118e Année — N° 3

3e trimestre 1981

La Presse Thermale et Climatique

JOURNÉE NATIONALE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

Organe officiel
de la Société
Française d'Hydrologie
et de Climatologie Médicales

Expansion Scientifique Française

THERMALISME AU SOLEIL ENTRE OCEAN ET MEDITERRANEE

gréoux les-bains
en haute Provence

Rhumatismes, voies respiratoires O.R.L.
arthroses, traumatologie, arthrites.
Climat méditerranéen tempéré. Altitude 400 m.
Ouvert toute l'année.

amélie les-bains
en Roussillon.

Voies respiratoires O.R.L. rhumatismes
Emphysème, rhino-laryngologie, pré-gérontologie.
Climat méditerranéen
Altitude 230 m.
Ouvert toute l'année.

la preste les-bains
en haut Roussillon.

Colibacillose
maladies de l'appareil urinaire, lithiases, prostatisme
maladies du métabolisme, nutrition.
Altitude 1130 m.
Avril-Octobre.

molitg les-bains
en Roussillon.

Affections de la peau, voies respiratoires O.R.L.
rhumatismes, obésité, pré-gérontologie. Station-pilote de la relaxation.
Climat méditerranéen tempéré. Altitude 450 m.
Ouvert toute l'année.

barbotan les-thermes
en Armagnac.

Station de la jambe malade
circulation veineuse, phlébite, varices.
Rhumatismes, sciatiques, traumatologie.
Station reconnue d'utilité publique.
Avril-novembre.

eugénie les-bains
Landes de Gascogne.
1er Village minceur de France animé par Michel Guérard
Obésité, rhumatismes
rééducation, colibacillose, reins, voies digestives et urinaires.
Avril-octobre.

st christau
en haut Béarn.

Muqueuses, dermatologie, stomatologie
Altitude 320 m.
Avril-octobre.

cambo les-bains
en Pays basque.

Rhumatismes, voies respiratoires, O.R.L.
nutrition, obésité
Avril-octobre.

demandez la documentation sur la station qui vous intéresse à :

maison du thermalisme
32 avenue de l'opéra 75002 paris. tél. 742.67.91+,
et société thermale de chaque station

stations agréées par la sécurité sociale

118e ANNÉE 3e trimestre 1981 N° 3

La Presse Thermale et Climatique

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

Ancienne GAZETTE DES EAUX

Fondateur : Victor GARDETTE †

COMITE DE PATRONAGE

Professeur ARNOUX. — Professeur F. BESANÇON. — G. BONNET. — Doyen G. CABANEL. — Professeur CORNET. — Professeur Agrégé V. COTLENKO. — Professeur Agrégé C. DELBOY. — Professeur Y. DENARD. — Professeur P. DESGREZ. — Professeur J.-J. DUBARRY. — Professeur M. FONTAN. — Professeur GONIN. — Professeur GRANDPIERRE, Directeur du Centre d'Enseignement et de Recherches de Médecine aéronautique de Paris. — GRISOLET, Ingénieur en chef de la Météorologie, Chef du Service d'Etudes Climatiques de la Ville de Paris. — Professeur JUSTIN-BESANÇON, Membre de l'Académie de Médecine. — Professeur Cl. LAROCHE. — Professeur J. LOUVEL. — P. MOLINÉRY. — R. SOYER, Assistant au Muséum National d'Histoire naturelle. — P.M. de TRAVERSE, Chef de Laboratoire, Hôpital Broussais.

COMITE DE REDACTION

Rédacteur en chef honoraire : Jean COTTET, membre de l'Académie de Médecine.

Rédacteur en chef : J. FRANÇON, **Secrétaire de Rédaction :** R. JEAN.

Biologie : P. NEPVEUX. — **Veines :** J. FOLLEREAU, R. CAPODURO, Mme C. LARY-JULLIEN. — **Cœur :** C. AMBROSI, J. BERTHIER, A. PITON. — **Dermatologie :** P. BAILLET, P. HARDY. — **Hépatologie et Gastroentérologie :** H. DANY, Mme GIRAULT, J. de la TOUR. — **Gynécologie :** Y. CANEL. — **Neuro-psychiatrie :** J.-C. DUBOIS, J. DUCROS †, L. VIDART. — **Pathologie ostéo-articulaire :** F. FORESTIER, J. FRANÇON, A. LARY, J. LOUIS. — **Pédiatrie :** J. CHAREIRE, R. JEAN. — **Néphrologie et Urologie :** J. COTTET, J. FOGLIERINI, J. THOMAS. — **Voies respiratoires :** A DEBIDOUR, R. FLURIN, J. MAUGEIS de BOURGUESDON. — **Etudes hydrologiques et thermales :** B. NINARD.

COMITE MEDICAL DES STATIONS THERMALES

Mme DELABROISE, G. EBRARD, G. GODLEWSKI, J. LACARIN.

Les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses n'engagent que les auteurs.

SYNDICAT NATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE

Éditeur : EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

15, rue Saint-Benoît - 75278 PARIS CEDEX 06

Tél. (1) 260.39.50 - C.C.P. 370-70 Paris

TARIFS DE L'ABONNEMENT

4 numéros par an

FRANCE : **125 F** — ETRANGER : **150 F**

Prix du numéro : **35 F**

JOURNÉE NATIONALE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

26 mars 1981

Allocution d'ouverture

J.Cl. DUBOIS
(Saujon)

Lorsque notre confrère de La Tour m'a transmis la présidence de notre société, j'ai affirmé mon intention de la consacrer à la recherche de notre spécificité bien que celle-ci ne soit pas dans le courant de la pensée médicale contemporaine. Mais je pense qu'un conformisme qui consisterait à renier notre identité serait une bien dangereuse faiblesse et que la sagesse la plus élémentaire exige que nous lui demeurions fidèles. On ne gagne jamais à se détourner de l'évidence. Or, en ce qui nous concerne, il est évident que notre action est différente de la plupart des options fondamentales de la thérapeutique moderne. Cette spécificité est faite d'un tronc commun qui en est l'élément essentiel et informe les divers aspects sous lesquels notre action se manifeste. Chaque station possède en effet des caractères qui la rattachent au thermalisme et par là lui assurent une ressemblance avec les autres stations, bien que les méthodes thérapeutiques qu'elle utilise l'en distinguent. C'est l'étude de ce double aspect de notre activité que notre société est appelée à déterminer : d'une part en quoi la médecine thermale se sépare de toute autre, d'autre part ce qui assure à chaque station son originalité personnelle.

C'est dans cet esprit qu'a eu lieu notre journée solennelle de l'an dernier consacrée à l'action des cures climatiques et thermales sur les maladies liées à une altération du terrain, du tempérament et de la personnalité. Après avoir envisagé les différents facteurs héréditaires et acquis qui intervenaient dans la constitution et l'évolution de ces instances, nous nous sommes efforcés de préciser par quels mécanismes particuliers les cures climatiques et thermales pouvaient modifier dans un sens favorable les désordres qui en dépendaient puis, poussant plus avant notre réflexion désormais centrée sur des problèmes de pratique quotidienne, nous avons déterminé les effets du thermoclimatisme dans ce domaine relativement aux atteintes des différents secteurs de l'organisme.

Cette année, la journée solennelle se déroulera dans une perspective identique. Elle sera consacrée à l'action des cures thermales et climatiques dans le domaine de la pathologie fonctionnelle ; ce chapitre, comme celui du terrain, du tempérament et de la personnalité, intéresse au premier chef cette branche de la thérapeutique, manifestement la plus apte à réduire les désordres qu'elle entraîne. Il est bien certain, en effet, et la séance d'aujourd'hui le confirmera comme l'a fait celle de l'an dernier, qu'à l'égard des maladies en relation avec des atteintes de cette nature, les thérapeutiques modernes sont le plus souvent non seulement inefficaces, mais encore néfastes en raison de leur puissance d'action génératrice d'une agressivité mal supportée par les sujets porteurs de telles affections. Le thermoclimatisme, qui leur procure dans un cadre de détente à caractère écologique une thérapeutique douce à action naturelle et progressive, répond au contraire aux exigences de leur sensibilité émoussée.

La journée débutera par un exposé général sur la pathologie fonctionnelle que le Professeur Cl. Laroche a bien voulu accepter de présenter, ce dont je le remercie vivement. Je pense que personne ne pouvait traiter mieux que lui cette introduction autour de laquelle tous les autres rapports s'ordonneront. En effet, il est sans conteste la personnalité du milieu médical français qui connaît le mieux, à la fois les problèmes relatifs à la médecine interne dont la pathologie fonctionnelle est l'un des chapitres primordiaux, et ceux relatifs au thermoclimatisme. En outre, son dévouement inlassable à notre cause et l'amitié dont il veut bien m'honorer m'assuraient de pouvoir compter sur son concours. Je m'en réjouis et suis certain que vous partagez tous la joie que j'ai de l'accueillir à nouveau parmi nous et de l'entendre.

Son rapport sera suivi d'exposés qui traiteront de la pathologie fonctionnelle dans les divers secteurs de l'économie sur lesquels le thermoclimatisme a une action bénéfique. Chacun sera l'objet de deux présentations dont la première traitera de la pathologie fonctionnelle dans le cadre du système considéré et la seconde des effets des cures climatiques et thermales sur ces désordres.

Sesont étudiées sous ce double aspect : les maladies de l'appareil intestinal ; les affections hépato-vésiculaires, rhumatologiques, gynécologiques, otorhinolaryngologiques, cardiovasculaires, urologiques et psychiatriques.

La séance du matin sera présidée par le Professeur Cottin ; celle de l'après-midi par le Professeur Delboy ; elle se terminera par une synthèse présentée par le Professeur Paccalin.

Pour chacun des chapitres traités, nous avons obtenu la participation de personnalités hautement qualifiées grâce auxquelles je suis certain que ces divers sujets seront abordés avec la compétence et la rigueur souhaitables. Je leur adresse à tous mes très vifs sentiments de gratitude pour leur précieuse collaboration grâce à laquelle cette journée connaîtra, j'en suis sûr, le succès qu'elle mérite.

A midi, nous aurons le grand honneur de recevoir la visite de Monsieur Jacques Barrot, Ministre de la Santé. Vous savez l'intérêt qu'il porte à notre activité ; c'est ce qui a récemment déterminé le gouvernement à prendre des mesures destinées à favoriser le développement du thermalisme. Déjà l'année dernière, Monsieur Jean Farge, Secrétaire d'Etat à la Sécurité Sociale, avait accepté de participer à ces mêmes travaux. Il avait tenu à l'égard du thermoclimatisme des propos engageants, porteurs de promesses et d'espoirs. Pour la première fois depuis de nombreuses années, ils se sont concrétisés par des actes qui peuvent nous laisser espérer de sortir enfin du tunnel dans lequel nous a plongés l'indifférence, sinon l'hostilité de nombreux milieux médicaux et administratifs. Il est certain que les mesures récentes sont encore insuffisantes et que, pour avoir un plein effet, elles doivent être complétées. Peu importe ; l'essentiel est qu'elles aient été prises, ce qui révèle un regain de crédit pour notre cause qui devrait ainsi connaître, dans les années à venir, un développement appréciable. Cela prouve aussi que les modes sont éphémères et qu'il ne faut jamais s'abandonner au désespoir lorsque leurs caprices sont contraires : leur propre est de changer ; c'est pourquoi vient un jour un vent favorable qui apporte enfin les effluves tant désirées. Il n'est pas illogique de penser, en fonction des événements que nous venons d'évoquer, que ce changement est en train de se réaliser. Je le souhaite évidemment comme vous tous, et c'est sur cette note d'espérance que je vais céder la parole aux orateurs.

Réception de Monsieur Lacronique, représentant de Monsieur Jacques Barrot, Ministre de la Santé

Allocution

J.Cl. DUBOIS
(Saujon)

Monsieur,

Mes confrères et moi-même sommes très heureux de vous accueillir et sensibles à l'honneur que vous nous faites en participant à nos travaux. Votre présence parmi nous confirme l'intérêt que témoigne Monsieur Barrot au thermoclimatisme, intérêt manifesté depuis quelques années par les ministres de tutelle de cette activité, puisqu'il y a deux ans Madame Weil, et l'année dernière Monsieur Farge, nous ont fait l'honneur d'assister comme vous le faites aujourd'hui à cette même journée solennelle.

Cet intérêt s'est récemment concrétisé par les mesures que, sous l'impulsion de Monsieur Barrot, le Gouvernement vient de prendre à l'égard de cette activité. Les membres de la Société d'Hydrologie y sont très sensibles parce que d'une part, ces mesures révèlent que pour la première fois depuis de nombreuses années la situation très difficile du thermalisme français est effectivement prise en considération et que d'autre part elles devraient assurer un regain substantiel d'activité pour celui-ci dans les années à venir.

L'année dernière, j'avais eu ici même l'occasion de faire état à Monsieur Farge des problèmes particulièrement inquiétants auxquels doit actuellement faire face le thermoclimatisme en France. Ces problèmes ont créé une véritable situation de détresse, d'autant plus douloureuse qu'elle succède à une période de prestige qui a duré jusqu'à la dernière guerre mondiale et qu'elle ne correspond à aucune réalité objective.

En effet, le thermalisme a rempli jusqu'à maintenant sa mission dans des conditions de qualité qui à aucun moment n'ont connu de fléchissement et il a conservé dans le cadre de la thérapeutique un rôlel essentiel dont la disparition priverait de nombreux malades des soins dont ils ont besoin. Il est donc étonnant que sa nécessité soit mise en doute papr une partie importante du corps médical. Cette attitude est la conséquence d'un certain conformisme selon lequel seul est valable le modèle américain de la médecine qui n'accorde pas de crédit aux cures thermales pour la raison très simple qu'il n'en existe pas dans leur pays. Elle découle également des progrès récents de la thérapeutique qui ont fait croire à de nombreux médecins que les traitements utilisés antérieurement à ces découvertes étaient désormais sans intérêt. Il s'agit d'une erreur profonde dont nous constatons, nous médecins thermaux, les méfaits quotidiens. S'il est vrai que ces traitements modernes ont transformé l'évolution d'un grand nombre d'affections, ils sont loin de le faire pour toutes et il demeure un nombre considérable de malades pour lesquels la cure thermale reste la thérapeutique la mieux adaptée et la plus efficace. La preuve la plus manifeste de cette réalité est le maintien, malgré les dispositions d'une partie du corps médical à son égard et les mesures restrictives dont il est l'objet de la part de la Sécurité Sociale, d'une fréquentation très honorable : en effet, si pour l'ensemble de cette activité le chiffre global n'a pas subi de régression, il a, pour certaines stations, connu ces dernières années une très forte augmentation. Cela révèle que les malades ressentent à la suite de ces cures une amélioration suffisante pour les inciter à poursuivre une thérapeutique qui leur demande de gros sacrifices personnels, non seulement en temps consacré

à se soigner, mais encore en participation financière à cause du caractère partiel et modique des prestations prises en charge par la Sécurité Sociale. Assurer le développement du thermalisme est donc un devoir pour ceux dont la mission est d'apporter une solution valable et efficace aux multiples problèmes posés par la santé des Français.

Des mesures sont donc indispensables, dont les plus urgentes touchent à l'enseignement de l'hydrologie et aux conditions de prise en charge des cures thermales par la Sécurité Sociale. En 1940, en effet, chaque faculté de médecine était dotée d'une chaire d'hydrologie, matière qui faisait partie de l'examen de thérapeutique. Depuis 1946, ces chaires disparaissent l'une après l'autre au point que, si cette évolution se maintient, il n'en restera plus dans quelques années. L'hydrologie n'est en outre qu'une matière facultative dans un certificat optionnel de thérapeutique, de telle sorte que les jeunes médecins, à de très rares exceptions près, ignorent tout de cette matière. Quant aux conditions de prise en charge par la Sécurité Sociale, les modalités administratives qui les réglementent ont un caractère manifestement dissuasif.

Or, c'est précisément sur ces deux points que portent les mesures envisagées.

Ce n'est pas le lieu d'entrer dans le détail de ces mesures, ni d'en faire une analyse critique afin de voir si elles répondent totalement aux exigences de la situation ni comment elles peuvent éventuellement être améliorées. Ce qui importe, c'est qu'elles aient été prises, décisions qui confirment que les propos avantageux qu'avaient émis l'année dernière ici même Monsieur Farge à l'égard du thermalisme n'étaient pas que de circonstance. Telles qu'elles sont, elles devraient d'ores et déjà favoriser le renversement du courant de pensée contraire à notre activité. Si, comme je le pense, un tel mouvement a lieu, il est appelé à avoir des conséquences considérables, non seulement sur l'activité thermale, mais encore sur l'activité médicale en général. Le thermalisme représente en effet, dans le cadre de la thérapeutique, une activité de tradition et de progrès. De tradition, c'est l'évidence même. Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire de la médecine, le traitement par les eaux minérales apparaît comme l'une des modalités essentielles retrouvée à toutes les époques et dans toutes les civilisations. Une telle constance est indiscutablement confirmative de son efficacité, car le temps qui juge de toutes choses selon une objectivité dégagée de toute composante passionnelle l'aurait condamnée à disparaître s'il en était privé. De progrès, parce qu'en fonction de leurs constatations quotidiennes les médecins thermaux ne cessent d'améliorer les modalités d'utilisation des eaux minérales pour chaque catégorie de malades, et de préciser les indications et la place du thermalisme dans le cadre de la médecine. Il en résulte qu'il évolue parallèlement à la thérapeutique, cherchant constamment à s'adapter aux besoins nouveaux qui résultent de son progrès. C'est ainsi qu'il joue dès maintenant un rôle essentiel dans des chapitres nouveaux de celle-ci comme la pathologie iatrogène, la rééducation fonctionnelle, l'éducation sanitaire, le traitement des affections secondaires aux stress de la civilisation urbaine et industrielle, liste non exhaustive et manifestement non close. Ce serait donc un très grand dommage pour le bien de tous de maintenir dans l'ombre un domaine si considérable et, par une méconnaissance coupable de sa valeur, de l'empêcher de remplir la mission qui lui incombe.

La reprise en considération de cette branche de la médecine a une autre conséquence sur laquelle il me paraît également important d'insister : la raison première de la médecine thermale est l'utilisation, dans une perspective thérapeutique, d'eaux minérales dont les effets pharmacodynamiques ont été précisés au cours d'études expérimentales poursuivies par d'éminentes personnalités du corps médical dans des travaux d'une grande rigueur scientifique. Mais à cette action, le thermalisme ajoute, et là réside une autre de ses particularités essentielles, celle d'un environnement bénéfique et d'une relation médecin-malade d'une qualité toute spéciale.

Le remettre en valeur, c'est très directement insister sur l'importance, pour le retour et le maintien de la santé, d'un environnement à caractère écologique et d'une relation entre le médecin et le malade de nature libérale. Nous savons, Monsieur, combien Monsieur Barrot est convaincu qu'une bonne médecine est nécessairement corrélative de l'une et de l'autre. Soutenir le développement du thermalisme, c'est indiscutablement lui accorder le crédit sans lequel une politique de santé ne peut avoir toute sa plénitude. Vous venez de nous confirmer votre intention d'agir dans ce sens. Nous ne doutons pas qu'en fonction de vos options personnelles, dont vous avez à plusieurs reprises fait part au corps médical, vous poursuivrez dans cette voie. Nous nous en réjouissons, non seulement pour le bien du thermalisme, mais encore pour celui de la santé des malades qui est, pour vous comme pour nous, notre raison d'être.

La pathologie fonctionnelle

Cl. LAROCHE *, O. PAJOT
(Paris)

Si l'on demande à un généraliste quelle est la pathologie la plus couramment observée dans sa clientèle, en dehors des épidémies saisonnières d'infections de type grippal, la réponse est : près de la moitié de malades fonctionnels ; et cette constatation quelque peu désabusée s'accompagne en général d'un léger haussement des épaules qui marque à la fois une certaine impuissance, une lassitude et peut-être surtout la crainte plus ou moins consciente de répondre difficilement et insuffisamment à l'attente exprimée pourtant par un grand nombre de ces patients.

Si l'on parcourt un traité de thérapeutique thermale, on trouvera dans tous les chapitres l'action privilégiée de la crénothérapie sur les phénomènes douloureux, les manifestations spasmodiques et les séquelles plus ou moins pénibles des affections dites organiques. Dans ce dernier cas, les auteurs insistent sur la complémentarité des traitements thermaux dans ces maladies qui auront été traitées à leur stade aigu par la chimothérapie, au sens très large du terme, ou par la chirurgie.

On comprend donc pourquoi la Société d'Hydrologie a pris pour thème de ses réflexions la pathologie fonctionnelle ; mais ce terme est en fait très ambigu et recouvre des réalités bien différentes : qu'y a-t-il de commun, en effet, entre une colopathie spasmodique, un état migraineux, un état névrotique ou des séquelles d'une phlébite ou d'une fracture ? Le lien entre ces divers états pathologiques ne paraît pas évident a priori ; et pourtant, il doit bien exister puisque leur parenté est affirmée par la même dénomination de « fonctionnelle ». On parlera en effet de séquelles fonctionnelles devant la boiterie douloureuse consécutive à une fracture de jambe ou une oligodystrophie succédant à une entorse du genou, mais non devant une pseudarthrose, séquelle de la même fracture ou l'ankylose totale d'un genou après une tumeur blanche.

Au terme de fonctionnel s'attachent donc, avant tout, deux notions de réversibilité et de souffrance qui s'opposent au caractère définitif, acquis, irréversible de la lésion organique dont le caractère plus ou moins douloureux s'estompe derrière l'évidence de la lésion elle-même ; mais aussi, en arrière plan, se profile une interrogation à laquelle il est bien souvent difficile de répondre : pourquoi ce malade est-il si gêné par les séquelles de sa fracture ou de son entorse alors que tel autre, soumis au même traumatisme, atteint des mêmes lésions anatomiques et radiologiques, a repris une marche normale en quelques semaines et ne s'en plaint plus guère ? C'est essentiellement cette composante mal définie et difficile à mesurer, puisque la souffrance n'est pas mesurable, que l'on qualifie de fonctionnelle ; et c'est elle qui met le médecin si souvent mal à l'aise. Que représente pour le malade la pathologie fonctionnelle et comment peut y répondre le médecin ? Telles sont les deux grandes questions auxquelles nous essaierons de répondre dans cet exposé.

Les définitions du dictionnaire Larousse sont déjà lourdes de sens ; on y lit en effet :

— *Fonction.* — Dans l'économie animale et le langage ordinaire, bien manger, bien digérer, bien dormir.

— *Fonctionnel.* — En physiologie, qui a rapport aux fonctions du corps, troubles fonctionnels.

D'emblée, on peut remarquer que ces définitions font référence à l'économie animale et donc à des organismes vivants, capables de souffrir car doués d'organes sensibles beaucoup plus élaborés que dans le règne végétal, du moins aux yeux du commun. On remarque aussi la citation « faire bien ses fonctions » avec une notion de bien-être, antinomique de souffrance.

* Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75674 PARIS CEDEX 14.

Le trouble fonctionnel est donc caractérisé par la perturbation des fonctions normales dans une perspective globale ; on peut dire que le trouble fonctionnel est celui qui empêche de « bien-vivre » : il attente à la qualité de la vie plus qu'il ne représente un phénomène franchement pathologique.

Dans le langage médical, le qualificatif de « fonctionnel » a pris en fait une signification beaucoup plus étroite : il ne s'applique qu'à une perturbation réversible d'une fonction de l'organisme, alors que le trouble organique correspond à une lésion anatomiquement bien définie et en général non spontanément curable d'un organe.

Or cette définition, très restrictive, est loin d'être évidente : l'ictère de la maladie de Gilbert est bien lié à un trouble d'une des fonctions de la cellule hépatique : celle de capter la bilirubine grâce à une glycurono-conjugaison ; il ne s'accompagne d'aucune lésion cellulaire visible au microscope, et pourtant on ne donnera pas l'étiquette de « fonctionnel » au sujet présentant cette anomalie familiale d'origine génétique.

A l'opposé, on parlera volontiers d'asthme fonctionnel chez un sujet présentant des crises de bronchoconstriction, parfaitement mesurables par les tests de ventilation, mais qui sont déclenchées par une émotion ou un stress psychologique quelconque, et non par l'exposition à un allergène bien déterminé.

