure thermale de Bains-les-Bains dans le traitement des artérites		83
Thermalisme. Cures thermales en association avec un nouveau dérivé des Pipéridols dans les colites chroniques		49
Thermalisme. Diététique et —		195
Thermalisme. Diététique et — aux V ^e Journées nationales de diététique (Marseille : 5-7 mai 1964)		194
* Thermalisme. Place du traitement thermal dans la thérapeutique des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs		81
Thermalisme. Prurigo diathésique de Besnier chez l'enfant et son traitement thermal		101
Tissus cutanés prélevés par biopsie. ³⁵ S-Méthionine et ³⁵ S-Sulfate : incorporation au cours de la cure thermale de La Roche-Posay		150

U

Uriage. Cure — : indications dermatologiques	112
Uriage. Eau d'—. Action antihistaminique : étude	121
Urique. Acide —. Rhumatisme psoriasique et acide urique	181
Urticaire alimentaire : traitement thermal	172
* Utilisation d'un nouveau dérivé des Pipéridols en association avec les cures thermales dans les colites chroniques	49

V

Vaisseaux. Contre-indications cardio-vasculaires de la cure d'Aix-les-Bains ou de l'utilité du crocodile	124
Variations de quelques éléments du sérum sanguin (lipidiques, protidiques, cationiques) au cours de la cure thermale bicarbonatée sodique de Vichy...	185
Veines. Circulation veineuse : rôle dans l'artérite des membres inférieurs	95
Veines. Stase veineuse : troubles. Incidence sur la constitution de certaines affections cutanées des membres inférieurs	177
Veines. Troubles cutanés d'origine veineuse : considérations pathogéniques	176
Veines. Vaso-formation : données expérimentales. La phlébopoièse	97
Vichy. Cure : indications (mai-octobre)	52
Vichy. Cure thermale bicarbonatée sodique : variations de quelques éléments du sérum sanguin (lipidiques, protidiques et cationiques)	185
Vichy (Grande Grille). Eau de —. Action sur l'anaphylaxie alimentaire du cobaye	128
Vichy. Station de — : vie de la station : saisons 1963 et 1964	79
Vie (La) des stations	77
Villes d'eaux. Diététique spécialisée. Organisation : nécessité dans les —	195

*La RELÈVE
du PHÉNERGAN*

DOXERGAN

6.847 R.P. - OXOMÉMAZINE
dioxo 9,9 (méthyl-2 diméthylamino-3 propyl) - 10 phénothiazine

**Sédatif
Antitussif
Antiallergique
Antiprurigineux**

- **URTICAIRES - PRURITS**
- **TOUX**
- **AGITATION - INSOMNIES**
- **GASTRITES - GASTRALGIES**

PRÉSENTATIONS :

Comprimés dosés à 10 mg
(Étuis de 40) P. Cl. 3
Sirop dosé à 5 mg par cuillerée à café
(Flacons de 125 ml) P. Cl. 4
Tableau C - S.S. 70 %

POSOLOGIE QUOTIDIENNE MOYENNE :

ENFANTS : 0 à 2 ans : 1/2 à 2 cuillerées à café de sirop
2 à 5 ans : 2 à 4 cuillerées à café de sirop
5 à 10 ans : 4 à 6 cuillerées à café de sirop

ADULTES : 1 à 4 comprimés ou 2 à 8 cuillerées à café de sirop
Fractionner en 2 ou 3 prises. Toutefois, si l'on recherche l'effet hypnotique,
administrer le DOXERGAN en une seule prise le soir.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC
INFORMATION MÉDICALE : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS 8^e - B.P. 490-08 - Tél. 256-40-00

L'EAU QUI GUÉRIT LES OS

BOURBONNE-LES-BAINS

(Haute-Marne)

SOUS UN CLIMAT VOSGIEN
TEMPÉRÉ FRAIS ET TONIQUE

Ses eaux chaudes
radio-actives (66°)
chlorurées sodiques

Souveraine dans le traitement des

FRACTURES - RHUMATISMES

Impotences fonctionnelles