Ces deux patients ont une pathologie fonctionnelle, au sens physiologique du terme, puisqu'un organe, le foie ou l'arbre bronchique, voit ses fonctions perturbées sans lésion organique visible, mais seul le second sera considéré comme un malade « fonctionnel » au sens commun du terme.

En endocrinologie, on classera les hyperthyroïdies, qu'il s'agisse d'adénomes toxiques ou de maladies de Basedow, parmi les affections organiques parce que le corps thyroïde est le siège d'une hyperplasie cellulaire localisée ou diffuse et que les dosages hormonaux révèlent une augmentation des hormones thyroïdiennes dans le plasma. De plus, les endocrinologues insistent sur le caractère autonome de l'hyperactivité thyroïdienne qui échappe aux mécanismes physiologiques de la régulation hypothalamo-hypophysaire. Par contre, les états para-basedowiens, qui peuvent s'accompagner de nervosité, d'instabilité, de tachycardie et même d'un petit goitre, seront qualifiés de fonctionnels car il n'existe pas de véritable thyréotoxicose ; les dosages hormonaux sont grossièrement normaux et surtout, les épreuves de freination et de stimulation par la T_3, la thyréostimuline ou le TRH d'origine hypothalamique prouvent la conservation d'un rétrocontrôle normal : ces états, souvent contemporains de la puberté, vont guérir spontanément ou sous l'effet d'une médication neurosédative. La présence d'un petit goitre prouve pourtant bien l'existence d'un trouble de l'hormonosynthèse thyroïdienne dont l'interrogatoire révèle souvent le caractère héréditaire.

De même, il est fréquent de constater l'apparition de vergetures violacées sur la paroi latérale de l'abdomen et la poitrine chez les jeunes filles, au moment de la poussée pubertaire, de même qu'au cours des prises de poids rapides chez certains obèses : ces signes cutanés témoignent d'un hypercorticisme transitoire mais, si l'élimination urinaire des glucocorticoïdes peut être élevée, les épreuves de freination des corticosurrénales sont normales et le taux du cortisol plasmatique s'effondre après administration de Dexaméthasone. Il n'existe donc ni hyperplasie, ni adénome surrénalien et ces états d'hypercorticisme fonctionnel n'ont ni le profil biologique, ni le pronostic de la maladie de Cushing.

Dans un tout autre domaine, celui de l'appareil locomoteur, on classera dans la pathologie organique, non seulement les fractures, les entorses, les déchirures ligamentaires ou les lésions ostéo-articulaires inflammatoires ou dégénératives, c'est-à-dire les arthrites et les arthroses ; mais à partir du moment où les troubles sont réversibles par la kinésithérapie, les massages ou les thérapeutiques thermales, on parlera de rééducation fonctionnelle ; en effet, il ne s'agit plus de corriger seulement une lésion organique mais de rétablir la valeur fonctionnelle d'un membre touché de paralysie motrice ou d'une articulation dont les mouvements sont limités par les douleurs ou par la gêne consécutive à l'immobilisation ou à des rétractions tendineuses.

En matière d'expertise, l'incapacité permanente partielle d'un sujet tiendra compte, d'une part des séquelles : cal osseux, raccourcissement d'un membre, limitation des mouvements d'une articulation etc., et des troubles dits fonctionnels, c'est-à-dire des douleurs et de la perte de fonction du membre ou de l'articulation.

Cet exemple montre bien l'intrication de l'organique et du fonctionnel et la difficulté que nous avons souvent à délimiter ces deux domaines, puisque les séquelles organiques et fonctionnelles sont bien toutes consécutives au même accident dont la nature organique n'est pas niable ; mais le raccourcissement d'un membre sera directement mesurable, tandis que l'importance de la gêne fonctionnelle est toujours difficile à préciser puisqu'elle dépend d'une composante subjective qui est le degré de souffrance du malade, ainsi que de facteurs tels que l'âge ou la profession du sujet : il est évident que la même fracture peut avoir des conséquences fonctionnelles bien différentes chez un intellectuel ou un travailleur de force.

Enfin, il y a longtemps que Leriche a battu en brèche cette distinction entre le fonctionnel et

l'organique à propos des phénomènes douloureux et des affections vasculaires. Un exemple frappant est celui du spasme artériolaire du syndrome de Raynaud : les phénomènes ischémiques restent du domaine du fonctionnel tant qu'il ne s'agit que d'une ischémie passagère des doigts, déclenchée par l'exposition au froid, mais la maladie devient organique dès qu'apparaissent des lésions nécrotiques, avec gangrène des extrémités.

De même, on a longtemps parlé d'angor fonctionnel lorsqu'il n'existait pas de lésion coronarienne évidente, mais les progrès de l'électrocardiographie, puis les artériographies coronariennes ont montré que la mème douleur angineuse pouvait correspondre à un simple spasme vasculaire ou à des lésions artérielles d'importance et de diffusion très variables.

Qui parlerait maintenant d'angor fonctionnel devant un angor de Prinzmetal dont le pronostic est particulièrement grave mais où le rôle du spasme est pourtant prédominant ?

Enfin, le caractère de bénignité du trouble fonctionnel n'a qu'une valeur bien relative car des céphalées ou des dorsalgies, sans substratum organique décelable, peuvent ètre beaucoup plus invalidantes que maintes affections organiques.

En fait, les médecins ont souvent l'habitude d'étiqueter « fonctionnels » les troubles dont ils ne sont pas capables de déterminer le mécanisme ; et le terme de « fonctionnel » comme celui d'« essentiel » est très souvent un cache-misère qui ne fait que traduire l'insuffisance de nos connaissances. Cette attitude correspond non seulement à une réaction inconsciente du sujet vis-à-vis d'une pathologie mystérieuse qui heurte l'esprit organiciste du médecin, mais aussi à une sensation d'échec par rapport à des désordres dont il ne décèle pas la cause exacte, qu'il ne peut donc être sûr de soulager par sa pharmacopée et devant lesquels il ressent péniblement les limites de son savoir. Ce sentiment d'échec s'exprime d'ailleurs souvent par la demande d'examens complémentaires répétés traduisant la crainte de ne pas déceler une lésion organique qui se cacherait derrière le flou de la pathologie fonctionnelle.

L'attitude du médecin devant la pathologie fonctionnelle — car c'est bien d'une attitude dont il s'agit, et non d'une appréciation objective — s'explique sans doute par l'évolution de la science médicale. L'ensemble de nos connaissances médicales a reposé, jusqu'à un passé très récent, sur deux piliers : la méthode anatomoclinique de Laennec et la médecine expérimentale de Cl. Bernard. Laennec, dont nous fêtons cette année le bicentenaire, a tiré la médecine de l'empirisme et de l'occultisme en rattachant les signes cliniques des diverses maladies à des lésions bien définies des organes, et ce tout d'abord pour le poumon, grâce aux données apportées par l'auscultation, la palpation et la percussion de la cage thoracique. Cl. Bernard a soumis la description des phénomènes vitaux à une analyse sans faille et, sans mésestimer pour autant la valeur des hypothèses, a appris aux médecins à ne considérer comme valables que les données objectives apportées par les méthodes chimiques.

Les travaux de Pasteur et les découvertes biochimiques ont ensuite fait entrer dans le domaine médical ce que Foucault appelle « l'invisible », avec les germes microbiens puis la description de plus en plus affinée des métabolismes cellulaires ; mais notre pédagogie universitaire, profondément marquée par cette méthodologie scientifique, imprime encore à l'étudiant une formation beaucoup trop exclusive d'organiciste. S'y ajoute, à vrai dire, l'erreur fondamentale d'un cartésianisme mal compris qui veut séparer totalement le soma et la psyché, le corps et l'âme, et aboutit à une dichotomie de la médecine où l'on ne tient plus compte que des données objectives de l'examen clinique et des résultats des examens complémentaires, en faisant abstraction du contexte psychologique sans lequel on ne peut évidemment pas envisager l'individu dans sa globalité.

C'est ainsi que, trop souvent, nous qualifions de « fonctionnels » les troubles dont nous ne pouvons préciser la physiopathologie et où nous suspectons des mécanismes mettant en jeu le système nerveux, pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire l'activité psychique et le système neurovégétatif. Or, nous connaissons de mieux en mieux les relations biochimiques qui relient ce système nerveux et les différents organes et fonctions de l'organisme. Si les physiologistes ont découvert, au début du siècle, les médiateurs chimiques des systèmes sympathique et parasympathique, ce n'est que très récemment qu'ont été mis en évidence ceux du système cérébral, avec la sérotonine, la dopamine et, depuis quelques années, les encéphalines et les endorphines.

Cette dernière découverte est assez importante pour que nous nous y arrêtions un moment. En 1973, ont été découverts dans le cerveau des récepteurs cellulaires sur lesquels se fixent électivement les opiacés. Cette découverte suggérait l'existence de substances endogènes correspondantes et, dès 1975, Hugues et Kosterlitz isolaient dans le tissu cérébral deux pentapeptides, la méthionine et la leucine-encéphaline. En 1976, l'équipe de Guillemain isolait dans l'hypophyse des polypeptides voisines, les alpha- et gamma-endorphines et Li identifiait la bêta-endorphine qui semblait dériver de la bêta-lipotropine, hormone hypophysaire qu'il avait découverte en 1964 et provenait du clivage de la « big ACTH ». Les propriétés de ces substances, sécrétées dans le tissu nerveux, dépassent largement le cadre de l'analgésie de

type morphinique. L'injection de bêta-endorphine dans le ventricule cérébral du rat détermine un état catatonique avec akinésie, que l'on peut rapprocher de certains aspects de la schizophrénie. Par ailleurs, il a été montré que les médicaments utilisés dans le traitement des psychoses et qui bloquent les récepteurs dopaminergiques, provoquaient une accumulation d'encéphalines dans les structures striées et d'autres zones du cerveau. Il est donc probable que ces substances, de même que la sérotonine et les amines endogènes, jouent un rôle important dans la pathogénie de certains états dépressifs et maniaques. En outre, la démonstration de récepteurs aux benzodiazépines suggère l'existence d'une ou plusieurs autres substances endogènes non encore isolées, avec lesquelles ces produits entrent en compétition : l'identification de ces substances permettra peut-être de mieux connaître le substratum biochimique de l'anxiété, donc de déboucher sur une explication et un traitement pharmacologique plus spécifique de certains états névrotiques.

Les découvertes physiologiques et pharmacologiques, même si elles permettent de mieux comprendre les relations entre l'activité du système nerveux et les diverses fonctions de l'organisme feront-elles disparaître pour autant la pathologie dite fonctionnelle ? Nous ne le pensons pas, car ce serait méconnaître la distinction fondamentale qui existe entre l'esprit et le cerveau, le premier correspondant à la psyché et le second n'étant qu'un organe faisant partie intégrante du soma. Ce serait là une conception organiciste du psychisme, dans un sens pour le moins très réducteur, voire dépassé. Et c'est pourtant à ce titre que certains tenants de la psychochirurgie ont cru pouvoir résoudre les conflits de la psyché en intervenant directement par des ablat'ons diverses sur le cerveau. Ainsi la lobotomie préfrontale, reléguée dans la période après guerre à cause du relent d'idéologie eugéniste qu'elle véhiculait, réapparaît à l'heure actuelle aux Etats-Unis sous le nom de cingulotomie.

A quoi correspond donc cette pathologie fonctionnelle que l'on a trop souvent tendance à confondre avec la médecine psychosomatique ?

On ne saurait la confondre avec la plainte de l'hypocondriaque, chez qui règne de façon pathologiquement névrotique une constante et excessive anxiété au sujet de sa santé. Bien qu'il n'y ait pas de terrain à proprement parler anatomique, l'hypocondrie est tenace, voire chronique, apparemment insensible aux modifications extérieures.

D'aucuns identifieraient volontiers la pathologie fonctionnelle à l'hystérie, oubliant peut-être que cette dernière, bien qu'elle présente des tableaux cliniques très variés, se rattache essentiellement à deux formes symptomatiques bien définies :

— d'une part, l'hystérie de conversion dans laquelle un affect refoulé, qui ne peut accéder à la conscience sans réaction d'angoisse, trouve un échappatoire corporel, une sorte de compromis, en se convertissant de façon symbolique à la manière d'un langage, dans des symptômes divers, paroxystiques, comme une crise émotionnelle avec théâtralisation, ou à effet durable telles des anesthésies, des lombalgies, des paralysies, des sensations de « boule pharyngienne » etc. ;

— d'autre part, l'hystérie d'angoisse, plus connue sous le terme phobie, dans laquelle le sujet, afin d'éviter la peur de ses propres pulsions, substitue à leur objet un objet extérieur symbolique, apparemment dérisoire, dont la signification lui reste inconsciente. L'affect n'est pas converti, il est déplacé.

Dans les cas d'hystérie, nous avons toujours affaire à un *fonctionnement* psychique, là encore pathologique, où l'on retrouve une importante émotivité, un goût de la mise en scène, une véritable érotisation des situations relationnelles (en particulier de la relation soignant-soigné), la fréquente prolifération des identifications, en définitive l'importance des mécanismes de refoulement.

Les conséquences en sont toujours pénibles pour le médecin, sans cesse mis en situation d'échec thérapeutique, avec l'impression de « ne pas en sortir » et d'être entraîné dans une relation qu'il assume ou maîtrise difficilement. Elles sont parfois dramatiques pour le malade, à l'instar du syndrome de Munchhausen, ou des polyopérés, c'est-à-dire de ces malades qui occupent une partie de leur vie à se faire hospitaliser pour de prétendues affections diverses : certains subissent des interventions strictement inutiles et changent même de nom pour faciliter leur « carrière » dans les hôpitaux. Nous avons ainsi hospitalisé à l'hôpital Cochin un malade qui avait subi plusieurs interventions abdominales et de nombreuses investigations pénibles. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, et alors que nous lui avions longuement expliqué que ses douleurs abdominales étaient liées à une colopathie spasmodique, sans lésion organique décelable par les radiographies et la coloscopie, il a téléphoné à l'un de nous pour lui demander l'adresse du « meilleur spécialiste de l'artériographie cœliaque » ; il avait déjà subi peu de temps auparavant cet examen.

Enfin, à l'heure actuelle, on parle beaucoup de psychosomatique. Pour certains, la psychosomatique apparaît comme une terre promise de réconciliation entre une médecine du corps et une médecine de l'esprit. Pour d'autres, la psychosomatique est un vaste fourre-tout où se retrouvent en vrac les symptômes et les perturbations de la vie psychique émotionnelle et affective. En vérité, la psychosomatique recouvre un champ opérationnel

défini : elle répond au retentissement somatique de certains états affectifs, par exemple l'accès de spasmophilie ou d'asthme à l'occasion d'une émotion ou la poussée d'ulcère gastro-duodénal ou de colite ulcéreuse déclenchée par un stress. Ces exemples montrent bien le caractère déclenchant du facteur psychique mais aussi l'existence d'un processus somatique préexistant ou d'un terrain privilégié, qu'il s'agisse d'une spasmophilie latente, d'une constitution allergique dont nous connaissons bien les bases immunologiques, ou d'une affection digestive. L'utilisation même du terme de maladie psychosomatique laisse bien entendre une étiologie particulière sous-jacente et postule pour un modèle clinique spécifique. Les importants travaux d'Alexander et de l'Ecole de Chicago depuis 1932 ont été les premières recherches collectives systématiques en ce domaine. En Argentine, le psychanalyste Garma travailla sur les ulcéreux. En France, Brisset, Haynal, puis l'actuelle Ecole de Paris avec Marty, de M'Uzan, Fain et David, ont bien élaboré le concept clinique de « pensée opératoire »... Le pluralisme des différentes recherches en ce domaine nous montre qu'en fin de compte, il serait plus adéquat de parler de pathologie psychosomatique, plutôt que de maladie psychosomatique ; il y a toujours la mise en évidence d'une structure, mise en place dans une diversité de mécanismes de somatisation. Certains de ces mécanismes sont bien connus, d'autres très mal. Mais nous savons qu'en règle générale, le plus grand nombre de ces mécanismes produisent des troubles somatiques qui sont liés à la vie émotionnelle. Ceci est d'autant plus intéressant que ce n'est pas sans analogie avec la pathologie animale (par exemple l'insuffisance surrénale aiguë, les ulcères digestifs de contraintes), et certains se demandent si la pathologie psychosomatique ne constituerait pas, dans l'espèce humaine, et sous une forme certes très complexe, un résidu phylogénétique d'une organisation de réponse de l'organisme à des dangers et des souffrances psychologiques.

Pour beaucoup, la pathologie fonctionnelle est synonyme de névrose et la tentation est grande alors, soit de considérer ce patient comme un malade imaginaire, soit de l'orienter rapidement vers une consultation de psychologie ou de psychiatrie.

Rappelons-nous ce qu'on entend par « névrose » : au cours de son développement physiologique, émotif et affectif, le petit enfant est amené à se confronter à des situations de besoin, de dépendance, de nécessité. Les réponses apportées à ces sollicitations seront multiples : parfois l'enfant sera comblé, parfois il y trouvera une satisfaction partielle, parfois il en sera totalement privé. Il devra s'accommoder de l'une ou l'autre de ces réponses. Ce qui n'aura pu être satisfait totalement devra donc être laissé pour compte, c'est-à-dire refoulé. D'ores et déjà, nous pouvons donc constater que tout individu, quel qu'il soit, est un refoulé. Personne, en effet, n'a pu trouver tout au long de son élaboration individuelle une parfaite et totale satisfaction dans tous les domaines. Autre chose est la répétition d'une réponse inadéquate aux besoins de l'enfant qui, si elle se prolonge et devient trop douloureuse, va finir par former une structure de protection par rapport à une réalité quotidienne trop difficile à supporter. Cette structure, selon les individus, l'entourage familial et affectif, va avoir des configurations symptomatiques diverses : ce sont les névroses. En tant que moyen de défense, elles sont pour la personne nécessaires, ce qui nous explique la difficulté pour elle d'y renoncer rapidement. Ce n'est que lorsque ce moyen de protection deviendra à son tour inadapté à la réalité, qu'il fera souffrir, à l'instar d'une chaussure trop petite, et que cette souffrance dominera les raisons qui avaient nécessité une protection, que l'individu pourra envisager avec l'aide de quelqu'un d'y renoncer.

Sur un plan plus général, on peut même dire que la réaction névrotique est un moyen de défense contre les agressions psychologiques, de même que la douleur n'est qu'un des aspects de la sensibilité commune à tout individu et qu'elle est un moyen de défense contre les agressions extérieures. Nous connaissons d'ailleurs bien les accidents qui guettent à court terme les sujets privés à la naissance de toute terminaison nerveuse sensitive.

En définitive, nous comprenons que si tout individu est refoulé, il n'est pas pour autant, psychopathologiquement, un névrosé.

Qu'en est-il, en fin de compte, du malade fonctionnel ? Lorsque nous écoutons le discours de ces patients, nous remarquons qu'il existe toujours quelque part un mal à vivre et une souffrance, dont l'origine n'est pas obligatoirement une douleur. Tel patient, qui vient consulter pour des douleurs lombaires, « en a plein le dos » d'une vie professionnelle et sociale pénible. Tel autre, qui a des aigreurs d'estomac, n'arrive pas à « digérer » les soucis de son entourage. Tel autre, enfin, étouffe dans une relation conjugale qui lui « pompe l'air ». Il est toujours, dans cette démarche, fait état d'un trop plein, d'une surcharge de la vie émotionnelle et affective. Tout se passe comme si le patient actualisait en quelque sorte son mal à vivre et qu'il subissait une souffrance trop lourde pour être, à un moment donné, supportée. Or, ce faisant, il fait appel à un mode d'expression et de communication qu'il a bien connu à un moment de son existence : l'enfance. A cette période de la vie, en effet, le corps qui fut le support privilégié de la relation entre la vie affective et la vie biologique, a pu être utilisé par l'enfant comme le langage d'une souffrance, voire d'une détresse, d'abord rattachée

à une relation de soin parental, perturbée ou déficient. On dit alors qu'il somatise, et c'est d'ailleurs pour cette raison qu'une trop grande carence affective peut alors développer une maladie non réversible. Les pédiatres connaissent bien les troubles liés aux carences affectives profondes et on ne peut nier que celles-ci peuvent entraîner le développement de troubles fonctionnels qui font le lit de lésions organiques sur un terrain prédisposé, comme chez l'asthmatique par exemple. Il est évident que c'est une tâche difficile, pour le praticien, de faire la part respective du fonctionnel et de l'organique ; pour prendre un exemple, si la vue d'une fleur artificielle déclenchait chez Proust une violente crise d'asthme, il est probable que des tests allergiques auraient révélé chez lui l'existence d'une allergie pollinique qui pourrait être actuellement traitée par une cure de désensibilisation spécifique.

Bien plus, il est souvent trop facile de se retrancher derrière le diagnostic de maladie « fonctionnelle » lorsque nos investigations ne nous permettent pas d'aboutir à un diagnostic satisfaisant. Il est commun de dire que les fonctionnels font souvent les maladies les plus graves, parce qu'en réalité l'abondance des descriptions faites par le malade rend encore plus difficile et parfois trop tardive la découverte de lésions organiques en quelque sorte camouflées par le contexte fonctionnel.

En venant consulter son médecin, le malade dit « fonctionnel » vient donc d'abord lui demander une relation de soin et d'aide à une *souffrance*. Il est dans une situation de besoin, il demande une prise en charge. C'est ainsi que le médecin, bien que de prime abord à la recherche d'une *douleur* objective, est d'emblée impliqué dans une relation subjective, qu'il veuille ou non la reconnaître. Systématiser et multiplier des investigations, adresser rapidement le malade chez le psychiatre ou le psychothérapeute, c'est d'une part lui refuser cette relation thérapeutique qu'il sollicite, et d'autre part vouloir référer à une structure clinique un mal-être qui, comme nous l'avons vu, n'est pas seulement une organisation psychique particulière. C'est la raison pour laquelle le médecin devrait s'interroger sur ses possibilités et ses résistances face à la prise en charge du malade fonctionnel, face au retentissement somatique des troubles affectifs et émotifs, sans pour autant infantiliser le patient par une attitude paternaliste et, par conséquent, l'enfermer dans une situation de dépendance. Le médecin n'est pas qu'un spécialiste de la douleur ; ce serait réduire considérablement sa prise en charge et son intervention thérapeutique. A l'encontre d'une médecine hyperspécialisée qui morcelle le corps dans une juxtaposition d'organes, la médecine interne tente de restaurer l'intégration de l'individu et c'est pour cette raison qu'elle doit se situer résolument dans la perspective d'une implication thérapeutique, c'est-à-dire dans l'ouverture d'une dynamique de la relation. C'est à ce prix que la médecine interne est une véritable médecine de l'homme. A ce titre, elle se situera toujours dans une redécouverte incessante et constamment novatrice.

La médecine thermale, par la médiation thérapeutique qu'elle met en œuvre, devrait en être une évidente démonstration. Elle a pour cela plusieurs atouts majeurs : le fait, tout d'abord, de venir en complément des autres médications, avec un arsenal thérapeutique ne comportant pas de produits chimiques et produisant donc moins d'effets *iatrogènes* ; or, nous savons combien, dans les affections subaiguës ou chroniques, la multiplication des médications est dangereuse : le classique « Primum, non nocere » est dans ce contexte particulièrement nécessaire et, dans certains cas, le traitement thermal permet de rompre de véritables cercles vicieux : qu'il s'agisse de l'abus des sympathomimétiques ou de la corticothérapie chez un asthmatique ou un eczémateux, de l'emploi exagéré d'anti-inflammatoires chez un arthrosique, etc.

Par ailleurs, nous avons assez souvent insisté sur l'importance d'une modernisation du thermalisme, avec l'application de techniques physiques actualisées et propres à chaque affection, pour nous permettre d'insister sur les effets généraux de la crénothérapie, qu'il s'agisse de son action sédative sur le système neurovégétatif, ou des modifications biologiques qui ne peuvent être niées, même si leur étude ou leur compréhension restent encore trop souvent imprécises.

Enfin, la cure thermale représente une rupture avec le milieu habituel, l'occasion d'un repos, d'une réflexion personnelle sur la maladie, souvent même d'une remise en question du mode de vie. L'éducation sanitaire fait partie intégrante de la tâche du médecin thermal, qu'il s'agisse de l'arrêt du tabac chez un bronchitique, d'une meilleure diététique chez un sujet atteint de diabète, de dystonie biliaire ou colique, ou de la reprise d'exercice physique, dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle bien appliquée.

Si tout acte médical et tout geste thérapeutique comporte une relation interpersonnelle dont l'effet placebo est une des preuves les plus irréfutables, la cure thermale représente sans aucun doute un moment privilégié pour permettre au malade fonctionnel d'exprimer sa demande en général informulée ou même inconsciente, et au médecin de la percevoir et d'essayer d'y répondre. On pourra objecter que telle est la tâche de tout médecin : cette réponse comblera les vœux de ceux qui ont toujours cru à l'unicité de la médecine, lorsque celle-ci s'applique, non à corriger un symptôme, mais à lutter contre la souffrance.

Pathologie fonctionnelle dans les affections intestinales

F. BESANÇON *
(Paris)

Cette étude porte sur les affections intestinales dans lesquelles les troubles fonctionnels prédominent. Seront exclues les affections dans lesquelles l'organicité est primordiale du point de vue clinique et thérapeutique, comme le cancer, la tuberculose, la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, les parasitoses. Certes, les troubles fonctionnels y retiennent aussi l'intérêt du clinicien, mais il n'y a pas lieu de les développer ici. Restant dans une perspective praticienne, nous ne nous attarderons pas à discuter ce que le terme de « pathologie fonctionnelle » pourrait avoir de contradictoire dans les termes. Arbitrairement, nous n'exclurons pas la diverticulose, compte tenu de sa fréquence, de ses troubles fonctionnels prédominants, et des stades intermédiaires entre l'état normal et la grande diverticulose.

La fréquence et l'impact social de ces troubles fonctionnels sont frappants. Ils sont la seconde cause d'absentéisme au travail à New York. Dans le dictionnaire des spécialités pharmaceutiques, plus de six cents d'entre elles sont susceptibles d'être prescrites dans ces troubles. Leur bénignité ne doit pas faire oublier le risque d'interventions chirurgicales intempestives sur l'appendice, la vésicule biliaire, les annexes féminines. Une enquête récente chez plus de 300 sujets apparemment bien portants, en Angleterre a concerné un tiers de sujets jeunes, un tiers de sujets d'âge moyen, et un tiers de sujets de plus de 60 ans. Cette enquête a révélé des douleurs caractéristiques de colopathie spasmodique dans 14 p. cent des cas, auxquels s'ajoutent 4 p. cent de cas de diarrhée sans douleurs, et 6 p. cent de cas de constipation sans douleurs. Les « biens portants » sont constipés à raison de 3 p. cent chez les jeunes, 8 p. cent à l'âge moyen et 20 p. cent après 60 ans.

Chez les malades hospitalisés en médecine générale après 60 ans, l'enquête systématique de Jacques Dubrisay [3], chez 220 sujets, trouve des chiffres bien plus élevés encore car il s'agit d'une population déjà pathologique ; 60 p. cent des patients se déclarent constipés, ce qui est faux une fois sur deux. On doit ajouter 9 p. cent d'alternance de diarrhée et de constipation, 15 p. cent de cas de diarrhée. Dans la même population, la fréquence des douleurs de type colopathique est de 31 p. cent, celle des hémorroïdes de 50 p. cent. Les radiographies découvrent une diverticulose chez la moitié de ces sujets âgés, un dolichocôlon ou un mégacôlon relatif dans 17 p. cent des cas, et des tumeurs rectocoliques bénignes ou malignes dans 3 p. cent des cas. Les erreurs diététiques sont constantes chez les colopathes et dans la diverticulose.

Le praticien, assailli quotidiennement par ces colopathes, a l'habitude d'analyser leurs troubles en évoquant en premier lieu un certain nombre d'affections bien individualisées, avant de conclure qu'il s'agit d'un banal « côlon irritable » de cause indéterminée.

Troubles rattachables à une cause

La première étape consiste évidemment à éliminer une des affections organiques évoquées plus haut et quelques autres, aisément accessibles à l'examen clinique : hypothyroïdie, saturnisme, affections neurologiques, constipations iatrogènes dues par exemple aux diurétiques, aux antidépresseurs ou aux neuroleptiques. L'examen clinique recherche encore si une hernie ou une bride après laparotomie n'est pas en cause.

* Directeur à l'Institut d'Hydrologie, Professeur de Clinique et Sémiologie médicales, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75181 PARIS CEDEX 04.

Après cette étape, les chances de trouver une affection bien définie sont plus grandes si le malade a eu une diarrhée authentique, c'est-à-dire sans émission de fragments durs au sein du liquide, et sans fécalome au toucher rectal. Les grandes causes de diarrhée s'analysent en déperditions, malabsorptions, maldigestions, spoliations et dénaturations, et paradoxalement les sténoses, qui sont hors de notre sujet, mais sont une hantise en pratique. Parmi les diarrhées par déperdition, la colopathie post-amibienne est bien connue avec les douleurs dans les fosses iliaques, la selle réveille-matin, l'asthénie, les troubles dits neurovégétatifs. Leur traitement rejoint celui du côlon irritable. Parmi les malabsorptions, habituellement organiques, nous ne citerons qu'une maladie rare, mais peut-être encore trop rarement diagnostiquée : la malabsorption primitive des sels biliaires dans l'iléon, se traduisant de façon isolée par une diarrhée due à l'irritation du côlon par les sels biliaires non absorbés. Le traitement chélateur, d'abord par l'hydroxyde d'alumine, et en cas d'échec par la cholestyramine, doit lui être opposé. Dans le cadre des diarrhées par maldigestion, il convient de citer surtout les fermentations et les suites d'antibiothérapie. Le tableau de colopathie de fermentation est trop rarement reconnu, alors qu'il est pourtant bien caractéristique : les selles sont abondantes, claires, assorties de gaz abondants d'odeur parfois butyrique, assorties fréquemment de brûlures à l'anus. Ces diarrhées sont le triomphe de l'examen coprologique, qui révèle aisément l'abondance excessive d'amidon, de cellulose, de flore iodophile, et d'acides organiques au-dessus de 16 mEq : habituellement 20 à 25 mEq. La cause la plus habituelle est l'excès d'amidon alimentaire, et il est aisé d'en venir à bout par le régime, auquel on ajoute un peu de carbonate de calcium. Toutefois, une partie de ces nombreux malades souffrent en réalité d'un déficit en disaccharidases de la bordure en brosse de l'intestin grêle, habituellement soupçonné devant l'intolérance au lait qui contient du lactose. La démonstration scientifique, assez compliquée à réaliser, n'est nécessaire que dans les cas d'échec par la suppression du lait. suivie de réintroduction très progressive.

La diarrhée post-antibiothérapique est moins fréquente actuellement, avec son tableau caractéristique de selles vert-orangé riches en bilirubine, cellulose digestible, amidon, mais dépourvues de flore iodophile, et chargées de levures.

Dès qu'il ne s'agit plus d'une diarrhée homogène, dès que la constipation alterne avec la diarrhée, on se trouve devant une forme clinique de la constipation. L'examen coprologique en ferait la preuve si nécessaire, en démontrant la surdigestion, avec la disparition de la celulose digestible de l'amidon, comme de la flore iodophile. Une affection bien individualisée entre dans ce cadre : la diverticulose, qui touche près de la moitié de la population après 60 ans.

La maladie des laxatifs est rarement décrite avec justesse par ceux qui en souffrent. Trop souvent, ils mettent l'accent, trompeusement, sur la diarrhée ou sur les douleurs. En réalité, il s'agit de sujets initialement constipés, qui sont entrés dans l'escalade infernale de l'automédication laxative. Au début, ils ont été satisfaits. Ultérieurement, ils ont encore accepté le ballonnement, les alternances de diarrhée. Ils leur arrive d'aller jusqu'au stade de vives douleurs abdominales, pouvant mener à des interventions abusives, ou jusqu'au stade d'hypokaliémie.

Non moins trompeuses sont les allégations d'allergie alimentaire. Trop souvent, le malade tient pour vrai ce qui n'est que coïncidence. Il est rare que le clinicien puisse s'appuyer sur des manifestations allergiques concomitantes, et l'on sait que les tests cutanés sont sans valeur. Seul compte un interrogatoire mené avec rigueur.

Ce chapitre des affections bien individualisées se terminera par l'évocation des troubles fonctionnels après chirurgie intestinale. Même après résection colique sans anus artificiel, la diarrhée n'est pas rare, assortie souvent de manifestations dépressives. Nous voudrions surtout insister sur les soins aux colostomisés qui sont environ 70 000 en France. Ces malades ont la hantise de fuites gazeuses odorantes, d'irrégularités de transit, de difficultés sexuelles. Un état dépressif s'installe souvent, renforçant le refus de partir en vacances, de voyager, de faire du sport, de se rendre au spectacle. Les soins à leur donner, qu'on nomme « stomathérapie », vont bien au-delà de conseils sur l'appareillage, soins locaux, irrigations, conseils alimentaires. Le soutien psychique, l'action socio-professionnelle ne sont pas moins nécessaires, de préférence au sein d'associations comme Ilco France. L'expansion de ces clubs, la formation des thérapeutes méritent que nos stations thermales s'y intéressent, et y occupent des infirmières ou d'anciennes infirmières de leur région.

Troubles fonctionnels de cause indéterminée

Ces troubles sont marqués tantôt par une constipation, tantôt par une diarrhée.

S'il s'agit de diarrhée, leur cause la plus fréquente est une maldigestion par manque de temps. On le démontre par l'épreuve au carmin ou au Povanyl, en notant les dates d'apparition et de disparition de la coloration fécale. La moyenne de ces deux dates donne un temps moyen, normalement de 18 à 30 heures, et il est très abrégé en pareil cas. Une fois éliminées les causes classiques comme le diabète, les causes endocriniennes et neurologiques, il n'est pas rare de se borner au diagnostic de diarrhée par manque de temps, jus-

ticiable des ralentisseurs du transit, et de la cure de Plombières.

Bien plus fréquents sont les diagnostics de constipation primitive, une fois éliminées les sténoses ano-rectales et coliques, les compressions de voisinage, l'hypothyroïdie, les facteurs iatrogènes. L'analyse de ces constipations semble progresser récemment, depuis que l'ingestion de marqueurs radio-opaques distingue les stases diffuses, dans tout le côlon, et les stases localisées à la région rectosigmoïdienne.

L'interrogatoire retrouve les éventuelles alternances de diarrhée, et troubles souvent associés : émission de glaires, et surtout, météorisme et douleurs qui caractérisent le « côlon irritable ». Ces douleurs sont migratrices, discontinues, liées au transit des gaz, au froid, aux émotions. Ces sujets redoutent le lait, les choux, les fritures, le chocolat, la bière, parfois le tabac. Ils sont apaisés par le repos, la chaleur, les vacances. Une kyrielle de signes extra-intestinaux s'y ajoutent : nausées, céphalées, migraines, mauvaise haleine, éructations, insomnie, anorexie, contrastant avec l'absence de signes généraux comme de signes physiques. L'âge du début du « côlon irritable » se situe le plus souvent entre 31 et 40 ans, exceptionnellement après 60 ans, et jamais après 70 ans.

La hantise de l'organicité oblige à faire un examen complet. Naturellement, on ne néglige ni le toucher rectal, ni la palpation des orifices herniaires, ni l'anuscopie, à la recherche d'hémorroïdes et de fissures. La classique rectoscopie est en passe d'être périmée, grâce aux progrès foudroyants de la fibrosigmoïdoscopie, qui ne nécessite qu'une préparation minime. Ensuite, se discutent des examens qui ne souffrent pas la médiocrité, et qui exigent une impeccable préparation : radiographies, obligatoirement en double contraste, ou coloscopie longue. Ces examens ne s'imposent pas chez tous les sujets mais seulement si les troubles sont récents, en raison de la hantise du cancer. Ils s'imposent également chez les sujets à risque élevé. Ils s'imposent encore si les troubles, connus depuis longtemps, se sont modifiés récemment. En effet, on ne compte plus les malades classés comme fonctionnels, qui ont développé secondairement un cancer rectocolique. Il faut donc les revoir périodiquement avec un regard neuf, mais en sachant aussi résister aux demandes renouvelées d'examens complémentaires.

Les radiographies servent surtout à éliminer l'organicité, car on accorde de moins en moins de valeur aux signes radiologiques traditionnels de la « colopathie spasmodique », tels que la gêne à la progression ou les déformations trop temporaires des haustrations. On donne plus de valeur aux diverticules, aux images de pliage en accordéon, de piles d'assiettes, tout en sachant que les aspects varient beaucoup d'un sujet à l'autre, et d'un temps à l'autre de l'examen. Le double contraste lui-même n'apporte rien au diagnostic positif du côlon irritable, et son énorme avantage est le diagnostic des polypes, obtenu chez 10 p. cent des sujets après 45 ans.

L'examen coprologique est à demander avant même la fibrosigmoïdoscopie, mais il n'a de valeur que si le libellé et la technique sont impeccables. Il faut que le sujet ait mangé un peu de viande crue, qu'il ait ajouté 50 g de beurre cru à sa ration quotidienne. S'il a des périodes de diarrhée, c'est sur des selles liquides seulement que l'analyse doit s'exercer, quitte à ce que le malade revienne au laboratoire en période de diarrhée. Seul a de la valeur un examen immédiat, dans un laboratoire dont on soit sûr qu'il effectue les analyses sur place. On ne détaillera pas ici les classiques données de la coprologie, mais on rappellera seulement que le grand signe de colite est la présence de protéïnes exsudées, détectées, par exemple, par la réaction de collage au sublimé. Cette colite doit faire rechercher une maladie des laxatifs ou une affection organique.

Les techniques de la physiologie permettent de mieux définir le côlon irritable, mais elles sont réservées à des laboratoires de recherches. L'activité motrice globale est paradoxalement diminuée dans les diarrhées, et augmentée dans les constipations. On remarque surtout l'hypersensibilité aux excitants chimiques comme la prostigmine, par analogie avec l'hyperexcitabilité à l'acétylcholine dans l'asthme. Le gonflage d'un ballon dans le rectum des constipés montre, mais de façon très inconstante, que le seuil de la sensibilité est abaissé.

Une description purement gastroentérologique est loin d'épuiser l'étude de ces malades, tant l'aspect psychique doit retenir l'attention. Nous sommes frappés certes par le rôle déclenchant des chocs affectifs, mais plus encore par les tendances dépressives et phobiques. La dépression, qui frappe un cinquième à un dixième de la population, est difficile à traiter chez ces sujets qui disent non à tout, et dont les antidépresseurs vont majorer la constipation. Il faudra systématiquement ajouter du son, des laxatifs non irritants. Ces états dépressifs compliquent également l'analyse des essais thérapeutiques, car les résultats sont influencés par les cycles de l'humeur, dont les statisticiens sont mal informés. Quant à l'aspect phobique, il s'exprime par la cancérophobie, qu'il ne faut pas hésiter à mettre au jour, et par la phobie d'un nombre croissant d'aliments, qui mène ces sujets à un régime trop restrictif. Enfin, les hystériques sont moins nombreux, mais combien déroutants pour nombre de médecins ! Même si l'on n'a pas l'évidence d'une structure psychopathologique, la relation entre le médecin et le malade sera bonne, pourvu que le malade ne se sente ni rejeté, ni abandonné. Le médecin devra se garder de mini-

miser les troubles, comme de sombrer dans un excès de régimes, d'examens complémentaires, de traitement médicaux et chirurgicaux. Le généraliste est le mieux placé pour ce soutien psychologique, basé au fond sur la bénignité de ces troubles, pourvu que l'on évite les dangers des laxatifs, de la restriction alimentaire et de la chirurgie.

THERAPEUTIQUE

Le meilleur médicament est le médecin lui-même : comme nous l'avons indiqué plus haut, le soutien psychique est primordial.

Devant un tableau de diarrhée motrice de cause indéterminée, le régime écarte les légumes verts, le lait, les graisses cuites, pour insister sur le riz, les protéines, les graisses crues, les carottes, les pommes, les vitamines. L'hydroxyde ou le phosphate d'aluminium sont utiles. Les médicaments ralentisseurs du transit sont habituellement efficaces, au moins initialement : le lopéramide (Imodium), le diphénoxylate (Diarsed), et la codéine à raison de 3 à 6 cg par jour. S'il le faut, les antidépresseurs sédatifs comme l'amitriptyline, prescrite exclusivement le soir, ajoutent ici l'avantage de leurs effets constipants.

Quand le tableau est celui du « côlon irritable », il faut consacrer du temps aux prescriptions hygiéno-diététiques. Il faut faire admettre la nécessité de bannir totalement et définitivement les laxatifs irritants contenant de la phénolphtaléine, de la bourdaine, des dérivés anthraquinoniques végétaux extraits du séné et du cascara. Le plus dangereux est la podophylline, suivie par la diphésatine. Il faut supprimer les tisanes apparemment anodines comme le « Thé des familles », la « Tisane provençale ».

Le régime bannit la bière. le cidre, les glaces, les graisses cuites, le chocolat, le lait frais, la charcuterie, les pâtisseries grasses, les pommes de terre frites, les divers choux. Il ne doit pas être trop restrictif, mais au contraire encourager une alimentation diversifiée et équilibrée : céréales, légumes, pommes de terre, viandes maigres, poissons, yaourts, graisses crues, fromages, fruits mûrs, vitamines. Aucune constipation ne guérit si les boissons ne sont pas abondantes, mais l'eau à elle seule n'est pas laxative, même les eaux sulfatées calciques et magnésiennes. L'exercice, et si possible les sports d'endurance, sont à recommander, mais le froid est à éviter.

Avant de prescrire des médicaments, il faut tirer le meilleur parti du son cru, obtenu chez le boulanger, mêlé à la soupe ou aux légumes, à doses progressives telles que 5 g par jour la première semaine, 10 g la seconde, 15 g la troisième, 20 g ensuite. Ainsi évite-t-on un ballonnement désagréable, mais il n'est pas rare que les malades se lassent de ce régime au bout d'une année environ. Il est remarquable que le son, jadis banni des régimes, ait le pouvoir non seulement d'accélérer le transit, mais souvent aussi d'apaiser les douleurs, notamment dans la diverticulose.

A défaut de son, ou en supplément, les mucilages restent très utiles, et nous préférons ceux qui ne sont pas enrobés de sucre, comme les graines d'Ispaghul. La gomme de sterculia pur est très bien tolérée (Inolaxine). De même, les préparations composées comme Laxamalt (qui apporte aussi la paraffine et le malt), le Poly-Karaya. C'est seulement dans les formes rebelles que nous avons volontiers recours au mannitol à raison de trois à cinq sachets de 5 g pris simultanément et, pour de courtes durées, au sevrage des autres laxatifs et aux suppositoires à dégagements gazeux (Eductil), en bannissant naturellement les suppositoires à la glycérine et aux sels biliaires.

A la longue, ces prescriptions amènent la sédation des douleurs, mais, au début du traitement, nous faisons un large usage des musculotropes : Duspatalin (sans craindre d'aller jusqu'à 8 comprimés par jour), Débridat ou Dicetel. Ils ne constipent pas, pas plus d'ailleurs que la belladone, utilisée, par exemple, sous forme de Bellergal à doses réfractées.

La prescription d'antidépresseurs nous paraîtrait souvent indispensable, mais l'amitriptyline (Laroxyl et Elavil), prescrite uniquement le soir, est souvent constipante. Peut-être les antidépresseurs du matin comme Alival et Prothiaden ont-ils moins cet inconvénient, mais il faut associer un anxiolytique, et nous préférons l'Equanil ou le Nirvanil aux benzodiazépines.

Les médicaments à visée antiseptique intestinale trouvent leur place à la période initiale des traitements. Après le déclin des quinoléines iodées, il reste l'Ercéfuryl, l'Intétrix, le Thiacyl (actif aussi sur les levures), etc. Leurs effets se jugent cliniquement, car les modifications de la flore intestinale ne sont guère appréciables.

Bien souvent, il convient de résister à l'insistance des malades, qui ont tendance à réclamer des ordonnances très longues, et à se complaire dans des régimes compliqués. Inlassablement, il faut remettre l'accent sur les erreurs à ne pas commettre.

L'opinion publique évolue actuellement vers une certaine méfiance à l'égard des médicaments, vers un engouement pour les médecines douces et les médications naturelles. Cette dernière proposition est ambiguë car les végétaux sont de redoutables chimistes. Par contre, les cures thermales ajoutent l'avantage de l'innocuité à celui de l'efficacité. Le thérapeute y est d'autant plus sensible qu'il a dû méditer sur les accidents dus au bismuth, aux quinoléines iodées et à la diphésatine, laxatif responsables d'hépatites chroniques. Certes, les cures

thermales n'ont pas encore bénéficié d'essais contrôlés, mais on remarque que les autres traitements des colopathies fonctionnelles n'ont pas fait non plus l'objet d'essais comparatifs.

En attendant, les malades sont là, chroniques, avec leur appréhension d'être rejetés, « abandonnés par tous les médecins ». Les cures thermales n'apportent pas seulement leur efficacité, dont nos confrères thermaux vont maintenant nous entretenir, mais aussi un moyen précieux de conserver la confiance des malades, dans le cadre d'un programme thérapeutique de longue haleine.

RESUME

Les affections intestinales dans lesquelles les troubles fonctionnels prédominent sont fréquentes. Elles entraînent un absentéisme important, et des interventions chirurgicales intempestives. Le clinicien, après avoir éliminé diverses affections organiques, doit évoquer en premier lieu des facteurs bien individualisés. Par exemple, en cas de diarrhée authentique : colopathie post-amibienne, malabsorption primitive des sels biliaires, colopathie de fermentation, déficit en disaccharidases, diarrhée post-antibiothérapique. Quand il s'agit d'une constipation avec douleurs, il faut évoquer la diverticulose, la maladie des laxatifs, et n'envisager qu'avec circonspection l'hypothèse d'allergie. Restent les troubles fonctionnels de cause indéterminée : diarrhée motrice, constipation simple, ou « côlon irritable ». Les examens complémentaires sont à prescrire sans excès. Les troubles psychiques méritent toute l'attention, notamment les tendances dépressives et phobiques.

Le meilleur médicament est le médecin lui-même. Des schémas thérapeutiques sont proposés, pour la diarrhée motrice et le « côlon irritable ». On insiste sur la nocivité de l'automédication et des régimes issus de la fantaisie des malades. Chez ces cas chroniques, qui ont tendance à se croire abandonnés par le corps médical, la cure thermale trouve sa place dans un programme thérapeutique de longue haleine.

Il faut mettre à part les séquelles fonctionnelles des colostomisés, trop négligées somatiquement et psychiquement : le traitement en milieu thermal pourrait être mis à l'essai.

REFERENCES

1. Besançon F., Le Meunier J.M. — Faut-il radiographier le côlon de tous les constipés ? *In : Entretiens de Bichat, 1980, Médecine,* pp. 37-39, Paris, Expansion Scientifique Française, 1980.
2. Cerf M., Debray Ch. — Colopathies fonctionnelles. *In : Debray* Ch., Geffroy Y., *Précis des maladies du tube digestif,* pp. 529-534, Paris, Masson, 1977.
3. Dubrisay J., Souillac P., Joron J.C. — Le côlon du troisième âge. Aspects cliniques et thérapeutiques. *J. Méd. Chir. prat.,* 1980, *151,* 391-396.
4. Poynard T., Chaput J.C., Labayle D. — Troubles fonctionnels intestinaux. Revue de la littérature. *Gastroentérol. clin. biol.,* 1977, *1,* 681-704.
5. Thompson W.G., Heaton K.W. — Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology,* 1980, *79,* 283-288.

DISCUSSION AU COURS DE LA SEANCE

Dr A. Schneider :

Au sujet des indications respectives de Chatelguyon et de Plombières, il semble intéressant de tenir compte des résultats de l'étude coprologique. Lorsqu'il s'agit de colopathie fonctionnelle pure, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de signes inflammatoires de la muqueuse (réactions de collage négatives, en particulier), les résultats obtenus à Plombières sont quasi constants et quelquefois spectaculaires.

Le traitement thermal des affections fonctionnelles intestinales

J.-F. GURY *
(Plombières)

Deux stations thermales françaises sont spécialisées dans le traitement des affections fonctionnelles intestinales : Chatelguyon (Puy-de-Dôme) et Plombières (Vosges).

Nous allons envisager tout d'abord les particularités de chacune des deux stations, en insistant surtout sur les techniques thermales ; nous verrons ensuite comment il convient d'orienter les malades.

PARTICULARITÉS DES CURES THERMALES A CHATELGUYON ET A PLOMBIÈRES

Les eaux de Chatelguyon sont très minéralisées : selon les sources, la minéralisation totale est de 4,5 à 6 g/l. Ce sont des eaux chloro-bicarbonatées magnésiennes, carbogazeuses, contenant de nombreux oligo-éléments ; il faut noter leur richesse toute particulière en magnésium (30 à 40 cg/l). Les eaux sont tièdes (18 à 36 °C).

De nombreuses études expérimentales ont été effectuées sur ces eaux minérales ; nous retiendrons essentiellement :

— sur le plan digestif, un effet de drainage des voies biliaires dû à l'ion magnésium, se traduisant par une augmentation notable des sels et pigments biliaires dans le liquide duodénal, et une stimulation de certaines sécrétions digestives (sécrétion salivaire, fractions lipasique et tryptique du pancréas exocrine, invertase du suc intestinal) ;

— sur le plan général, des effets antitoxiques, anti-anaphylactiques et antihistaminiques.

Cliniquement, les eaux minérales ont un effet laxatif qui est loin d'être constant, un effet de « régulation » sur la motricité intestinale et une action cicatrisante sur la muqueuse colique (démontrée par rectoscopie). Mais bien des points nous échappent encore pour expliquer les effets thérapeutiques des eaux minérales sur le côlon.

Comme il est d'usage dans tout traitement thermal, la crénothérapie de Chatelguyon est constituée d'une cure interne et d'une cure externe.

La cure de boisson est prédominante ; elle consiste à faire ingérer au malade des doses d'eau minérale modérées, fractionnées et progressives, selon le schéma général suivant : en début de séjour, 4 prises de 10 g réparties dans la journée, à jeun, à 11 heures, à 16 heures, à 18 heures ; puis en tenant compte de la tolérance du malade, on augmente progressivement les doses pour atteindre 40 g par prise.

La cure externe fait appel à plusieurs techniques :

— Le cataplasme de boues végéto-minérales, chaud (45 à 55 °C), appliqué sur l'abdomen, agit par la chaleur en provoquant une résolution musculaire et en déclenchant des réactions vasomotrices tégumentaires profondes ; les conséquences en sont une action sédative locale et générale, et un effet antalgique chez les malades présentant un côlon douloureux.

— La douche horizontale baveuse chaude (38 à 42 °C) est une douche locale appliquée sur la paroi abdominale et la région préhépatique.

— Le goutte-à-goutte rectal consiste en une instillation intrarectale en goutte-à-goutte lent (60 à 80 gouttes/min), et selon la technique de Murphy, d'une quantité modérée d'eau minérale (100 à 300 g) à une température de 36 à 39 °C ; ce traitement utilise l'action cicatrisante de l'eau minérale.

* 20, rue des Sybilles, 88370 PLOMBIÈRES-LES-BAINS.

Presse thermale et climatique, 1981, *118*, n° 3.

— Enfin, des techniques d'hydrothérapie générale, telles que des douches verticales au jet brisé avec ou sans tamis, des bains et des massages sous l'eau, généraux ou abdominaux.

Envisageons à présent la crénothérapie de Plombières.

Les eaux minérales sont remarquables par leurs propriétés physiques : ce sont des eaux hyperthermales (73 °C pour les plus chaudes) et radioactives ; elles sont faiblement minéralisées (de 150 à 450 mg/l selon les sources), et on les classe dans le groupe des eaux minérales oligométalliques.

Des études expérimentales anciennes ont démontré qu'elles agissent sur la régulation nerveuse extrinsèque et intrinsèque de la motricité colique.

Cliniquement, ces eaux minérales ont un effet antalgique remarquable sur les douleurs coliques des colopathies fonctionnelles et une action régulatrice sur l'équilibre neurovégétatif.

La cure externe est prédominante à Plombières. Elle fait appel à plusieurs techniques :

— Le bain thermal est l'élément primordial du traitement ; sa température oscille entre 35 °C et 37 °C ; il est important qu'elle soit « agréable » pour le malade, ce qui contribue grandement à la sensation de détente recherchée ; la durée en est variable, conditionnée par les modifications des chiffres tensionnels et pondéraux, et aussi par les réactions subjectives dont il faut tenir compte dans le déroulement de la cure ; on commence habituellement par 10 min en début de séjour pour atteindre 20 à 30 min à la troisième semaine ; ce bain est généralement quotidien.

— Deux techniques spéciales sont utilisées dans le bain : la douche sous-marine ou la compresse à eau courante. La douche sous-marine est une douche chaude (40 à 42 °C), appliquée par le malade lui-même sur la paroi abdominale en suivant le trajet du cadre colique. La compresse à eau courante est également une hydrothérapie abdominale ; elle est constituée d'une plaque métallique à double paroi, dont l'une (au contact de la peau), percée de multiples orifices, laisse sourdre l'eau thermale à une température de 40 à 42 °C. Ces deux techniques ajoutent à l'effet sédatif général du bain, un effet antalgique, conséquence de la chaleur appliquée localement.

— Différentes douches générales sont habituellement prescrites au malade à la sortie du bain ; ce sont des douches chaudes (37 à 38 °C) ; suivant l'effet désiré, on conseillera soit la douche Tivoli au jet brisé, pour obtenir un effet tonique, soit la douche Tivoli à la pomme ou la douche oblique, pour obtenir un effet sédatif.

— Parmi les autres techniques de cure, il faut encore citer : le goutte-à-goutte rectal, la vaporisation anale, la douche périnéale et le massage sous la douche, général ou abdominal.

Enfin, le traitement de Plombières se termine toujours par un repos à l'établissement thermal avec application renouvelée sur la paroi abdominale d'un cataplasme imbibé d'eau minérale chaude.

La cure de boisson complète la cure externe, mais elle n'est pas prédominante comme à Chatelguyon.

A côté du traitement par les eaux, évidemment primordial, il faut envisager à présent les autres facteurs thérapeutiques spécifiques de nos stations thermales, qui contribueront à apporter au malade tous les bienfaits qu'il peut attendre de son séjour en milieu thermal.

C'est d'abord le facteur climatique : il n'y a pas de cure thermale sans cure climatique. Le climat de Chatelguyon est essentiellement tonique, et conviendra particulièrement aux malades asthéniques et dépressifs. Le climat de Plombières, très sédatif, sera conseillé aux malades anxieux, neurotoniques et irritables.

C'est ensuite l'isolement du malade : loin de ses soucis personnels, familiaux, professionnels ou sociaux, il pourra se reposer physiquement et moralement, et adopter une vie régulière rythmée par le traitement thermal quotidien, à savoir le repos après les soins, une régularité dans la prise des repas, un respect des heures de sommeil, et des activités physiques relaxantes telles que marches, excursions et différents sports. Cette discipline de vie est particulièrement bénéfique chez des malades présentant des troubles fonctionnels digestifs.

Enfin, le rôle du médecin thermaliste est primordial, il doit savoir écouter, comprendre, rassurer et conseiller son malade qui s'impose souvent, à tort, des régimes draconiens ou une automédication abusive, néfaste, en particulier en ce qui concerne les laxatifs irritants. Ainsi, les rapports malade-médecin sont ici d'une extrême importance et, comme le disait si bien tout à l'heure le Professeur Besançon, le meilleur médicament est le médecin lui-même.

INDICATIONS

Nous allons considérer à présent, l'orientation thermale des malades ; pour ce faire, nous adopterons la classification que vient de nous donner le Professeur Besançon.

La colopathie post-amibienne, accompagnée de troubles du transit, diarrhée surtout mais également constipation, sera traitée à Chatelguyon. En revanche, à la phase de grande dystonie neurovégétative, on conseillera la cure de Plombières.

La colopathie de fermentation avec diarrhée est justiciable du traitement de Chatelguyon.

La diverticulose colique avec constipation mal tolérée est une bonne indication de la crénothérapie à Chatelguyon ; cependant, à Plombières, nous obtenons de bons résultats dans les formes hyperalgiques. Dans cette maladie, le but du traitement thermal est d'empêcher l'apparition des complications, diverticulites en particulier.

La maladie des laxatifs, fonctionnelle au début, évolue avec le temps vers une colite vraie. Cliniquement, elle se traduit bien sûr par une constipation ou une fausse diarrhée ; c'est une indication de la cure à Chatelguyon. Cependant, les formes particulièrement douloureuses seront améliorées par un traitement à Plombières.

Les troubles fonctionnels, fréquents chez les malades colostomisés ou ayant subi une résection colique, peuvent être atténués par la crénothérapie. A Plombières, depuis quelques années, nous accueillons ces patients et les résultats semblent être encourageants.

Les sujets atteints d'une colopathie de cause indéterminée représentent la majorité des malades que nous recevons dans nos deux stations. La diarrhée motrice est une excellente indication de la cure de Plombières. Ces malades, qui sont parfois de véritables infirmes, voient leur vie transformée par le traitement thermal. Le côlon irritable se traduisant par des troubles du transit (constipation par stase ou fausse diarrhée chez un malade dépressif et asthénique) sera traité à Chatelguyon ; en revanche, le côlon irritable où prédominent la douleur, les troubles neurovégétatifs et leurs conséquences : angoisse et cancérophobie, sera soigné à Plombières.

Mais, en pratique, cette distinction est assez arbitraire, car fréquemment, chez un même malade, la symptomatologie clinique varie dans le temps : le facteur douloureux, par exemple, peut s'effacer devant les troubles du transit ; ainsi, on pourra être amené à conseiller d'abord la cure de Plombières, puis la cure de Chatelguyon, l'inverse étant bien sûr possible.

En conclusion, au moment du choix de l'orientation thermale d'un malade souffrant de troubles fonctionnels intestinaux, il faudra toujours tenir compte des troubles digestifs d'une part, et de leur retentissement sur l'équilibre neuropsychique d'autre part.

REFERENCES

1. Besançon F. — La place de la prescription thermale dans un plan thérapeutique de longue haleine. *Presse therm. clim.*, 1971, *108*, 96-103.
2. Bonnet G. — Indications modernes des cures thermales en gastroentérologie. *Presse therm. clim.*, 1977, *114*, 140-142.
3. Canet J., Vendryes P., Chenderovitch J. — Colopathies parasitaires et traitement thermal. *Presse therm. clim.*, 1973, *110*, 30-34.
4. Cornet A. — Critères d'efficacité thérapeutique des cures thermales en gastroentérologie. *Presse therm. clim.*, 1970, *107* n° 3, 142-146.
5. Dedet C. — Thermalisme et colopathie. *Vie méd.*, 1975, *56*, 1367.
6. Dubarry J.J., Dubarry B. — La crénothérapie dans les affections intestinales chroniques. *Bordeaux méd.*, 1973, *6*, 1347-1349.
7. Girault G., Imbert J. — Crénothérapie des colopathies. *Presse therm. clim.*, 1978, *115*, 147-149.
8. Girault G., Vendryes P. — Crénothérapie des colopathies. *Presse therm. clim.*, 1976, *113*, 149-151.
9. Hutet G. — Les colopathies avec diverticules et les sigmoïdites diverticulaires. *Rev. fr. Gastroentérol.*, 1973, *88*, 77-84.
10. Imbert J. — Les indications de la cure thermale de Chatelguyon dans les colopathies fonctionnelles et les colites. *Rev. fr. Gastroentérol.*, 1972, *78*, 33-48.
11. Santenoise D., Franck C., Grandpierre R., Merklen L., Vidacovitch M. — Démonstration expérimentale de l'efficacité des eaux minérales sur l'organisme. *Arch. Biol. thermo-clim.*, 1956, *1*, 69-110.
12. Schneider A., Girault G. — Place de la crénothérapie dans le traitement des colopathies. *Presse therm. clim.*, 1967, *104*, 112-115.
13. Vendryes P. — Les cures thermales dans les affections du côlon. *Rev. Médecine*, 1973, *15*, 1009-1016.

DISCUSSION AU COURS DE LA SEANCE

Dr Dany :

En félicitant Gury de son rapport, je me permets de rappeler qu'il y a en France d'autres stations pouvant s'occuper des troubles intestinaux, notamment Miers-Alvignac dont les eaux sont très puissantes, et Vichy dont une des indications majeures est constituée par les colites de fermentation, indication reconnue jadis par Tauzin (Plombières).

Troubles fonctionnels hépato-biliaires

H. MICHEL *
(Montpellier)

Les maladies du foie et des voies biliaires sont très fréquentes : c'est la deuxième cause d'hospitalisation et de consultation dans les hôpitaux.

On y distingue deux formes :

— les maladies organiques bien caractérisées (cirrhose, hépatite, cancer, lithiase, cholécystite, etc.) ;

— les maladies fonctionnelles mal caractérisées (dyskinésies biliaires, dyspepsies, crises de foie, aérophagie, petite insuffisance hépatique, spasmophilie, etc.).

Elles motivent chez les malades, de nombreuses explorations, une consommation excessive de médicaments et un absentéisme important ; les médecins « font » des hospitalisations souvent inutiles par crainte de « laisser passer » une lésion organique.

Les troubles fonctionnels hépato-vésiculaires ont été définis, jusqu'à ce jour, comme des maladies chroniques du foie ou des voies biliaires, sans cause décelable aux examens complémentaires biologique, radiologique, échotomographique, anatomopathologique.

Une étude prospective et rétrospective, partant de cette définition, a été réalisée à la Clinique des Maladies de l'Appareil digestif, en 15 mois (janvier 1979 - mars 1980), sur des malades hospitalisés ou consultants publics ou privés. Chez tous ces malades, les signes cliniques révélateurs d'une maladie du foie ou des voies biliaires ont été recherchés. Ont été considérés comme signes d'une maladie du foie : l'anorexie, l'ictère, l'ascite, l'encéphalopathie hépatique, les hémorragies digestives ou cutanées, les ballonnements abdominaux, les douleurs de l'hypocondre droit, l'amaigrissement, l'asthénie. Ont été considérés comme signes d'une maladie biliaire : les douleurs épigastriques ou de l'hypocondre droit, les nausées, les vomissements, l'ictère, la fièvre, les frissons. Ces signes cliniques ont été confirmés par les données de l'examen clinique, des tests biologiques et des examens complémentaires, en particulier l'examen anatomopathologique.

Au total, 3 044 malades ont été hospitalisés ou vus en consultation : 2 430 d'entre eux avaient une lésion organique du foie (lésion alcoolique, cancer du foie, hépatite, lithiase, cancer digestif, etc.) et 614 avaient des troubles fonctionnels. Sur ces 614 cas, 144 sur 1 780 (8 p. cent) étaient hospitalisés et 470 sur 1 264 (37 p. cent) ont été vus en consultation.

Les trois principaux motifs de consultation ou d'hospitalisation sont crise de foie, aérophagie et colite.

— Les malades définissent la crise de foie comme un ensemble de troubles apparaissant soit au réveil (malaises, nausées, pesanteur de l'hypocondre doit et de l'épigastre), soit dans la journée (vomissements bilieux), consécutifs à la prise d'aliments dits responsables (chocolat, œufs, lait, etc.). De ce fait, le régime alimentaire est de plus en plus restrictif. La vésicule biliaire est dite « paresseuse » ou malformée, d'après les examens radiologiques. Ces symptômes résistaient aux médications hépato-biliaires classiques. Dans l'enfance, on trouve des « crises d'acétone » et à l'âge adulte des « crises de foie » identiques, plus ou moins rythmées par les règles chez la femme.

— L'aérophagie est le deuxième motif de consultation : le malade se plaint de digestions lentes avec ballonnements, éructations après les repas et somnolence motivant la sieste. Ces troubles sont accentués par les soucis, le surmenage. On les rencontre surtout chez l'homme.

— Les malades qui consultent pour une colite décrivent des douleurs de l'hypocondre droit ou des fosses iliaques associées à des ballonnements, des gargouillements dus à des « écarts de régime », améliorées par les médicaments à base de charbon, résistantes au traitement antibiotique spécifique et aux laxatifs multiples et variés tels que tisanes chez des sujets anxieux prenant des sédatifs.

Au total, ces troubles fonctionnels sont dus à trois symptômes :

— migraines (crises de foie) : 31 p. cent ;

— constipation ou fausse diarrhée de constipation (colite) : 34 p. cent ;

* Clinique des Maladies de l'Appareil digestif, Hôpital Saint-Eloi, 34059 MONTPELLIER.

— reflux gastro-œsophagien (aérophagie) : 35 p. cent, par malformation cardiale ou hernie hiatale (15 p. cent), mauvaises habitudes alimentaires (3 p. cent), alcoolo-tabagisme (2 p. cent), lésions organiques, cancers, ulcères gastriques, foie cardiaque, microlithiase (2 p. cent), accidents médicamenteux iatrogènes (3 p. cent), état dépressif (10 p. cent).

Les trois symptômes (migraines, constipation, reflux gastro-œsophagien) ont une relation nette entre eux.

Ils se répartissent différemment selon le sexe. En effet, les migraines et la constipation prédominent chez la femme, le reflux est plus fréquent chez l'homme. On trouve la triade plus fréquemment chez la femme.

Cette triple association était déjà connue : certains ont décrit des « migraines digestives, biliaires associées à une barre épigastrique, à un hoquet, à des ballonnements ou des flatulences, à une colopathie ». De même, il a été rapporté des « dyspepsies associées à des vomissements, migraines, troubles intestinaux », et une « colopathie fonctionnelle associée à une dyspepsie post-prandiale, à des migraines, des hémorroïdes, des troubles urinaires ».

L'identification de cette triade offre un intérêt multiple :

1. *faciliter le diagnostic* des douleurs épigastriques ou rétrosternales, considérées à tort comme gastrite, bulbite ou ulcère. Ce type de douleurs épigastriques est fréquent en Languedoc, aussi bien l'hiver en raison de la taille de la vigne, qu'en été en raison de la chaleur qui oblige à faire la sieste après le repas de midi et, de ce fait, favorise le reflux gastro-œsophagien. Ces douleurs apparaissent en tout lieu, en toute saison, en raison de la prise d'antalgiques pour migraines ou d'anti-inflammatoires pour des « rhumatismes », qui révèlent ou aggravent le reflux gastro-œsophagien ; soit de la surélévation des membres inférieurs motivée par des troubles veineux, qui fait apparaître le reflux gastro-œsophagien nocturne. De même, le reflux gastro-œsophagien peut simuler l'angor de décubitus avec irradiation cervicale, les douleurs de pancréatite ou de cancers sur cirrhose. Il peut être cause de hoquet, de voix rauque, de dysphagie paradoxale, de bronchite chronique, ou mieux de crises d'asthme.

2. *Diminuer le nombre d'examens complémentaires,* c'est-à-dire faire cesser ce délire investigatif qui multiplie les examens biologiques, radiologiques, endoscopiques et, de ce fait, les hospitalisations et les arrêts de travail itératifs.

3. *Clarifier la pathologie digestive fonctionnelle,* en supprimant tous ces termes de dyspepsie hypo- ou hypersthénique, dyskinésies biliaires ou duodénales, ptose gastrique et pelvienne, cholécystites chroniques, appendicite chronique, douleurs de l'hypocondre droit chez le migraineux, troubles digestifs hauts chez les constipés, brûlures abdominales ou ballonnements sus-ombilicaux des colopathes fonctionnels.

4. *Supprimer les traitements inutiles,* pour le foie (extraits de foie), pour les voies biliaires (cholérétiques, cholagogues), pour la digestion, etc. Bref, ces médicaments pour lesquels peu d'études contrôlées ont été faites.

5. *Augmenter l'efficacité thérapeutique* en traitant les deux ou les trois symptômes de la triade. Ce traitement consiste surtout à rassurer le malade, à le persuader qu'il n'y a rien de grave et surtout qu'il faut changer de mode de vie.

— Pour les migraines, aucune restriction alimentaire n'est conseillée. Il faut manger comme pendant les vacances. Les antimigraineux sont recommandés. Il faut toujours essayer de contrôler les facteurs déclenchants : hypoglycémie, hypertension artérielle, tabagisme, surmenage. La détente est nécessaire pendant les week-ends ou les vacances. Toutes les stations thermales sont indiquées, en particulier Le Boulou et Vichy.

— Pour le reflux gastro-œsophagien, on conseille principalement des mesures antireflux : manger lentement cinq fois par jour, ne pas trop boire pendant les repas mais entre les repas, supprimer les collations ou les tisanes au coucher, ne pas s'asseoir ni s'allonger après les repas, dormir le buste surélevé en soulevant les pieds de la tête du lit avec une cale, supprimer les vêtements trop serrés en particulier les corsets, ne pas dormir en pyjama de soie. Il faut aussi augmenter le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage par la métoclopramide, et diminuer l'acidité gastrique par les anti-acides ou la cimétidine si nécessaire.

— Pour la constipation, le malade doit faire une rééducation alimentaire, à savoir supprimer tous les interdits alimentaires, prendre du son, boire 2 litres de liquide par jour ; rééduquer la paroi abdominale, c'est-à-dire marcher, supprimer gaines et corsets ; rééduquer le côlon en se présentant à la selle à heures régulières, en utilisant des laxatifs doux temporaires (mucilages ou paraffine), des suppositoires de glycérine si nécessaire, enfin en supprimant les médicaments antidépresseurs, les calmants. Il faut surtout prendre le temps d'aller à la selle.

Les résultats de notre étude, selon cette conception, ont révélé des améliorations chez 85 p. cent des malades, parmi lesquelles 60 p. cent ont été immédiates, et 25 p. cent secondaires. Les échecs se chiffrent à 15 p. cent. En conclusion, ces malades doivent réapprendre à manger, se reposer et travailler.

Traitement thermal des troubles fonctionnels en pathologie hépato-vésiculaire

J.-H. PRADON VALLANCY *
(Vichy)

Plusieurs catégories d'eaux minérales sont utilisées en crénothérapie hépato-biliaire. La plus importante est celle des eaux bicarbonatées sodiques, chaudes ou froides, de Vichy, Le Boulou, Vals et Pougues.

Depuis des siècles, Vichy accueille des « patraques digestifs », hépato-vésiculaires en particulier, dont l'état est amélioré par ses eaux.

L'action de celles-ci est double :

— action physicochimique dotée d'un pouvoir réducteur, d'un potentiel catalytique capable de modifier l'équilibre physicochimique de l'organisme, d'agir sur le fonctionnement cellulaire, donc sur le métabolisme en général et la cellule hépatique en particulier ;

— action sur le « terrain », qu'il soit allergique, spasmophile, ou plus simplement psychosomatique.

INDICATIONS

Les indications hépato-biliaires que nous retiendrons découlent des constatations cliniques et de l'expérimentation.

Convalescence des hépatites infectieuses

Il faut d'abord faire la distinction entre les séquelles organiques (hépatites actives, hépatites persistantes) où les tests de cytolyse sont perturbés, et les séquelles fonctionnelles (fatigabilité à tout effort physique ou intellectuel, dyspepsie, allergies, migraines) où les tests de cytolyse sont normalisés.

Nos anciens l'avaient bien compris, qui exigeaient un délai de six mois entre la guérison clinique de l'« ictère », et la cure de Vichy.

Le plus souvent, il s'agira de convalescence d'hépatites à virus A dont la porte d'entrée est digestive, mais aussi à virus B (voies parentérale ou vénérienne), à virus non A - non B (transfusionnelles), des hépatites de la mononucléose infectieuse, plus exceptionnellement des hépatites toxiques après chimiothérapie (INH, IMAO, méthyldopa, méthotrexate).

Intolérances et allergies alimentaires

Ces deux vocables regroupent des états pathologiques différents. Les troubles allergiques sont soupçonnés par le « journal alimentaire », diagnostiqués cliniquement par les tests de Rinkel (leucopénie, thrombocytopénie, tachycardie) et immunologiquement par le RAST (radio allergo sorbent test) ou le TTL (test de transformation lymphoblastique).

Migraines

Nous considérons les migraines dans leur ensemble (les céphalées symptomatiques étant, bien sûr, éliminées), mais surtout dans leur forme digestive avec manifestations biliaires, souvent « libératoires » (vomissements, diarrhée).

Troubles de la motricité des voies biliaires

Il s'agit de la dyskinésie vésiculaire (cholécystatonie, vésicule irritable, siphopathies) et de la dyskinésie de la voie biliaire principale (de l'hépatique, du cholédoque, dyskinésie oddienne).

* 7, rue Alquié, 03200 VICHY.

Troubles persistant après cholécystectomie

La cure de Vichy améliore les troubles dits « réflexes », peu ou pas influencés par la chirurgie.

MODALITÉS DE CURE

Cure de boisson

Elle est essentielle, alors que les pratiques externes sont contingentes.

Les résultats prouvent la supériorité des doses faibles et répétées sur les doses élevées préconisées autrefois, responsables d'accidents.

Il faut souligner l'obligation de prendre les eaux chaudes (Chomel, Grande Grille, Hôpital) au griffon même de la source, et de les boire assez rapidement, avant que le contact de l'air ambiant n'ait modifié la température, l'équilibre ionique et par conséquent l'état colloïdal des composants (recomposition ionique à l'air). C'est dire que l'eau transportée n'a, du point de vue physiologique, pas plus de qualités qu'un composé chimique synthétique équivalent (cf. Debray, Roze et Besançon).

Pratiques externes

Elles peuvent présenter un appoint thérapeutique utile grâce à l'hydrothérapie générale ou locale à l'eau thermale, l'application de boues végétominérales, l'emploi de gaz émanés des sources, tous éléments qui, avec le régime, le changement de vie, le repos, la pratique d'un très large éventail de sports, ajoutent considérablement au potentiel de cure.

APPROCHE SCIENTIFIQUE

Bien qu'on ne puisse encore fournir d'explication scientifique rigoureuse à l'action des eaux de Vichy, une approche sérieuse en a été faite :

— l'action *amphocholérétique* des eaux thermales a été démontrée à Vichy par Bonnet et Nepveux, et de façon expérimentale par l'école de Debray avec J. de La Tour.

— L'action sur les *troubles allergiques* des eaux de Vichy a été mesurée par Loisy qui a appliqué à nos curistes allergiques la méthode de mesure du pouvoir histaminopexique du sérum (PHP) mise au point par Parrot et ses élèves. Cette mesure a été faite par l'auto-analyseur Technicon, en début et en fin de cure, pendant trois années successives. Elle a permis de constater que l'élévation moyenne globale du PHP était de 50 p. cent, la courbe étant progressivement ascendante et parallèle à l'amélioration clinique. C'est là une preuve tangible de l'amélioration profonde du terrain allergique.

— L'action sur les *troubles sécrétoires et vasomoteurs* en rapport avec la sérotonine a été étudiée par Loisy et Arnaud qui ont pratiqué des dosages urinaires, avant et après cure, de l'acide 5-hydroxyindole acétique (5-HIA), catabolite principal de la sérotonine (5-HT). Ils ont mis en évidence une diminution statistiquement significative de l'excrétion urinaire, aussi bien du 5-HIA que de la 5-HT, après la cure. C'est là une explication de l'effet bénéfique de certaines eaux de Vichy dans les névroses digestives, les manifestations d'allergie digestive et les migraines, qui s'accompagnent de perturbations du métabolisme de la sérotonine.

— L'action d'*induction enzymatique* a été étudiée par Debray, Roze et Besançon qui ont montré in vitro la stimulation de nombreuses enzymes en particulier de la transaminase glutamique pyruvique.

In vivo, Wegmann et Merle montrent que l'eau de Vichy accroît la charge cellulaire en peroxydases, enzymes qui joueraient un rôle important dans la fonction antitoxique.

CONCLUSION

Il est peu de médications qui aient fait l'objet de tant de contrôles cliniques et biologiques d'efficacité, ou d'innocuité, que les eaux thermales prescrites en pathologie hépato-biliaire.

Ces travaux sérieux, fondés sur des graphiques enregistrés, contrôlables, devraient faire tomber le septicisme a priori de certains cliniciens et donner une crédibilité scientifique au thermalisme.

REFERENCES

1. Bonnet G.F., Nepveux P. — *Congrès int. Allergie*, 1, 3, 1969.
2. Debray Ch., La Tour J. de. — *Sem. Hôp. Paris*, 1967, nº 9.
3. Debray Ch., Roze, Besançon F. — *Rev. int. Hépatol.*, 1966.
4. Loisy Cl., Arnaud. — *Symposium de Vichy, 1968.*
5. Parrot et coll. — *CR Soc. Biol. (Paris)*, 1953, *147*, 1946.

La pathologie fonctionnelle en rhumatologie

R. LOUIS *, J.C. RENIER
(Bourbon-Lancy, Angers)

La clientèle des rhumatologues est constituée avant tout de « malades douloureux ». Dans une proportion importante des cas, chez ces patients, la douleur est aisément rapportée à une *lésion anatomique,* facilement mise en évidence par la clinique ou la radiologie, ou les deux associées.

Ainsi, on pourra constater une atteinte articulaire évidente lors d'un rhumatisme inflammatoire, d'une arthrose des membres, d'une chondromatose, ou bien une tendinite précise du sus-épineux ou du tendon d'Achille, ou encore une radiculalgie indiscutable cervico-brachiale ou sciatique.

Mais assez souvent, certains malades se plaignent de douleurs pour lesquelles les signes cliniques sont, selon les cas, discrets, diffus, peu explicites, parfois variables, où les signes radiologiques sont absents et l'enquête biologique négative.

L'évolution montre que le tableau clinique reste comparable à lui-même, et que n'apparaissent ni signes articulaires nets, ni atteinte musculo-tendineuse caractérisée, ni radiculalgie authentique, tandis que les signes radiologiques et biologiques restent normaux.

On tend à regrouper de tels malades sous le vocable de « fonctionnels », appelation impropre et peu précise. Souvent, cette dénomination comprise dans le sens « sans base organique » traduit probablement une connaissance insuffisante de ces états et rien ne permet de dire que l'on ne découvrira pas dans un avenir plus ou moins proche un trouble biochimique ou enzymatique jusqu'à présent méconnu, qui en expliquera le mécanisme.

Les maladies fonctionnelles qu'on désigne aussi sous le terme de « psychalgies », de « rhumatismes » ou « d'algies psychogènes » sont des affections fréquentes, qui posent quotidiennement des problèmes aux médecins généralistes ou spécialistes. Certains admettent en effet que, parmi les malades se plaignant de douleurs, au moins un sur deux est atteint de psychalgie.

Les tableaux réalisés sont relativement variés. Ils possèdent toutefois en commun un certain nombre de caractéristiques assez évocatrices et s'accompagnent généralement d'un cortège de manifestations associées très diverses.

* 2, place d'Aligre, 71140 BOURBON-LANCY.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES GENERALES DES PSYCHALGIES

Les patients se plaignent donc essentiellement de douleurs qui se distinguent à la fois par leur topographie aberrante, leur persistance, leur intensité.

Topographie

Elle est aberrante : les zone douloureuses sont souvent multiples, diffuses, volontiers erratiques ; elles n'évoquent ni une affection ostéo-articulaire connue, ni une atteinte radiculaire précise, et ne respectent pas les territoires métamériques.

Les irradiations sont aussi variées qu'anormales, de trajets surprenants, à la fois ascendant et descendants.

Certaines particularités évoquent la psychalgie, par exemple ;

— les douleurs en gant, en chaussette, de délimitation fantaisiste, les lombalgies à irradiation ascendante, les hémicrânies s'accompagnant de douleur de l'hémicorps homolatéral ;

— cette atteinte de l'hémicorps siège souvent du côté gauche, ce qui a une grande valeur symbolique ; le côté gauche est le « mauvais côté », le côté du mal.

Rythme des douleurs

Il est des plus variables. Les douleurs sont permanentes, continues, parfois avec des paroxysmes. Elles ne sont pas modifiées habituellement par le repos ou la mobilisation. Mais elles n'empêchent pas le sommeil ; l'insomnie, quand elle existe, n'est pas due à la douleur.

Description des douleurs

Elle est très riche, très imagée mais peu précise, difficile à analyser. Fréquemment, leur intensité est extrême, atroce, insupportable. Elles sont rebelles aux antalgiques, ou lorsqu'un antalgique les soulage, son efficacité s'émousse assez vite.

D'autres fois, l'intensité est plus faible, les caractères sont vagues, assez flous. On notera que les émotions influencent souvent ce type de douleurs.

Enfin, elles sont souvent très anciennes, datant de plusieurs années, et contrastent avec un état général bien conservé.

Le médecin reste volontiers perplexe devant cette description des manifestations douloureuses. On ne peut à coup sûr tabler sur ces caractères pour affirmer qu'il s'agit bien d'une psychalgie ; toutefois, des signes associés pourront orienter le diagnostic :

— asthénie intense à maximum matinal ;

— malaises de type neurovégétatif ; lipothymie, palpitations, précordialgies (mais toujours sans traduction objective à l'examen clinique ou paraclinique) ;

— sensation de vertiges ;

— paresthésies variées, de localisations diverses, siégeant souvent au niveau de la cavité pharyngo-buccale.

En contraste avec ces troubles très richement décrits, l'examen clinique est quasiment normal. On ne retrouve au niveau de l'appareil locomoteur ni modification articulaire, ni contracture musculaire, ni limitation de la mobilité, ni signes neurologiques. Les examens paracliniques, radiographies et bilans biologiques sont également normaux.

Ce contraste doit faire penser à l'existence de troubles fonctionnels et l'on recherchera alors des troubles thymiques. Les plus fréquents sont :

— l'*état dépressif ;* dans certains cas, toutefois, les symptômes somatiques peuvent paraître prédominants, les troubles thymiques sont peu apparents et la dépression peut n'être pas reconnue : il s'agit de dépression masquée, à toujours rechercher lorsqu'il existe une disproportion entre des troubles fonctionnels intenses et des troubles organiques trop discrets ;

— l'*état anxieux,* caractérisé par une peur profonde et permanente, une appréhension douloureuse d'un danger imminent, s'exprimant par la crainte exagérée de la maladie, de ses conséquences, mais aussi de tous événements pouvant survenir dans la vie courante.

Ces deux états peuvent être associés.

— Il peut s'agir également d'une *névrose hystérique,* bien plus fréquente qu'on ne le croit généralement,méconnue parce que le médecin non psychiatre hésite à l'identifier. L'existence de manifestations névropathiques, de syndromes fonctionnels durables pouvant porter sur tous les aspects de la vie de relation, de manifestations viscérales variées sont pourtant assez évocatrices.

On pourra identifier encore selon les cas, mais plus rarement, un état phobique, une hypocondrie ou même une schizophrénie. Cette dernière, en particulier, doit être évoquée devant un malade qui a l'impression angoissante de se disloquer, de se transformer. Cette suspicion doit entraîner immédiatement le recours au psychiatre.

En fait, malgré sa fréqence, le diagnostic de psychalgie ne doit être évoqué qu'avec une extrême circonspection. Chez ces patients à symptomatologie aberrante, on peut toujours craindre de laisser passer les premières manifestations déroutantes d'une lésion organique débutante. Il est parfois difficile de savoir où et quand arrêter les investigations paracliniques, et un délai assez long peut être nécessaire avant que de pouvoir affirmer l'inorganicité des troubles.

C'est ainsi que, dans le Service de Rhumatologie du CHU d'Angers, ont été découverts, en l'espace de deux ans, sous des syndromes étiquetés fonctionnels et qui se présentaient effectivement comme tels :

— un méningiome de la fosse postérieure (tableau de cervicalgie postérieure avec céphalée occipitale),

— deux hernies discales cervicales basses, entraînant des dorsalgies traînantes, avec des petits troubles du comportement.

Il faut se souvenir que la douleur fatigue et perturbe, lorsqu'elle dure, les sujets les plus résistants.

ASPECTS CLINIQUES DES PSYCHALGIES

Dans un premier abord, trois groupes principaux peuvent être reconnus.

Algies du rachis

Elles sont très fréquentes et tous les segments peuvent être atteints :

Rachis cervical

Au niveau du rachis cervical ou plus exactement de la région crânio-cervicale, deux tableaux principaux peuvent être décrits :

— le *syndrome d'Atlas,* caractérisé par des céphalées postérieures occipito-cervicales peu intenses, mais avec sensation de pesanteur invincible de la tête ;

— le *syndrome de Barré Liéou,* syndrome subjectif, déclenché ou accentué par les mouvements de la tête. Il associe essentiellement des céphalées, des sensations vertigineuses, des manifestations auditives (acouphène), des troubles visuels sensoriels (brouillard, mouches volantes) et sensitifs (sable dans les yeux).

L'examen clinique est pauvre : les radiographies montrent une carvicarthrose banale.

Il peut s'agir soit d'insuffisance vertébro-basilaire, soit d'une irritation du sympathique cervical postérieur, soit d'une expression somatique d'un syndrome psychiatrique souvent de type anxio-dépressif.

— A côté de ces deux syndromes, on peut observer des crânio-cervicalgies inclassables et des migraines.

Dorsalgies

Il s'agit essentiellement des dorsalgies bénignes des jeunes femmes :

— elles surviennent volontiers à l'occasion d'un surmenage professionnel ou familial ;

— elles sont plus fréquentes dans certains métiers (couturières, secrétaires, dactylographes) ;

— il s'agit de douleurs dorsales hautes, à type de picotement, de brûlures, calmées par le repos ;

— l'examen cardiologique est normal,

— classiquement, il s'agit de psychalgies ; mais ceci peut être controversé, le facteur professionnel évoquant à l'évidence le surmenage d'une musculature cervico-dorsale insuffisante.

Lombalgies

On peut en reconnaître deux types :

— une lombalgie « fonctionnelle » primitive pas très fréquente, caractérisée par une douleur sans cause déclenchante, rebelle mais avec un examen clinique normal ou au contraire, dans certains cas, trop riche, avec camptocormie, démarche claudicante ; l'examen radiologique est normal ;

— une lombalgie « post-traumatique » survenant surtout après un accident de travail.

Les algies sont peu intenses, mais aggravées par le moindre effort et devenant peu à peu sévèrement invalidantes.

Sur les radiographies, on trouve souvent des altérations discales, des petits signes d'arthrose, qui paraissent authentifier les douleurs, alors que l'examen clinique est quasi normal. L'invalidité est nettement disproportionnée par rapport aux signes objectifs.

Coccygodynies

Il s'agit de douleur coccygienne, majorée par station assise et pression locale surtout chez la femme, fréquemment après un traumatisme ou un accouchement.

Polyalgies

Ce sont des douleurs diffuses répondant particulièrement bien à la description des psychalgies.

Elles peuvent être globales ou rester localisées soit au rachis, soit aux membres.

Elles peuvent s'accompagner de quelques contractures musculaires peu intenses, de signes radiographiques mineurs au niveau du rachis, mais les constatations faites sont sans commune mesure avec l'intensité des troubles.

Algies psychogéniques des membres

Deux tableaux principaux sont à retenir.

Impatiences des membres inférieurs

C'est le syndrome des jambes sans repos, ou paresthalgie agitante nocturne, caractérisé par des paresthésies profondes, des crampes de jambes, survenant en décubitus, obligeant le sujet à se lever et à remuer les membres inférieurs, les troubles réapparaissant lorsque le malade se recouche.

Acroparesthésie des membres supérieurs

Il s'agit de paresthésies des extrémités, s'accompagnant de crampes survenant de préférence la nuit, d'évolution capricieuse, disparaissant souvent sans séquelles.

En réalité, on a tendance, à présent, à retirer ces algies des membres du cadre des psychalgies, puisqu'une connaissance plus approfondie de ces syndromes a permis de leur reconnaître une cause organique :

— syndrome du canal carpien pour les acroparesthésies des membres supérieurs,

— artériopathie, veinopathie ou diabète pour les impatiences nocturnes.

Néanmoins, dans certains cas, la preuve de l'organicité n'est pas toujours évidente.

Majoration fonctionnelle de troubles organiques authentiques

En fait, dans un nombre de cas important, les manifestations fonctionnelles viennent majorer un syndrome rhumatologique existant, souvent de la série arthrosique.

Certes, classiquement, pour porter le diagnostic de « rhumatisme psychogène », on exige que soient normaux : l'examen clinique, l'examen radiologique, le bilan biologique.

En fait, cette exigence est souvent excessive. On sait d'ailleurs qu'un bon nombre de malades utilisent un phénomène pathologique réel pour extérioriser des situations conflictuelles ou des névroses obsessionnelles ou d'angoisse.

On ne s'étonnera donc pas qu'un nombre important de rhumatisants, se présentant comme des polyarthrosiques ou comme des sujets atteints de rhumatisme chronique du rachis, puissent être classés dans cette catégorie.

Devant des manifestations douloureuses persistantes, bien plus intenses et durables que les constatations cliniques et radiologiques ne peuvent l'expliquer, on sera amené à reconaître les perturbations thymiques et à poser le diagnostic de psychalgie sur syndrome rhumatologique vrai.

A propos de ces majorations de syndrome organique vrai, il faut évoquer ici également le rôle des

traumatismes dans le déclenchement des troubles fonctionnels.

Nous avons envisagé déjà le problème des lombalgies post-traumatiques. On connaît aussi le syndrome subjectif post-traumatique des traumatisés crâniens.

En fait, tout traumatisme, quelqu'en soit le siège, peut-être l'occasion du développement d'un syndrome fonctionnel, de nature psychopathique, la sinistrose.

C'est là une névrose réactionnelle survenant sans doute sur un terrain prédisposé, traduisant souvent un état anxieux ou dépressif latent. Les implications médico-sociales, les problèmes d'indemnisation, perturbent l'équilibre psychique de ces patients, et déclenchent le processus de majoration de troubles existants, réels ou supposés. Il s'agit souvent de travailleurs peu qualifiés craignant pour l'avenir une réduction de leur capacité de travail. Ils trouvent dans cette organisation de leur maladie une certaine valorisation et, en tout cas, un refuge et une solution apparente aux difficultés de leur vie.

Voici donc comment se présentent en rhumatologie les malades atteints de troubles fonctionnels.

Toutefois, on peut penser qu'un certain nombre de tableaux que nous avons décrits ne sont peut-être que des cadres « d'attente ». A mesure que nos connaissances rhumatologiques progressent, les causes de certaines manifestations fonctionnelles s'élucident. Nous avons déjà signalé le cas de certaines algies des membres, considérées jusque-là comme psychogéniques, et qui sont à présent reconnues comme organiques (également certains cas du syndrome de Barré Liéou).

Dans le domaine des polyalgies, on vient également de reconnaître récemment l'organicité de certaines manifestations douloureuses, qui appartiendraient à un syndrome individualisé par Smythe sous le terme de fibrosite. On le désigne en France sous le nom de *polyenthésopathie.*

Il s'agit d'un syndrome douloureux, siégeant à la face postérieure du tronc, où l'on met en évidence de part et d'autre du rachis des points douloureux symétriques et étagés. Il existerait dans ce syndrome une perturbation de la perception douloureuse, liée à une sécrétion insuffisante des endorphines ou de substances intermédiaires analogues.

On peut d'ailleurs se demander si des variations individuelles du seuil de perception douloureuse ne pourraient pas expliquer d'autres manifestations de type fonctionnel.

SIGNIFICATION DES PSYCHALGIES

On s'accorde à reconnaître que les psychalgies représentent la somatisation sur l'appareil locomoteur d'un trouble psychiatrique. Le symptôme « douleur » sert à véhiculer la demande d'aide du patient, incapable de faire face à lui seul à une situation conflictuelle intenable.

Dans certains cas, ce trouble est évident et essentiel. La consultation rhumatologique est l'occasion du dépistage, mais le patient doit être confié au psychiatre, seul habilité pour mener à bien des thérapeutiques majeures.

Dans la plupart des cas, en revanche, coexistent d'une part des troubles rhumatologiques réels, d'autre part des symptômes psychiatriques légers, apparemment bien contrôlés, permettant le maintien d'une vie relationnelle satisfaisante.

C'est le rôle du rhumatologue de prendre alors ces patients en charge intégralement, tant au point de vue du diagnostic que du traitement dans son ensemble ; le recours au psychiatre pour préciser les données du diagnostic et du traitement psychiatrique ne doit être qu'occasionnel.

Ce traitement, d'ailleurs, ne sera pas essentiellement médicamenteux mais consistera surtout à rester à l'écoute du malade, avec patience et persévérance. L'important, c'est la qualité de la relation qui s'installe entre le médecin et le malade ; c'est là le facteur thérapeutique essentiel.

Le rhumatologue doit accepter de revoir régulièrement ces patients, de les réexaminer avec soin, de réévaluer à chaque fois la part de l'organique et du fonctionnel, de les encourager à revenir en consultation.

Il lui faudra aussi s'attacher à soulager la part somatique des manifestations douloureuses et savoir recourir aux traitements indispensables : massages, kinésithérapie, infiltrations locales ; sans oublier les médications analgésiques et en cas de besoin le traitement de l'insomnie. L'apport de la crénothérapie sera également précieux, comme on le montrera tout à l'heure.

En fait, pour ce type de patients, l'essentiel en fin de compte n'est pas de guérir mais de pouvoir se faire entendre. Le médecin, quant à lui, devra se satisfaire autant d'une stabilisation que d'une guérison vraie. Et comme l'ont si bien dit Lequesne et Gourévitch, « le critère du succès n'est pas ici la guérison, mais la fidélité ; l'échec, c'est le malade qui disparaît, ce n'est pas celui qui récidive ».

Néanmoins, à côté de ce dialogue à maintenir, le rhumatologue devra rester vigilant et toujours remettre en cause le diagnostic initial, toujours rechercher une modification minime des signes organiques afin de déceler à temps, chez ces sujets connus et traités pendant des mois ou des années comme des névrotiques, l'apparition du symptôme qui révèlera peut-être la survenu d'une authentique affection organique grave.

Traitement thermal des malades fonctionnels en rhumatologie

J. LOUIS *
(Bourbon-Lancy)

CARACTERISTIQUES DES MALADES FONCTIONNELS RHUMATHOLOGIQUES EN CURE THERMALE

Avant d'aborder le traitement thermal des fonctionnels en rhumatologie et pour mieux cerner les problèmes posés par ces malades, nous avons voulu analyser comment ils se présentent effectivement en pratique dans nos stations.

Matériel d'étude

A cet effet, nous avons tiré au hasard 300 dossiers concernant des patients que nous avons soignés à Bourbon-Lancy pendant la saison 1980 (à titre indicatif, signalons que le chiffre total de curistes de la station a été de 2 294).

Ces 300 curistes se répartissent en 87 hommes (29 p. cent) et 213 femmes (71 p. cent). On retrouve la prédominance bien connue des curistes de sexe féminin en cure thermale.

Sur cet ensemble, nous avons identifié 181 organiques purs soit environ 60 p. cent, et 119 malades fonctionnels soit 40 p. cent. L'importance de ce dernier chiffre peut étonner. En réalité, il se rapproche des valeurs indiquées par certains auteurs, notamment des psychiatres affirmant que parmi les malades qui « souffrent », quelle que soit d'ailleurs la localisation des douleurs, la moitié sont des fonctionnels. Il faut indiquer toutefois que ce chiffre concerne aussi bien les patients qui sont des « fonctionnels » purs que ceux qui majorent un syndrome organique réel.

Sur nos 119 malades fonctionnels, on trouve 20 hommes et 99 femmes.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes est encore augmentée (83 contre 60 p. cent chez les organiques).

En revanche, les moyennes d'âge des hommes et des femmes, organiques et fonctionnels sont sensiblement comparables (tableau I).

Nous avons recherché si les fonctionnels avaient des caractéristiques particulières par rapport aux organiques, par exemple, en ce qui concerne situation matrimoniale ou cadre de vie. Nous n'avons pas trouvé de différence.

L'étude des activités professionnelles s'avère plus intéressante (tableaux II et III).

Chez les femmes, la proportion de sujets en période d'activité professionnelle est nettement plus forte pour les fonctionnels que pour les organiques (41,4 contre 28,1 p. cent).

Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le groupe des ouvrières — également des employées en activité. On discerne là certainement le rôle joué par le surmenage professionnel dans l'apparition des troubles fonctionnels, ce surmenage étant d'autant plus mal supporté que les femmes de ce groupe ont une fonction peu valorisante et qu'à leur activité professionnelle se surajoute l'activité domestique.

Chez les hommes, l'écart est encore beaucoup plus net entre les actifs et les retraités. On note surtout que durant la période d'activité professionnelle, ce sont au contraire les intellectuels à haute responsabilité qui présentent le plus de manifestations fonctionnelles.

Symptomatologie rhumatismale

Comme toujours en rhumatologie, il s'agit de patients se plaignant essentiellement de douleurs (tableau IV).

* 2, place d'Aligre, 71140 BOURBON-LANCY.

TABLEAU I. — *Répartition des malades selon l'âge et le sexe*

	Femmes		Hommes	
	Nombre de cas	Moyenne d'âge	Nombre de cas	Moyenne d'âge
Organiques	114 (63 %)	62,5 ± 18	67 (37 %)	61,2 ± 23
Fonctionnels	99 (83,2 %)	60 ± 18	20 (16,8)	58,7 ± 17

TABLEAU II. — *Activités socio-professionnelles des curistes femmes*

	Malades organiques	Malades fonctionnels
En activité	32 (28,1 %)	41 (41,4 %)
Retraitées	42 (36,8 %)	27 (27,3 %)
Sans profession	40 (35,1 %)	31 (31,3 %)
Ouvrières	13 (11,5 %)	23 (23,2 %)

Un premier groupe, le plus important, concerne les algies vertébrales localisées à un seul segment rachidien (30 cas) ou à plusieurs (46 cas). On retrouve constamment chez ces malades des modifications radiologiques semblant authentifier la réalité des troubles.

Un second groupe comporte 17 malades souffrant de polyalgies. Dans tous ces cas, il existe une atteinte diffuse ou localisée du rachis, parfois également des membres. Mais si l'on trouve quelquefois à l'examen quelques contractures musculaires, apparemment authentiques, les images radiologiques sont constamment normales.

Le troisième groupe concerne les polyarthroses avec, certes, atteinte des articulations des membres mais également, dans la quasi-totalité des cas, du rachis.

On retrouve là, par conséquent, une notion bien connue qui est celle de l'importance du rachis dans la pathologie fonctionnelle et dans l'idée que nous nous faisons de notre image corporelle.

La composante « fonctionnelle » est parfois difficile à retrouver chez ces malades. En réalité, quand on analyse bien leurs plaintes, on constate qu'elles sont sans rapport réel avec les constatations objectives de l'examen, à la fois au point de vue durée, intensité des troubles, fantaisie dans la description symptomatologique qui vont de pair avec l'inefficacité de tout traitement.

Si l'on compare les diagnostics « rhumatologiques » de ces malades fonctionnels avec ceux des organiques (tableau V), on constate trois différences essentielles :

TABLEAU III. — *Activités socio-professionnelles des curistes hommes*

	Malades organiques	Malades fonctionnels
En activité	34 (50,7 %)	13 (65 %)
Retraités	33 (49,3 %)	7 (35 %)
Cadres supérieurs Professions libérales Patrons	15 (22,4 %)	12 (60 %)

TABLEAU IV. — *Diagnostics rhumatologiques chez 119 fonctionnels*

	Hommes (Nbre de cas)	Femmes (Nbre de cas)
Algies rachidiennes localisées		
1. Sur arthrose ou discopathies		
— rachis cervical	3	3
— rachis cervico-dorsal	1	1
— rachis dorso-lombaire	1	
— rachis lombaire	4	13
2. Lombalgies sur syndrome tropho-statique		3
3. Cervicalgies post-traumatiques	1	
Algies rachidiennes globales		
1. Sur arthrose ou discopathies	2	24
2. Sur troubles statiques ou syndrome tropho-statique	1	14
3. Post-traumatiques	1	4
Polyalgies	2	15 (dont 1 post-traumatique)
Polyarthroses	3	21
Polyarthrites	1	1
Total	20	99

TABLEAU V. — *Diagnostics rhumatologiques comparés*

	Malades organiques (p. cent)	Malades fonctionnels (p. cent)
Rhumatismes chroniques dégénératifs des membres	18,2	—
Polyarthroses	23	20,2
Algies vertébrales étendues		
— sur arthrose	20,6	21,8
— sur syndrome trophostatique	3,4	12,6
Algies vertébrales localisées sur arthrose (rachis cervical, rachis dorsal, rachis lombaire)	18,4	21,8
Lombalgies sur syndrome trophostatique	2	2,5
Polyalgies	3,4	14,3
Rhumatismes inflammatoires	7	1,7

— les *polyalgies* ont un pourcentage nettement augmenté chez les fonctionnels par rapport aux organiques ;

— les *rhumatismes inflammatoires* existent chez 7 p. cent des malades organiques et 1,7 p. cent des malades fonctionnels ;

— les *arthroses des membres* comptent 18,2 p. cent chez les organiques et 0 p. cent chez les fonctionnels.

Symptomatologie fonctionnelle

La répartition des nos malades fonctionnels dans les cadres symptomatologiques habituellement admis (tableau VI) nous amène à faire les remarques suivantes :

1. Certaines catégories recensées ne comportent aucun représentant de nos curistes, notamment syndrome de Barrié Liéou, syndrome d'Atlas, dorsalgies bénignes essentielles des jeunes femmes, lombalgies essentielles.

Cette différence s'explique aisément :

— la composition de la clientèle des stations thermales rhumatologiques est telle qu'on n'y retrouve guère de sujets jeunes ;

— les patients ne viennent en cure qu'après plusieurs années de plaintes, alors que les manifestations douloureuses initialement localisées à un segment du rachis sont devenues plus diffuses, atteignant l'ensemble du rachis ;

— de toutes façons, la fréquence de ce type de troubles est assez réduite.

2. Le groupe des polyalgies est passé de 17 à 22 cas. Ceci tient à l'analyse plus serrée des manifestations douloureuses, établissant que chez un certain nombre de patients les constatations de minimes manifestations radiologiques rachidiennes ne pouvaient être prises en considération.

3. L'essentiel de nos patients se retrouve dans le dernier groupe : « majoration de syndromes organiques vrais ».

On ne s'étonnera pas de trouver dans cette catégorie un nombre important de nos curistes fonctionnels, se présentant au point de vue rhumatologique comme des polyarthrosiques ou comme des sujets atteints de rhumatisme chronique dégénératif du rachis.

4. Nous n'avons que peu de cas d'algies psychogéniques des membres.

D'ailleurs, on tend de plus en plus à reconnaître à celles-ci une étiologie essentiellement organique. Dans notre série, les patients répertoriés sous cette rubrique ont une symptomatologie telle que l'organicité des troubles ne peut être admise.

TABLEAU VI. — *Nature des manifestations fonctionnelles rhumatologiques chez 119 curistes*

	Hommes (Nbre de cas)	*Femmes* (Nbre de cas)
Crânio-cervicalgies		
— Barre Liéou		
— Syndrome d'Atlas		
— *non classables*	1	1
— migraines		1
Dorsalgies		
Lombalgies		
— lombalgies fonctionnelles primitives		
— *syndrome subjectif post-traumatique*		1
Polyalgies		
— *rachis*	3	4
— membre		
— *diffuses (rachis + membres)*	1	14
Algies psychogéniques des membres		
— *impatience des membres inférieurs*		1
— *acroparesthésies des membres supérieurs*		3
— douleurs des crêtes iliques		
— syndrome pseudo-paralytique des membres supérieurs		
— douleurs des crêtes iliaques		
— syndrome pseudo-paralytique des membres inférieurs		
Sacrococcygodynies		1
Majoration de syndromes organiques vrais	15	73

TABLEAU VII. — *Répartition des 119 malades fonctionnels selon le diagnostic psychiatrique*

Diagnostic psychiatrique	*Malades fonctionnels*		*Malades psychiatriques sans retentissement sur la symptomatologie rhumatismale*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Anxieux	7	29	1	4
Anxio-dépressif	5	19	1	
Dépressif	4	8		2
Hystérique		15		
Paranoïaque	1			
Pas de signes psychiatriques apparents	3	28		
Total	20	99	2	6

Troubles psychiques

Pour terminer cette « dissection » de nos fonctionnels, nous avons tenté une répartition de ceux-ci en fonction du diagnostic psychiatrique, ou si cette appellation peut paraître ambitieuse, car nous ne sommes pas psychiatres, en fonction du « profil psychocaractériel » (tableau VII) :

— anxiété dans 36 cas,

— dépression dans 12 cas,

— anxio-dépression dans 24 cas.

Il existe aussi 15 hystériques, toutes des femmes, avec dans 2 cas une composante anxio-dépressive; et 1 paranoïaque, masculin, lui aussi anxio-dépressif.

Enfin dans 31 cas, il n'existe pas de signes psychiatriques évidents. On peut admettre qu'il s'agit chez ces patients d'une dépression masquée.

On peut remarquer d'autre part que nous avons retrouvé chez 8 sujets organiques purs des troubles psychiatriques ne retentissant pas sur la symptomatologie rhumatismale.

CONDUITE A TENIR ET TRAITEMENT

Envisageons à présent les particularités de la conduite à tenir devant un « rhumatismant fonctionnel » venant en cure thermale.

Abord du malade

La première phase est, comme toujours, l'établissement ou la vérification du diagnostic en partant du symptôme rhumatologique allégué et en s'efforçant de discerner la présence d'un trouble psychologique sous-jacent.

Ce n'est déjà pas toujours si simple pour le médecin traitant, généraliste ou même spécialiste, et le médecin thermal se retrouve seul pour décrypter le problème.

Même chez un malade venant en cure avec un dossier parfait, il faut toujours remettre en cause la part de l'organique et celle qui revient au psychisme.

Cette approche attentive du malade, si elle est de rigueur dans toutes les disciplines est peut-être encore plus délicate en rhumatologie, à notre avis pour deux raisons :

— on sait que la douleur et l'impotence semblent le domaine privilégié des conversions somatiques chez les dépressifs et les hystériques. Ils trouvent là, sans doute involontairement, un langage plus facile et plus parlant pour exprimer leur malaise psychologique.

— Les troubles douloureux ostéo-articulaires et surtout l'impotence, que leur cause soit organique ou fonctionnelle, atteignent profondément les malades, qu'ils touchent dans leurs relations sociales ou professionnelles, perturbant leur travail, leurs possibilités de déplacement, voire leur autonomie. Ils détruisent leur schéma corporel, l'image esthétique qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur démarche, et ces constatations vont retentir plus ou moins gravement sur leur équilibre psychique.

Lorsque l'âge des malades est assez élevé, ce qui est le cas dans nos stations thermales, ces causes d'angoisse vont s'intriquer avec les perturbations psychologiques presque constantes dues à la ménopause, à l'andropause, à l'appréhension de la vieillesse.

Chez les malades encore plus âgés, le bilan psychologique sera encore plus complexe du fait de l'interférence des troubles névrotiques anciens, hystéroïdes ou paranoïaques modifiés par une note dépressive, des troubles circulatoires cérébraux, de la détérioration intellectuelle.

Attitude à adopter devant ces malades

Ce n'est qu'exceptionnellement, devant un tableau psychiatrique grave, qu'il faudra savoir se substituer au psychiatre et prendre des mesures d'urgence.

Dans la majorité des cas, on se comportera vis-à-vis de ces malades comme avec des organiques purs. On respectera le symptôme décrit, sachant qu'une maladie fonctionnelle est avant tout une maladie qui remplit une fonction, fonction de décharge parfois nécessaire à un conflit psychique insupportable autrement ; elle est en tout cas un langage détourné, parfois agaçant, mais qu'il faut patiemment déchiffrer parce que c'est un appel à l'aide auquel on doit s'efforcer d'apporter une réponse.

C'est seulement plus tard, lorsque le malade sera plus en confiance, plus détendu, en voie d'amélioration, que l'on pourra essayer, sans jouer au psychiatre, une approche plus psychologique et psychothérapique.

Pour notre part, s'il nous arrive assez souvent de prescrire des neurosédatifs, des anxiolytiques légers sans lesquels la cure risquerait d'être très mal suivie, nous nous efforçons, sauf nécessité absolue, de ne prescrire aucun produit majeur afin de ne pas mêler l'action propre d'un traitement médicamenteux à celle de la cure thermale.

Choix des techniques thermales

Il dépend du syndrome rhumatologique mais, le plus souvent, on donnera la préférence aux techniques sédatives, relaxantes :

— bains avec douches sous-marines,

— douches en pluie,

— applications de boue localisées,

— massages sous l'eau décontracturants, mais seulement si l'on est certain que la technique utilisée par le masseur est suffisamment douce, ces malades étant plus fatigables et hyperémotifs que les autres.

Nos patients sont la plupart du temps des insuffisants musculaires du fait de leur fatigue névro-

tique, des insuffisants respiratoires d'origine musculaire, et cette insuffisance musculaire entraîne des troubles de la statique vertébrale ; les hypercourbures qui en résultent sont, à leur tour, génératrices de douleurs et de fatigabilité.

La rééducation en piscine, par la facilité de mobilisation qu'elle offre, leur redonne souvent le goût du mouvement, la confiance en leurs possibilités et peut servir utilement de point de départ à une remusculation ultérieure plus active ; mais là encore, le traitement devra être prudent, évitant toute fatigue inutile, tout surmenage intempestif.

Tolérance de la cure (tableau VIII)

La plupart du temps, la cure se déroule sans problème important. La tolérance est bonne ou très bonne dans 75 p. cent des cas et médiocre ou mauvaise dans seulement 1 p. cent des cas.

Toutefois, par comparaison avec le groupe des organiques, on constate que chez ces derniers, il n'y a aucun incident dans plus de la moitié des cas. Chez les fonctionnels, l'absence totale d'incident n'existe qu'une fois sur trois.

Les incidents qui sont observés sont assez comparables chez les organiques et les fonctionnels. Il s'agit essentiellement (tableau IX) de poussées douloureuses, de fatigue, de troubles digestifs, et de troubles divers, les uns et les autres pouvant coexister chez le même patient.

Chez le fonctionnel, on constate une fréquence un peu plus grande des poussées douloureuses et surtout des malaises (vertiges, lipothymies, palpitations), d'allure « neurovégétative ».

Quelques incidents sont plus spécifiques :

— brusque décompensation d'un équilibre psychique jusqu'alors satisfaisant, soit d'emblée par l'isolement soudain dans un monde inconnu, ce qui explique quelques départs brusqués dès le lendemain de l'arrivée ou même à la simple vue de la chambre d'hôtel (le seul cas d'intolérance complète de notre statistique), soit à tout moment de la cure ;

— développement d'une réaction phobique insurmontable vis-à-vis de l'eau ; c'est ainsi qu'une de nos curistes est venue régulièrement à chaque consultation pendant trois ans sans jamais oser nous dire que sa peur de l'eau ne lui avait pas permis de franchir une seule fois les portes de l'établissement thermal.

Résultats (tableau X)

Nous avons pu apprécier le résultat des cures, chez nos patients venus en cure en 1979 et revenus en 1980. Cela a été le cas 115 fois chez les organiques, 85 fois chez les fonctionnels.

TABLEAU VIII. — *Tolérance de la cure thermale*

	TB	*B*	*AB*	*Médiocre*	*Mauvais*
Organiques (181 cas)	91 (50,3 %)	75 (41,4 %)	12 (6,7 %)	1 (0,5 %)	2 (1,1 %)
Fonctionnels (119 cas)	38 (31,9 %)	52 (43,7 %)	27 (22,7 %)	1 (0,8 %)	1 (0,8 %)

TABLEAU IX. — *Incidents de la cure thermale*

	Douleurs	*Fatigue*	*Troubles digestifs*	*Malaises*	*Divers*
Organiques (90 cas)	38 (42,2 %)	38 (42,2 %)	8 (8,9 %)	2 (2,2 %)	18 (20 %)
Fonctionnels (81 cas)	46 (56,8 %)	38 (46,9 %)	10 (12,3 %)	14 (17,2 %)	15 (18,5 %)

TABLEAU X. — *Résultats des cures*

	Très bon	*Bon*	*Nul ou médiocre*
Organiques (115 cas)	29 (25,3 %)	61 (53 %)	25 (21,7 %)
Fonctionnels (85 cas)	17 (20 %)	37 (43,5 %)	31 (36,5 %)

Le résultat final, s'il est un peu moins satisfaisant chez les fonctionnels que chez les organiques, reste bon ou très bon dans 63 p. cent des cas chez les premiers contre 78 p. cent dans l'autre catégorie. Ceci est tout de même appréciable puisque nous considérons qu'un résultat est bon seulement si l'amélioration dépasse 6 mois.

MODE D'ACTION DE LA CURE

Peut-on expliquer l'action de la cure thermale chez les malades fonctionnels ? Plusieurs facteurs semblent intervenir, qui sont d'ailleurs souvent invoqués pour l'ensemble des curistes :

— le contact quotidien prolongé avec l'eau chaude administrée selon ses différentes techniques,

— le maternage quotidien par un personnel soignant attentionné,

— les relations avec d'autres malades souvent plus handicapés qu'eux,

— les informations qu'ils reçoivent dans la station sur le rhumatisme, par exemple lors des conférences d'éducation sanitaire,

— la possibilité de repos sans inaction, de distraction sans surmenage.

Ces divers éléments réconcilient les malades avec leur corps et relaxent leur tension psychique tout en leur laissant le temps de prendre une meilleure conscience des dimensions exactes de leurs problèmes.

Nous savons aussi que le médecin et son discours font également partie de l'action thérapeutique :

— le médecin thermal, dégagé le plus souvent des examens paracliniques comme des traitements les plus agressifs, apparaît comme une nouvelle chance dans l'arsenal thérapeutique habituel et ravive ainsi les possibilités d'impact psychologique ;

— le rythme rapproché des consultations pendant 21 jours de cure apparente d'ailleurs sa technique à celle des psychiatres comportementalistes dont on connaît le succès croissant.

Mais il nous semble inexact de réduire l'action de la cure thermale à celle du repos dans un cadre agréable, de la kinésithérapie en eau chaude et de la psychothérapie individuelle ou collective.

Ces facteurs permettraient-ils vraiment à eux seuls d'obtenir, pour un traitement de 21 jours, des résultats favorables supérieurs à 6 mois et allant parfois jusqu'à 12 ?

Il nous paraît nécessaire d'approfondir le rôle des qualités de l'eau que nous utilisons et ce pourrait être là une recherche fructueuse.

D'un autre côté, la majorité des psychiatres s'accorde pour attribuer aux désordres psychiques, au moins aux dépressions, une double étiologie : un terrain biologique fragilisant, un environnement traumatisant.

La cure thermale agit de toute évidence en modifiant l'environnement ; mais la durabilité des effets obtenus ne permet-elle pas de supposer qu'elle pourrait aussi modifier ce terrain biologique fragile ? Agir sur le métabolisme de neuromédiateurs dont on sait à présent mettre en évidence les défaillances ? N'y a-t-il pas également là une perspective d'étude intéressante ?

CONCLUSION

Actuellement, nous devons nous contenter de constater l'effet clinique dont l'étude pragmatique est une démonstration déjà satisfaisante de l'efficacité des cures thermales.

Pour terminer, permettez-moi de faire un emprunt à Marcel Pagnol et de plagier sa recette du picon-citron-curaçao, telle que César essaie de l'apprendre à son fils Marius ; pour faire une bonne cure thermale, vous prenez :

— un tiers d'eau chaude en douches, bains, piscine, etc. ;

— un tiers de relaxation physique et morale dans un cadre agréable entouré d'un personnel prévenant ;

— un bon tiers de dialogue avec un médecin thermal aussi attentif aux problèmes psychologiques de son patient qu'aux finesses de la rhumatologie ;

— mais encore un « quatrième » petit tiers au moins de ce que contiennent nos eaux thermales qui, si elles gardent encore une grande partie de leur mystère, n'ont toujours pas fini de nous étonner par le bénéfice irremplaçable qu'en tire le plus grand nombre de nos malades.

Pathologie fonctionnelle en gynécologie et thermalisme

H.-G. ROBERT †, J.-P. LEFRANC *
(Paris)

La disparition brutale de notre Maître le Professeur H.-G. Robert nous à privés non seulement d'un grand chirurgien gynécologue, mais aussi d'un humaniste ; d'autres y ont perdu au moins autant : ses patientes, qui savaient trouver en lui, certes un praticien brillant, mais aussi le médecin attentif à leurs troubles ; et s'il reconnaissait parfois son incapacité à les en soulager, il les écoutait sans compassion, mais toujours avec intérêt, sachant la part de la pathologie fonctionnelle en gynécologie.

La pathologie fonctionnelle en gynécologie varie beaucoup selon notre activité et notre tempérament mais elle n'est jamais négligeable : certains chirurgiens doivent le savoir, une intervention hâtive remplaçant trop souvent une consultation éclairée, le résultat ne se fait pas attendre.

Il faut cependant dire que les limites de la pathologie fonctionnelle restent floues, les différentes explorations cliniques et paracliniques ne nous étant pas d'un grand secours ; mais les échecs thérapeutiques, notamment de la chirurgie, nous rappellent régulièrement que le fonctionnel est une réalité.

SYMPTOMATOLOGIE

Parmi ses multiples expressions, la *douleur* reste la plus fréquente ; plus ou moins chronique, souvent rythmée par les épisodes de la vie génitale et sexuelle, qu'il s'agisse de dysménorrhée, de dyspareunie, de mastodynie ou d'endolorissement permanent, elle intéresse rarement le praticien, le rebute souvent, et une première consultation entreprise maladroitement ne conduira qu'à un échec.

Les premiers rapports médecin-malade : interrogatoire, examen physique, s'avèrent pourtant essentiels : il faut prendre son temps, écouter avant de prescrire comme pour fuir ces patientes, des examens complémentaires (hystérosalpingographie et surtout cœlioscopie), dont l'intérêt est cependant certain lorsqu'ils permettent de découvrir une étiologie organique formelle à la douleur (endométriose, dystrophie ovarienne majeure, lésions infectieuses plus ou moins traînantes, ou séquelles d'un accouchement laborieux). Au moins aura-t-on la satisfaction d'un diagnostic formel, d'une guérison probable.

Mais bien souvent, la lésion découverte n'est pas très significative : dystrophie ovarienne ou varicocèle a minima, déchirure du ligament large, probables séquelles d'infection annexielle, prétendue chronique ; et son appréciation même varie d'un praticien à l'autre. On parlera alors d'« épine irritative » dont le traitement n'entraînera pas toujours la cédation des symptômes.

Ailleurs, et trop souvent, le bilan s'avère normal ; il ne faudrait cependant pas en déduire l'absence d'organicité : l'anomalie peut être microscopique, inaccessible à nos explorations, et la découverte récente du rôle, insoupçonné il y a quelques années, des prostaglandines dans certaines dysménorrhées, illustre bien notre ignorance.

Pourtant, beaucoup a déjà été fait pour comprendre ces « douleurs essentielles », jusqu'aux biopsies du tissu celluleux sous-péritonéal qui n'ont rien apporté de probant.

* Service de Chirurgie-Gynécologie, Hôpital de la Salpêtrière, 47, bd de l'Hôpital, 75651 PARIS CEDEX 13.

Faut-il avouer à ces patientes notre ignorance ?

Diminuées affectivement et socialement par leurs troubles, dépitées par les échecs thérapeutiques, par notre aveu, elles disparaîtront de notre consultation, pour y reparaître quelques mois ou années plus tard, rarement améliorées, plus souvent aggravées par des gestes chirurgicaux intempestifs, chacun pensant aboutir là où ses confrères ont échoué : l'humilité vaut mieux que l'agressivité opératoire.

Ailleurs, l'aveu d'une lésion irritative provoquera inéluctablement une fixation : les malades retiennent souvent plus qu'on ne leur dit, et interprètent, extrapolent des propos qui nous paraissaient sibyllins. La crainte d'un cancer renforce encore leur angoisse.

Le problème est donc bien délicat, mais l'épaisseur de leur dossier, la multitude d'explorations, de traitements subis, doivent, au fil de l'expérience, nous alerter, nous inciter à la prudence.

Certaines *stérilités* posent un problème assez identique. 20 p. cent ne reconnaissent pas d'étiologie organique patente, et force est donc de parler de pathologie fonctionnelle.

Mais les facteurs hormonaux, cervicaux, tubaires, ovariens sont certainement loin d'être tous connus, et l'appréciation difficile des séquelles infectieuses évoluant parfois à bas bruit, explique les fréquents échecs de la chirurgie réparatrice.

Là encore, les échecs, le découragement amèneront à consulter d'autres praticiens, qui recourront aux mêmes explorations et thérapeutiques en règle sans plus de succès.

Et parfois, après plusieurs années d'attente, alors que tout espoir était perdu, surviendra une grossesse.

Les *problèmes sexuels* nous laissent, nous gynécologues, bien démunis.

Qu'il s'agisse de dyspareunie sans cause organique, d'anaphrodisie, d'anorgasmie, les barrières philosophiques, religieuses, l'évolution de la sexualité, la multiplicité des facteurs et l'épanouissement féminin rendent notre tâche bien délicate, d'autant que nous n'avons été que très imparfaitement instruits des théories scientifiques et psychanalytiques d'ailleurs divergentes.

Mais une écoute attentive n'est jamais du temps perdu : bien des femmes n'espèrent d'ailleurs pas plus.

Cela reste également vrai pour les *troubles du climatère :* l'aménorrhée, la crainte du vieillissement, l'incompréhension fréquente de l'entourage, font chanceler l'équilibre.

L'hormonothérapie substitutive améliore bien des troubles, mais elle n'est pas tout : un soutien psycho-affectif, une vie active en amélioreront les résultats.

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS

Les moyens habituels, hormis l'hormonothérapie de la ménopause, de l'endométriose, le blocage par œstroprogestatifs des dystrophies ovariennes, restent décevants.

— La *pharmacopée* est pourtant riche en anti-inflammatoires, antibiotiques qui, s'ils sont efficaces sur les lésions aiguës, ne le sont pas lors du passage à la chronicité.

— Les *traitements chirurgicaux* ne s'appliquent qu'à certaines lésions organiques.

Dans le cadre des douleurs pleviennes, tout a été fait : de la salpingectomie pour séquelles infectieuses, à l'hystérectomie totale avec annexectomie.

Si nous réussissons parfois, nos fréquents échecs doivent freiner les ardeurs chirurgicales : bien des femmes reviendront avec les mêmes symptômes, bien que l'on ait traité une prétendue « épine irritative ».

Trop souvent, des interventions multiples induiront une sclérose, une cellulite pelvienne, qui ne feront qu'accroître les phénomènes douloureux.

Ces mauvais résultats avaient amené Cotte à pratiquer la résection du nerf présacré ; bien peu y ont encore recours.

La *chirurgie plastique* des stérilités tubaires voit ses résultats améliorés grâce au microscope, mais certaines infections a minima, résistantes aux antibiotiques, source de sclérose, conduiront à l'échec.

CONCLUSION

Force est donc de constater notre impuissance devant certains troubles fonctionnels, notamment les séquelles infectieuses qui sont source de douleur et de stérilité.

Depuis longtemps, notre Maître Robert préférait adresser ses patientes à son ami le Docteur Canel : le repos, le changement transitoire de vie, l'action sédative de certaines eaux, améliorent dans la majorité des cas de façon durable, voire guérissent ces femmes, dont l'épanouissement au sein du couple et de la société est enfin acquis.

Tentons de suivre ses conseils et de développer le rôle du thermalisme en gynécologie.

Le traitement thermal des troubles fonctionnels en gynécologie

Y. CANEL *
(Luxeuil-les-Bains)

La clientèle des stations thermales spécialisées en gynécologie est composée de deux groupes de femmes d'égale importance : celles qui souffrent et celles qui sont stériles. Parmi les douleurs génitales féminines, les algies pelviennes d'origine fonctionnelle pure sont en minorité. Au contraire, chez les femmes stériles fréquentant nos villes d'eaux, la part fonctionnelle est essentielle.

Les *sources utilisées* en gynécologie thermale sont de trois types :

— les eaux chaudes radioactives peu minéralisées, les plus nombreuses, sont celles de Luxeuil, Néris, Plombières, Bagnoles-de-l'Orne, etc. Luxeuil est plus spécialisée en gynécologie ; les eaux de cette station sont chaudes, entre 25 et 63 °C, d'origine profonde, sans dominante chimique nette mais avec une teneur plus marquée en fer et en manganèse ; elles ramènent des boues à la surface. Ces sources ont un effet sédatif local et général, anti-inflammatoire, décongestivant, phlébotonique, gonadostimulant, sensibilisant les récepteurs hormonaux périphériques.

— Les sources sulfureuses qui nous intéressent sont celles de Luz-Saint-Sauveur et Challes. Saint-Sauveur a des eaux à 36 °C, riches en soufre minéral et organique ; elles sont moins sédatives que celles du groupe précédent, excitomotrices sur la fibre musculaire lisse, et gonadostimulantes, avec tous les effets du soufre sur les muqueuses.

— Les sources salées sont nombreuses : nous n'employons que les eaux chlorurées sodiques fortes, en particulier celles de Salies-de-Béarn, qui sont froides et contiennent 300 g de sels par litre, avec tous les chlorures, bromures et iodures alcalins. Contrairement aux deux groupes précédents, elles sont excitantes, congestivantes et stimulantes.

Leurs *modes d'application* en crénothérapie gynécologique sont les suivants :

— grands bains généraux à 35-36 °C pendant 10 à 30 minutes ;

— irrigations vaginales de 5 à 80 litres d'eau, administrées pendant ces bains, à faible pression ;

— douches sédatives ou stimulantes, générales ou locales, avec douches filiformes sur le col, dans les stations sulfureuses et salées ;

— applications de bcue thermale sur l'abdomen à Luxeuil.

Les trois types de sources traitent avec succès les troubles fonctionnels gynécologiques, la douleur et la stérilité.

Lors de ma dernière entrevue avec mon cher et vieil ami Henri Robert à sa consultation du mercredi à la Salpêtrière, peu avant son décès qui m'a causé une peine immense, car nous nous connaissions depuis 30 ans, nous avons évoqué la réunion d'aujourd'hui : « les troubles fonctionnels en gynécologie » ; et il me disait : « Je vois peu de " fonctionnelles " ; tôt ou tard, on finit par faire un diagnostic étiologique précis et, toi aussi, je suis sûr que tu en vois peu, car à la fin tu guéris des

* 10, rue Georges-Clemenceau, 70300 LUXEUIL-LES-BAINS.

lésions ». Cette étiquette de « fonctionnelles » lui semblait un diagnostic d'attente. Quand il nous décrivait, avec un grand talent, une observation de douleur féminine en apparence sine materia, dessinant la silhouette et l'expression de ces femmes avec des détails précis, exprimant leurs plaintes sur tous les tons, il complétait volontiers sa description par cette réflexion : « Je ne connais pas de malade imaginaire ». Une femme de 25 ans a une dysménorrhée épouvantable, invalidante, depuis sa puberté ; les examens cliniques et paracliniques n'apportent aucune étiologie organique formelle, nous n'avons pas de diagnostic précis : nos investigations sont encore trop limitées car ce n'est pas une dysménorrhée « imaginaire ».

Les douleurs d'origine fonctionnelle pure, sine materia, sont rares : ce sont certaines dyspareunies, le vaginisme névropathique et encore la cystalgie à urine claire. Dans toutes ces affections, l'élément psychique est essentiel. Ajoutons-y les douleurs des petites mentales, des asthéniques, des déprimées, des hystériques, qui traduisent leur anxiété et leurs fantasmes en douleurs inattendues avec des irradiations surprenantes vers la vulve, le clitoris, etc.

Toutes ces patientes tirent bénéfice des eaux chaudes radioactives de Luxeuil, ou mieux encore de Néris, station psychiatrique par excellence.

Mais la douleur est souvent plus complexe : elle a été déclenchée par une « épine irritative » inflammatoire (séquelle de salpingo-ovarite), aggravée par un trouble circulatoire (stase veineuse pelvienne), exacerbée de façon cyclique par des ovaires dystrophiques ou par un geste chirurgical trop lourd ; enfin, cette douleur se développe sur un terrain nerveux et psychique propice.

Un ami, gynécologue dans une grande ville de l'Est, me dit volontiers « Je t'envoie toutes mes " fonctionnelles " ; ce sont des malheureuses qui ont hanté les cabinets de tous les gynécologues des environs ; elles ont des observations compliquées, des dossiers très épais, elles sont allées de gynécologues en gastroentérologues, en urologues, parfois en rhumatologues et en neurologues. Elles ont consulté des homéopathes, des acupuncteurs, des chirugiens ; le tiers de mes « douloureuses » a été opéré : interventions itératives, retirant d'abord une annexe, puis l'autre et l'utérus, mais en vain car la douleur est toujours là.

Ces « laissées pour compte » exaspèrent parfois leur médecin, lassé de tous les échecs thérapeutiques. Souvent, ce sont des mal-mariées ou des déracinées : je pense à quelques espagnoles et portugaises vivant dans le Nord et dans l'Est.

Quel traitement pourra mieux agir sur tous ces facteurs cicatriciels, veineux, ovariens, nerveux, psychiques que la cure thermale ? N'oublions pas la part iatrognèe de la douleur, le rôle néfaste de certaines médications hormonales : dans les bienfaits d'une cure thermale l'arrêt des traitements antérieurs compte pour une bonne part.

Les douleurs récentes encore labiles chez les anxieuses et les déprimées sont apaisées par les eaux chaudes de Luxeuil ou les eaux sulfureuses de Challes ou Saint-Sauveur.

Les algies plus anciennes, plus organisées, relèvent de Salies-de-Béarn, surtout pour les femmes molles et atoniques que les eaux chlorurées sodiques vont stimuler.

A la douleur s'associent volontiers des troubles sexuels, La douleur peut en être l'expression : la cure thermale est alors l'occasion d'une investigation sexologique prudente.

L'isolement, l'éloignement du milieu habituel et du cadre conjugal, combinés avec l'effort excitant de nos pratiques hydrologiques et des eaux elles-mêmes, font que le séjour dans l'une de nos stations guérit souvent la frigidité : nombreuses sont celles qui éprouvent leur premier orgasme pendant leur cure à Luxeuil.

La stérilité nous amène la moitié de nos patientes : dans l'ensemble des stations gynécologiques, les deux meilleures indications de la cure sont le défaut d'ascension des spermatozoïdes dans la glaire cervicale et les insuffisances du corps jaune.

Un test post-coïtal toujours négatif, avec absence de spermatozoïdes dans une glaire cervicale dite normale, claire et filtrante, est un obstacle définitif et difficilement curable.

Une cinquantaine d'observations récentes montrent qu'à Luxeuil, la cure rend le test post-coïtal aussitôt positif dans la moitié des cas, et pour une durée de deux à trois cycles environ : elle permet alors une fécondation rapide dans 40 p. cent des cas.

La stérilité par insuffisance du corps jaune, confirmée par la courbe thermique, les dosages hormonaux et la biopsie endométriale, relève de l'hormonothérapie classique par Ondogyne, Clomid, Humégon, Estradiol, Progestérone, etc., mais l'action gonadostimulante des eaux minérales est assez efficace sur une insuffisance du corps jaune pour être prescrite en relais des traitements majeurs, ou même d'emblée.

Ajoutons que l'innocuité de la cure thermale plaide en sa faveur car les grands inducteurs de l'hypophyse risquent d'entraîner une hyperstimulation ovarienne telle qu'ils ne peuvent être maniés que par certains gynécologues, aidés par d'excellents laboratoires.

La stérilité d'un couple affectant les deux conjoints, une cure devrait toujours être conjugale : il est opportun que les deux partenaires séjournent ensemble dans la station, pour des raisons psychologiques sur lesquelles il est inutile d'insister.

L'interrogatoire nous apprend que la responsabilité de la stérilité est souvent partagée : à un trouble fonctionnel féminin s'ajoute une insuffisance du sperme. Quand ces couples stériles associent vacances et cure thermale, nous imitons certaines pratiques étrangères et nous prescrivons à ces hommes bains et douches, et nous obtenons des grossesses en plus grand nombre : « Rien n'est insolent comme un fait ».

Nous pensons pouvoir affirmer que la crénothérapie stimule les petites insuffisances testiculaires comme les petites insuffisances ovariennes.

De toutes façons, ces cures thermales conjugales entreprises dans un climat de détente et de verdure contribuent à rétablir une bonne harmonie psychologique et sexuelle.

Quelle station choisir ? Les trois types d'eaux agissent sur l'innervation et la vascularisation de l'endocol, sur les récepteurs hormonaux, et sur les troubles de l'ovulation.

D'ailleurs, nous avons la preuve biologique de l'action hormonale des eaux minérales !

Le Professeur Louvel montre le premier en France que les eaux chaudes de Bagnoles-de-l'Orne noircissent le dos de la grenouille par prolifération de mélanocytes et provoquent l'apparition de callosités sur le pouce du crapaud (tests de stimulation hypophysaire).

De 1955 à 1965 deux groupes de recherche étudient l'action des eaux de Luxeuil sur la rate (le Professeur Schramm de Paris [17], les Professeurs Lamarche et Grignon de Nancy [15, 16]). Plusieurs centaines de rates blanches sont soumises à des bains, des irrigations vaginales, pataugent dans la boue, vivent dans des atmosphères saturées en gaz thermaux. Des groupes témoins sont traités à l'eau ordinaire, d'autres sont castrés ou surrénalectomisés. Les frottis réalisés pendant la cure montrent une action œstrogénique très marquée chez les animaux normaux et surrénalectomisés, nulle chez les castrés. Après un mois de traitement, ils sont sacrifiés. Au total, l'étude histologique du vagin, de l'utérus, des ovaires, de la thyroïde, des surrénales, de l'hypophyse, permet aux deux équipes de conclure à une stimulation neurohormonale importante à point de départ hypophysaire, et aussi à une action directe sur les récepteurs hormonaux périphériques.

Les Professeurs Bernard et Cabanel (Grenoble) inspirent à A. Schreiber une thèse soutenue en février 1981 : « Etude expérimentale des effets de l'eau de Challes sur le tractus génital de la rate ». Vagin, utérus et ovaires montrent des aspects histologiques de lutéinisation. En outre, les dosages plasmatiques des hormones stéroïdiennes révèlent une augmentation de la progestérone et de l'œstradiol. Même chez les animaux ovariectomisés, Challes obtient un taux de progestérone plasmatique significatif, grâce à une stimulation surrénale !

L'étude des récepteurs hormonaux est d'un intérêt capital et devra être entreprise, tant à Luxeuil qu'à Challes.

Des travaux étrangers sur le rat et le lapin femelles aboutissent aux mêmes résultats : des Allemands, des Autrichiens, des Japonais confirment nos conclusions pour toutes les eaux chaudes radioactives. Sur le lapin mâle, ils observent une stimulation de la spermatogénèse, avec augmentation du poids des vésicules séminales, etc.

En 1955, une étude faite à Luxeuil sur plusieurs dizaines de malades par Bernard et M^mo^ Calvet-Bégni, basée sur des dosages systématiques des phénolstéroïdes urinaires, ainsi que des 17-cétostéroïdes et des 17-OH, montre une augmentation des taux d'élimination.

Turpault [18] et Boinet [3]), à Challes, étudient une série de 322 cas de stérilité sur laquelle ils obtiennent 32 p. cent de succès.

Baatz, en Allemagne, obtient 40 p. cent de grossesses sur près de 500 cas.

En 1970, à Luxeuil, un élève du Professeur F. Besançon étudiant les dossiers de la station pour son attestation d'Hydrologie, relève 29 p. cent de succès pour la stérilité organique, et 36 p. cent pour la stérilité fonctionnelle.

Le Professeur Lamarche, dans la thèse de M^mo^ Trechot (Nancy, 1979) : « Action des eaux de Luxeuil dans le traitement de la stérilité féminine », arrive aux mêmes conclusions.

L'action des eaux minérales sur le système nerveux a fait l'objet de maints travaux, et à Luxeuil, sous la direction du doyen Louis Merklen, des modifications des réflexes oculo-cardiaques et solaires ont été étudiées à la même époque, Politur a signalé, dans la Revue de Médecine aéronautique, l'action bénéfique des eaux de Luxeuil sur le « syndrome de manque de confiance en soi des jeunes pilotes militaires de la base aérienne de cette ville »...

Le traitement thermal des troubles fonctionnels en gynécologie repose donc sur des arguments objectifs qui expliquent son efficacité et sa crédibilité.

RÉFÉRENCES

1. Besançon F., Lamarche M. — Thérapeutique thermale en gynécologie. *Encycl. méd.-chir.*, Gynécologie, 1974, 95 A 10, 1-5.
2. Binet A., Binet M., Canel Y. — Les eaux chaudes, peu minéralisées et radio-actives et les eaux chlorurées sodiques en gynécologie. Leurs propriétés et leurs indications respectives. *Rev. fr. Gynécol. Obsté.*, 1950, *45*, 53-62.
3. Boinet G. — *La gynécologie à Challes-les-Eaux*. Chambéry, Impr. Gombia, 1975.
4. Canel Y. — Le traitement hydrominéral des salpingites. *Gaz. méd. Fr.*, 1948, *55*, 375-376.
5. Canel Y. — Le traitement hydrominéral du vaginisme. *Gaz. méd. Fr.*, 1949, *56*, 329-330.
6. Canel Y. — Traitement des inflammations génitales à Luxeuil-les-Bains. *Presse therm. clim.*, 1950, *87*, 72-73.
7. Canel Y. — Traitement hydrominéral des dyspareunies. *Presse therm. clim.*, 1951, *88*, 129-131.
8. Canel Y. — Modifications du réflexe oculo-cardiaque et solaire au cours de la cure de Luxeuil. *Bull. Acad. natl. Méd.* (Paris), 1953, *137*, 249-254.
9. Canel Y. — Le traitement hydrominéral des inflammations génitales et des algies pelviennes de la femme. *Rev. Prat.* (Paris), 1959, *9*, 2393-2396.
10. Canel Y. — Affections veineuses et gynécologie. *Presse therm. clim.*, 1969, *106*, 195-200.
11. Canel Y. — Le traitement hydrominéral des douleurs génitales féminines. *Rev. Gynécol.*, 1973, *24*, 365-366.
12. Canel Y. — Traitement thermal des douleurs génitales féminines. *In : Entretiens de Bichat 1979, Thérapeutique,* Paris, Expansion Scientifique Française, 1979.
13. Canel Y., Engelhard, Schramm B. — Etude expérimentale du mécanisme d'action des eaux de Luxeuil-les-Bains sur l'appareil génital de la rate. *Presse therm. clim.*, 1957, *94*, 222-225.
14. Canel Y., Engelhard, Schramm B. — Eaux radio-actives et glandes endocrines. *Presse therm. clim.*, 1958, *95*, 193-203.
15. Lamarche M. — *Crénothérapie des affections gynécologiques et endocriniennes. Thérapeutique thermale et climatique.* Paris, Masson, 1972.
16. Lamarche M., Grignon G. — Etude expérimentale de l'effet œstrogénique de la cure de Luxeuil. *Presse therm. clim.*, 1965, *1*, 37-39.
17. Schramm B. — Etude de l'action hormonale des eaux de Luxeuil par la méthode des frottis vaginaux. *Presse therm. clim.*, 1951, *88*, 204-205.
18. Turpault M. — *Les maladies des jeunes filles et des femmes traitées à Challes-les-Eaux.* Villefranche, Impr. Lamarsalle, 1949.
19. Vinci-Becq C. — *Traitement des algies pelviennes chroniques d'origine génitale à Luxeuil-les-Bains.* Thèse Méd., Nancy, 1975.

Pathologie fonctionnelle en otorhinolaryngologie

J. MARCHAND *
(Paris)

En otorhinolaryngologie, on désigne généralement sous le nom de fonctionnelles des affections ne comportant que des manifestations subjectives, sans aucune lésion objective.

Cette définition est très restrictive : elle nous oblige à mettre à part deux ordres de faits assez voisins mais néanmoins un peu différents par leur thérapeutique, dans lesquels intervient également un facteur fonctionnel plus ou moins important.

Ce sont d'abord les déclenchements fonctionnels psychosomatiques de certaines affections organiques ou du moins de leur crise, tel le déclenchement par un stress d'une crise de rhinite allergique ou vasomotrice. Ce sont également et surtout les retentissements particuliers qu'ont des affections organiques minimes sur certains terrains d'instabilité neurovégétative ; nous en verrons plus loin des exemples au niveau du pharynx.

Dans ces deux cas, le facteur fonctionnel joue un rôle de déclenchement, de caisse de résonance ou de terrain favorisant, mais le traitement essentiel sera celui de l'affection organique, alors que dans les troubles purement fonctionnels, le seul traitement susceptible de quelque efficacité sera celui du déséquilibre nerveux.

D'emblée, on comprend la précarité de ce cadre ainsi défini, qui repose exclusivement sur l'absence de manifestations objectives susceptibles d'expliquer des troubles subjectifs.

En effet, cette absence peut en réalité être due au simple fait qu'on n'a pas su trouver la lésion anatomique responsable ; c'est dire la nécessité d'un examen très soigneux de ces malades avant d'affirmer la nature fonctionnelle de leurs troubles.

Cette absence de lésions objectives peut également être due au fait qu'elles ne sont pas encore apparues, d'où la nécessité de surveiller ces malades : un trouble que l'on avait d'abord baptisé fonctionnel peut s'avérer, par la suite, avoir été le début d'une affection organique.

Enfin, elle peut être due au fait que le trouble objectif échappe actuellement à notre connaissance, tel un trouble biologique encore inconnu. C'est pourquoi la pathologie fonctionnelle peut être considérée jusqu'à un certain point comme un cadre d'attente.

De nombreux travaux ont été consacrés à cette pathologie fonctionnelle.

Pour certains, ces manifestations fonctionnelles peuvent s'interpréter comme l'exagération d'une stimulation par ailleurs normale au niveau d'un système sensoriel. On y a vu également l'effet d'une perturbation vasomotrice.

Enfin, en suivant Laborit, on pourrait considérer que ces algies idiopathiques sont la conséquence d'un conditionnement préalable, d'une sorte de mémoire douloureuse, qui reposerait sur une mémoire dynamique neurophysiologique et une mémoire cellulaire.

Quoi qu'il en soit, ces troubles fonctionnels, tels que nous les avons définis, sont tenaces ou récidivants mais restent en général stables dans leur intensité et ne présentent pas d'aggravation progressive. Ils peuvent par contre changer de lieu, et passer d'un organe à un autre. Ils obsèdent surtout le malade par leur continuité ou leur répétition ; ils sont alors souvent rythmés par les agressions psychosomatiques. Ils s'accompagnent parfois de manifestations neurotoniques, voire psychiatriques.

En effet, il convient de distinguer, au point de vue étiologique, deux types de manifestations fonctionnelles :

— celles de nature névrotique sont les plus graves mais les moins fréquentes ; elles s'intègrent alors dans les symptômes d'une névrose caractérisée ;

* ORL, Hôpital Broussais, 96, rue Didot, 75674 PARIS CEDEX 14.

— celles de nature psychosomatique sont de loin les plus fréquentes ; elles se développent chez des sujets normaux mais dont le pouvoir d'adaptation s'est effondré à la suite de certaines situations douloureuses.

Ces deux formes peuvent, dans une certaine mesure, être distinguées dès l'interrogatoire : la symptomatologie des affections névrotiques étant plus riche, plus angoissée, plus dramatique, plus fantasmatique que celle des affections psychosomatiques.

Ceci dit, la pathologie fonctionnelle est très fréquemment rencontrée en ORL, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné que le nez et la gorge sont autant de sentinelles placées à l'entrée des voies aériennes supérieures et voies digestives, richement innervées et soumises à des agressions et des stress itératifs. C'est pourquoi, renonçant à faire ici une étude exhaustive des différentes manifestations fonctionnelles en ORL, nous nous bornerons à évoquer brièvement les plus fréquentes et les plus typiques.

C'est au niveau du *pharynx* qu'on les rencontre le plus fréquemment. Ce sont les classiques et combien communes paresthésies pharyngées. Canuyt, il y a 40 ans déjà, les définissait comme « un syndrome douloureux du pharynx, caractérisé par un ensemble de sensations pénibles, dont l'examen de la gorge et du cou ne nous donne pas d'explications objectives ».

Elles se présentent le plus souvent comme une gêne douloureuse unilatérale, d'intensité et de caractère variables ; elles apparaissent spontanément ou à la déglutition à vide, c'est-à-dire à la déglutition de la salive mais, fait essentiel, n'apparaissent pas lors de la déglutition des aliments qui, au contraire, s'effectue avec la plus grande aisance et même, paradoxalement, soulage de façon assez durable les douleurs existantes.

Cette absence de dysphagie douloureuse, laquelle est constante au contraire dans les affections organiques, infectieuses ou néoplasiques, est un élément diagnostique essentiel et facile à rechercher.

Fréquentes également sont :

— les sensations de fausse présence dans la gorge, de poil de brosse ou d'arête de poisson, par exemple ;

— les glossodynies à type de brûlure superficielle ou de douleur profonde exacerbée par les mouvements de la langue.

Bien souvent, on ne retrouve aucune lésion objective : la symptomatologie est créée de toutes pièces par un malade anxieux, souvent cancérophobe ; elle naît parfois de la constatation d'un relief anatomique normal, interprété comme une lésion organique et qui devient alors le support de gêne et de douleur ; c'est le cas par exemple des papilles foliées de la langue, interprétées comme un cancer par un sujet cancérophobe. Ces sujets, à première vue, paraissent absolument normaux, mais un examen plus attentif révèle généralement, un déséquilibre plus ou moins important. On retrouve souvent dans leur passé plus ou moins proche, soit un choc émotif, un décès, une dégradation de la situation matérielle, soit une atteinte psychique plus importante, et on sait maintenant que les glossodynies, par exemple, sont souvent le premier signe d'une dépression nerveuse.

Les paresthésies pharyngées, dans ces cas, sont parfois intenses, souvent plus modestes, mais leur persistance insolite est une source de préoccupation perpétuelle pour le malade et devient une véritable obsession ; d'autant plus qu'elles sont rebelles à tout traitement autre qu'un traitement du déséquilibre nerveux. Ce sont les véritables affections fonctionnelles du pharynx.

Par contre, dans d'autres cas, un examen très attentif révèle de petites lésions, souvent à distance et à première vue sans grand rapport avec les manifestations fonctionnelles. Ce sont par exemple des lésions dentaires (carie et surtout dents dévitalisées, intolérance à un matériel de prothèse ou d'obturation), un bimétallisme, un petit kyste ou adénome de l'isthme thyroïdien, une arthrose cervicale.

Il existe, à ce propos, un cas intéressant : celui des sensations de « boules » gênantes et persistantes dans l'oro- ou l'hypopharynx ; on les a longtemps considérées comme des troubles purement fonctionnels. Or, on sait maintenant, grâce aux progrès de la neurophysiologie et de la radiologie, qu'elles sont dues à un spasme du crico-pharyngien et qu'elles peuvent précéder des spasmes plus gênants de la bouche œsophagienne.

Toutes ces lésions créent de petits troubles dont la plupart des gens ne se préoccupent pas mais qui, chez certains sujets, deviennent une préoccupation de tous les instants.

Ici, il ne s'agit plus vraiment d'affection fonctionnelle pure, puisqu'il y a une lésion organique même minime et surtout que le traitement de cette lésion est le plus apte à obtenir la guérison des manifestations. D'où l'intérêt, d'ailleurs, d'un examen très soigneux à la recherche de cette lésion.

A côté de ces paresthésies pharyngées, il existe bien d'autres manifestations fonctionnelles en ORL. Ce sont surtout des manifestations douloureuses au niveau de la face, de la tête et du cou.

Nous sommes amenés à en voir un grand nombre en ORL, car il est bien rare qu'à un moment ou à un autre quelqu'un ne parle de sinusite et ne nous les adresse. Ces fausses sinusites remplissent nos consultations.

Nous devons examiner ces cas avec le plus

grand soin, non seulement pour éliminer une sinusite, ce qui est facile, mais pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'algies réflexes dues à une lésion ORL à distance et parfois grave, tel un cancer du sinus piriforme ou d'une amygdale, révélé par une otalgie réflexe, ou un cancer du cavum dont le premier signe peut être une algie de la face ou une céphalée.

Bien souvent, heureusement, nous ne trouvons rien et il s'agit d'algie fonctionnelle. C'est le cas de douleurs à la racine du nez, bien caractéristiques, et que le sujet baptise sinusite alors que les sinus n'y sont pour rien, de douleur à la partie profonde des fosses nasales, irradiant à l'occiput et simulant une sinusite postérieure, ou encore d'otalgies isolées qu'il faut bien distinguer d'otalgies réflexes liées à des lésions dentaires ou amygdaliennes ; de céphalées de la nuque, décrites sous le nom de syndrome d'Atlas, céphalées du vertex, douleurs des joues, et bien d'autres encore.

Ces algies fonctionnelles sont rarement intenses, malgré les dires du malade, car elles n'altèrent ni son aspect général, ni son activité. Elles sont d'expression variable : brûlures, gêne, tension, étau, pesanteur, et le sujet a du mal à les préciser. Enfin, la topographie change souvent d'un examen à l'autre.

Ces algies fonctionnelles sont souvent isolées, mais s'accompagnent parfois d'une symptomatologie plus riche et évocatrice : sensations paresthésiques de fourmillements, brûlure, ruissellement d'eau froide sur la face.

On peut également rencontrer, bien que moins fréquemment, des troubles sensoriels d'ordre purement fonctionnel : par exemple des hallucinations olfactives, à type d'hyperosmie, que l'on rencontre parfois chez la femme enceinte ou dans les hyperthyroïdies mais qui, chez certains psychopathes, peuvent prendre une acuité particulière et s'accompagner de crises de migraine, avec phénomènes asthmatiformes et vertiges déclenchés par la simple perception d'une odeur ; il existe aussi des hallucinations auditives, et on peut même se demander si certains bourdonnements d'oreille sans atteinte auditive décelable, ne sont pas purement fonctionnels, d'autant plus que l'on sait bien que ces acouphènes sont très différemment supportés selon le psychisme du sujet.

On a insisté également sur le rôle des chocs psychosomatiques dans le déclenchement de certaines surdités brutales de perception et sur le terrain de déséquilibre neurotonique des malades qui en sont atteints. Mais il ne s'agit pas d'affection fonctionnelle pure car il existe, dans la plupart de ces cas, des altérations aux épreuves audiométriques. Par contre, il existe des crises de vertige périphérique, sans aucune anomalie vestibulaire aux épreuves, qui peuvent entrer dans le cadre des affections fonctionnelles.

Enfin, il existe une pathologie fonctionnelle laryngée. Il convient de donner ici une précision nosologique : on a l'habitude en ORL d'appeler dysphonies fonctionnelles des troubles de la voix liés à un dysfonctionnement des cordes vocales, ou plus exactement à un malmenage de ces cordes. Ces laryngites fonctionnelles ont en réalité une base objective qui est la mauvaise dynamique laryngée, et aboutissent d'ailleurs à des lésions organiques, tels les nodules du chanteur ou les polypes.

Mais à côté de ces affections, que l'on pourrait appeler dysfonctionnelles, il existe également une pathologie fonctionnelle laryngée. C'est l'hyperesthésie laryngée, où la parole devient sans raison si douloureuse que le sujet hésite à parler. Ce sont également certaines dysphonies où la voix se casse, devient discordante sans raison. Mais le trouble laryngé fonctionnel le plus classique est l'aphonie dite hystérique dont la triade symptomatique est évocatrice : voix haute totalement absente, voix chuchotée conservée, et toux normale ; un assourdissement placé sur les deux oreilles pendant que le sujet lit un texte, fait réapparaître miraculeusement une voix normale.

Tels sont donc, rapidement esquissés, les troubles fonctionnels en ORL. Ils nécessitent de la part du médecin beaucoup de prudence : d'abord pour les affirmer et ne pas méconnaître une lésion latente, mais également pour les traiter. Il convient certes de ne pas engager les malades dans des traitements longs et coûteux, et surtout éviter tout acte agressif vis-à-vis de la muqueuse ; il ne faut pas pour autant les négliger, les repousser, ce qui enfermerait les malades dans leur angoisse, mais les rassurer et les traiter.

Enfin, comme je l'ai déjà dit au début de cet exposé, ces affections fonctionnelles constituent à bien des égards un cadre d'attente qui nécessite, du fait de leur fréquence grandissante, des études approfondies de leur mécanisme réel.

Il ne faut certainement pas les négliger et il convient au contraire d'inciter les médecins et les étudiants à les mieux connaître.

Mais il ne faudrait pas non plus tomber dans l'excès inverse et voir partout du « fonctionnel » car, à l'extrême, ce fonctionnel au sens trop large ne fait que traduire l'individualité de l'homme face à la maladie, face à l'agression, et nous rappeler, s'il en est besoin, qu'il n'y a pas de maladies mais des malades.

Crénothérapie et affections fonctionnelles en otorhinolaryngologie

C. BOUSSAGOL *

(Allevard-les-Bains)

Tous les spécialistes ORL s'accordent pour reconnaître la fréquence des consultations motivées par une symptomatologie de type fonctionnel.

Cette fréquence est estimée entre 40 et 60 p. cent selon les auteurs, cette fourchette d'estimation étant d'autant plus large que la définition de l'affection fonctionnelle en ORL soulève bien des difficultés ; les formes sont en effet nombreuses, depuis le fonctionnel pur, à l'examen strictement négatif, ou celui pour lequel une symptomatologie fonctionnelle majore considérablement une atteinte réelle mais minime ou banale, jusqu'à ceux pour lesquels il existe un authentique support humoral mais dont le déclenchement est d'origine psychoaffectif, comme dans certaines rhinites allergiques.

Nous n'avons pas retrouvé d'études précises mentionnant les différentes formes d'expression clinique et leur fréquence, mais il semble que les paresthésies pharyngées soient les plus souvent rencontrées.

Le traitement dans les formes habituelles est variable selon les spécialistes, depuis le traitement désabusé a minima, support d'une psychothérapie plus ou moins convaincante, jusqu'aux techniques plus élaborées, apanage de ceux auxquels une formation particulière en a donné la possibilité. Encore faut-il qu'ils en aient le goût et le temps.

Aucun essai de traitement comparatif n'a jamais précisé les résultats du traitement des affections fonctionnelles en ORL.

L'étude la plus récente semble être celle de Pfauwadel et coll. [1]. Fort bien documentée, elle n'apporte cependant pas de chiffrage concernant les résultats, en particulier en ce qui concerne la crénothérapie.

En effet, les affections fonctionnelles en ORL ne sont pas une indication classique du traitement crénothérapique du moins en station à vocation ORL. La composante particulière neuropsychique peut cependant être une indication au traitement thermal de stations type Divonne, Saujon ou Néris.

Ainsi, l'étude du traitement thermal de ce type d'affection se heurte à des éléments peu favorables :

— difficultés pour définir l'affection en cause ;
— impossibilité de recourir à des éléments statistiques précis ;
— imprécision des schémas thérapeutiques ;
— absence classique d'indication crénothérapique.

Pourtant, nous voyons souvent en station thermale ORL ce type de malade.

A défaut d'études scientifiques précises, ceci mérite au moins quelques réflexions et quelques interrogations.

Pourquoi ces malades sont-ils traités en station ORL malgré l'absence classique d'indications crénothérapiques ?

L'orientation du malade a pu être décidée pour les raisons suivantes :

— l'examen montrait des anomalies ou des modifications de la muqueuse rhinopharyngée ; modifications fréquentes, banales, le plus souvent silencieuses, mais qui ont pu être interprétées comme une étiologie possible des troubles.

— Il existe parfois, outre l'élément fonctionnel, une pathologie iatrogène chez certains de ces malades : rhinites congestives par abus de gouttes nasales, d'inhalations ou de vasoconstricteurs pour certaines rhinites vasomotrices ou certaines algies crâniofaciales ; pharyngites par abus de collutoires ou d'antibiotiques favorisant l'apparition de mycoses locales, dans certaines paresthésies pharyngées. Ces lésions secondaires ont pu être interprétées

* Service ORL (Pr J. Marchand), Hôpital Broussais, 96, rue Didot, 75674 PARIS CEDEX 14.

comme primitives et justifiant un traitement crénothérapique.

— Dans certains cas, la symptomatologie alléguée a été acceptée comme telle par le médecin traitant et l'indication thermale ne fait que découler des échecs thérapeutiques antérieurs.

— Parfois, le malade a été un demandeur persuasif.

— Enfin, il peut être en traitement thermal pour une autre indication principale reconnue.

Dans ce bref exposé, nous nous limitons aux formes courantes mineures sans composantes névropathique ou hystérique majeures qui pourraient se retrouver effectivement en station thermale neuropsychiatrique ; de même, nous admettons que l'examen a éliminé toute cause organique grave et que les caractères fonctionnels et psychosomatiques apparaissent clairement à l'interrogatoire et à l'étude du comportement.

Voici donc un malade « fonctionnel » en cure thermale, dans une station spécialisée ORL.

Y a-t-il une thérapeutique spécifique des affections fonctionnelles en ORL ?

Il semble que non. Mais si l'on s'en rapporte aux dires de ceux qui ont la formation nécessaire et si l'on se réfère à sa propre expérience, il est certain qu'il existe un schéma de traitement, une attitude thérapeutique à respecter dans les affections fonctionnelles et psychosomatiques, quelle que soit d'ailleurs la localisation de leur expression clinique.

L'acceptation du symptôme allégué sera le point de départ de tout le programme thérapeutique. L'examen qui se termine par : « Vous n'avez rien » ne profite à personne, surtout pas au malade qui ira consulter ailleurs après avoir conforté plus ou moins sa somatisation. Seuls, des cancérophobes accepteront cette affirmation négative (encore qu'il faille parfois l'étayer) mais ici il ne s'agit plus de pathologie fonctionnelle mais de cancérophobie.

La prise en charge de la symptomatologie annoncée est en fait la prise en charge de la maladie et du malade. Mais elle ne doit être que partielle, et laisser au malade un « ticket modérateur » suffisant pour assurer lui-même une partie de son traitement. Il devra trouver des mécanismes particuliers pour remplacer ses actuelles réponses somatiques.

Prendre en charge, partiellement, sans psychiatriser, tel semble être le résumé du planning thérapeutique idéal.

Ce traitement va bien entendu passer par la relation essentielle médecin-malade dont personne ne niera l'importance mais qui échappera longtemps à toute description exhaustive car elle varie, bien sûr, avec chaque malade, avec chaque médecin, aucun des deux interlocuteurs n'étant parfaitement objectif ou neutre.

Ce type de malade est le plus souvent gros consommateur de cette denrée précieuse pour le médecin qu'est le temps. Ce qui risque de le faire classer rapidement dans les gêneurs et de compromettre cette importante relation thérapeutique.

Nous admettrons cependant, dans le monde idéal que nous décrivons ici, que la prise en charge a été convaincante, que le diagnostic a été porté avec précision et que la relation médecin-malade est correctement établie.

Quelle peut être alors l'apport de la crénothérapie ?

En fait, les facteurs agissants sont multiples. On retiendra essentiellement :

— la rupture avec le milieu habituel ;
— la prise en charge des troubles par un médecin spécialiste, dans un environnement adapté aux traitements de l'affection ou des ennuis allégués ;
— la possibilité d'une thérapeutique associant un traitement local visant la région incriminée et un traitement général faisant une large place à l'hydrothérapie.

Le traitement local doit être léger et non agressif, sécurisant. Il servira de point de départ accepté par le malade, mais il doit éviter d'être localement irritant et s'estomper progressivement afin de ne pas devenir un élément de confirmation du trouble somatique allégué.

Il faut d'ailleurs noter que tout traitement local agressif est mal supporté, en particulier au niveau du pharynx, dans certaines paresthésies pharyngées ou lorsque la composante névrotique est dominante.

Tous ces éléments vont dans le sens thérapeutique souhaité. Si l'on ajoute que le traitement thermal se substitue ou évite parfois le recours à des interventions intempestives sur le sinus pour algies faciales ou à une amygdalectomie pour paresthésies pharyngées, le traitement thermal devient alors salvateur.

Existe-t-il des orientations thermales particulières ?

En fait, l'orientation initiale a pu être faite sur la symptomatologie alléguée ou sur des signes d'examen dont il faut tenir compte, que l'on considère les modifictions retrouvées comme responsables ou concomitantes :

— un élément congestif catarrhal fera préférer une station sulfurée ;
— Une composante spasmo-allergique fera orienter vers une station de type Mont-Dore.

Mais en réalité, en matière de pathologie fonctionnelle, l'orientation géographique, climatique et parfois même les convenances personnelles peuvent jouer un rôle tout aussi important.

Quels sont les résultats de ces traitements en milieu thermal ?

L'estimation des résultats de la crénothérapie dans le traitement des affections ORL en général se heurte à de nombreuses difficultés pas toujours surmontables.

On peut imaginer ce que peuvent être les difficultés de randomisation dans l'étude des affections de caractère fonctionnel. Il ne peut donc s'agir que d'estimation approximative.

Le chiffre de 30 à 40 p. cent d'amélioration est souvent retenu. En fait, cette estimation ne résiste pas aux critiques :

— les malades sont mal catalogués et mal définis ;

— le traitement est variable, adapté aux tolérances individuelles ;

— certains malades sont difficiles à suivre. Non revus, sont-ils guéris ? Guéris de leur affection à caractère ORL, soignent-ils ailleurs une colite spasmodique ou toute autre affection fonctionnelle ?

Enfin, nous n'avons pu dégager un pourcentage significatif de nos observations quant aux améliorations obtenues en fonction des localisations.

En fait, plus que la localisation, l'amélioration semble dépendre des structures personneles du malade et de la qualité de l'approche psychothérapique.

Toutes choses, en fait, rarement étudiées suffisamment dans le cas précis des affections ORL fonctionnelles et mal connues de la plupart des spécialistes ORL thermaux.

Il reste, de plus, à préciser l'impact du médicament lui-même et de l'utilisation particulière et modulée du traitement local et du traitement général.

Nous retrouvons là un élément supplémentaire : ce n'est plus le couple médecin-malade mais la triade médecin-malade-médicament, dont nous connaissons mal, du moins en ORL, les règles d'association.

Cependant, dans les formes mineures chez un malade à l'intellect et aux structures suffisantes, l'évolution vers la prise en charge de ses problèmes et la désomatisation peuvent être rapides.

D'ailleurs, le traitement thermal ne saurait être prolongé et répété en l'absence de réponses satisfaisantes. La persistance des troubles doit faire orienter le malade vers le psychothérapeute adapté qui saura prescrire les psychothérapies classiques ou accélérées, les relaxations nécessaires et le dirigera, si besoin est, sur les stations spécialisées en neuropsychiatrie.

CONCLUSION

Il n'y a pas d'indication classique en crénothérapie du malade fonctionnel ORL en dehors de certaines stations spécialisées en neuropsychiatrie.

Mais ces malades sont en fait nombreux à fréquenter les stations ORL et le certificat de carences n'est pas total.

D'une part, le milieu thermal peut être une bonne approche de ce type d'affection et la modulation particulière des possibilités de traitement local ou général peut parfaitement s'adapter au schéma thérapeutique de ces affections.

D'autre part, un nombre non négligeable de malades fonctionnels ORL tirent profit de la crénothérapie.

Une étude scientifique permettrait sans doute de préciser les indications et les modalités de traitement et d'en améliorer les résultats.

Est-ce toujours là de la crénothérapie, ou est-ce de la psychothérapie en milieu thermal ?

L'important est que ce soit toujours de la médecine.

REFERENCES

On trouvera une importante bibliographie dans l'ouvrage suivant :

1. Pfauwadel M.C., Le Huche et coll. — Psychosomatique en ORL. *Encycl. méd.-chir.*, ORL, 1981, 20980 A 10, tome 4.

DISCUSSION AU COURS DE LA SEANCE

Dr Flurin :

La douche pharyngienne, chez ces malades, n'est-elle pas une contribution à la relation thérapeutique, si importante chez ces patients ?

Dr Boussagol :

Oui, la douche pharyngienne contribue à la qualité de la relation thérapeutique, mais elle doit être peu agressive, prudente, et ne pas somatiser le malade ; elle doit être adaptée à chaque cas particulier et se fonder sur une bonne connaissance du patient.

Dr Godin :

En tant que psychiatre, j'approuve ce qui a été dit sur l'intérêt de ne pas « psychiatriser » quand cela est possible ; d'ailleurs, le malade accepte difficilement de passer du symptôme dont il se plaint au contexte psychogène qui ne lui paraît pas évident.

La cure thermale sédative est donc privilégiée car elle met le malade en présence d'un psychiatre dans un contexte où ce dernier est bien accepté et où il est capable d'aider réellement.

Or, je remarque qu'à Bagnères-de-Bigorre (station psychosomatique où l'on pratique des cures neurosédatives), je n'ai guère l'occasion de voir ces malades ORL fonctionnels.

Peut-être les confrères des stations de Divonne, Saujon ou Néris ont-ils l'occasion de faire la même remarque ?

Pathologie fonctionnelle cardiovasculaire

P. BLANCHOT *
(Bordeaux)

La place du thermalisme, en pathologie fonctionnelle cardiovasculaire, doit être envisagée selon deux catégories distinctes : les troubles vasculaires et les troubles cardiaques.

Troubles vasculaires

Il est depuis longtemps évident que les cures thermales améliorent très nettement les « symptômes fonctionnels » des artérites et les séquelles de phlébite. Leur efficacité est donc reconnue, dans le cadre d'affections organiques à expression fonctionnelle prédominante, parfois si peu influencées par les traitements usuels.

Troubles cardiaques

A l'inverse, les traitements actuels, aidés parfois par la chirurgie, peuvent améliorer remarquablement les symptômes fonctionnels des affections cardiaques même si, le plus souvent, ils n'agissent pas directement sur leurs causes lésionnelles ; par contre, que de difficultés pour améliorer, par les traitements modernes, les troubles souvent intenses des patients qualifiés de « pseudo-cardiaques », alors qu'il est souvent possible de les rassurer sur leur avenir ! et c'est particulièrement vrai pour le « maître-symptôme » de la pathologie cardiaque, la « douleur au cœur », dont la perception ou l'évocation provoque si souvent une telle anxiété.

Cependant, la signification pathogénique des troubles fonctionnels cardiaques pose toujours deux ordres de difficultés :

— assurer, par la clinique et éventuellement par des investigations complémentaires de plus en plus complexes, de plus en plus dangereuses et onéreuses, la réalité de lésions cardiaques organiques, en particulier une insuffisance coronaire et son pronostic incertain ;

— expliquer, pour les patients « pseudo-cardiaques », le mécanisme de leurs troubles : simple dystonie neurovégétative, névrose d'angoisse, ou encore perturbations de la fonction musculaire, par anomalies dysmétaboliques ou enzymatiques ?

Car il existe en effet des « pathologies frontières » entre les simples troubles subjectifs pseudo-cardiaques d'une part, et certaines affections cardiaques d'autre part, de mieux en mieux connues grâce aux investigations modernes et qui ont des éléments d'analogie avec certaines insuffisances coronaires réellement pathologiques.

Nous nous proposons d'illustrer très schématiquement ce problème, grâce à la classification des différents syndromes fonctionnels cardiaques, centrés sur la « douleur cardiaque », qui montre le chevauchement de ces différents états de pathologie fonctionnelle.

A une extrémité, on trouve l'angor typique d'effort, stable, ou aggravé, instable et invalidant, réalisant alors un « syndrome de menace » d'infarctus du myocarde ; le diagnostic en est évident : dès l'interrogatoire, l'organicité est certaine, c'est une sténose d'un ou plusieurs troncs coronaires.

La douleur angineuse, seule manifestation fonctionnelle, reste longtemps isolée ; elle est brève, les crises sont parfois espacées ; ce trouble fonctionnel pourrait donc être considéré comme mineur, malgré la gravité du pronostic... Mais les traitements sont si efficaces !

A l'autre extrémité se trouvent les faux cardiaques évidents : douleurs thoraciques atypiques, isolées ou associées à des symptômes manifestement bénins, palpitations (éréthisme cardiaque, extrasystoles, etc.), gêne respiratoire ; ces malaises,

* Service de Clinique médicale, Hôpital Saint-André, 33075 BORDEAUX.

par leur intensité, leur durée, peuvent être cause d'une anxiété sous-tendue parfois par une névrose d'angoisse et devenir ainsi invalidants, conduisant trop souvent à des thérapeutiques abusives.

Le syndrome d'asthénie neurocirculatoire en est très proche : les troubles fonctionnels s'intensifient, deviennent durables, et ce syndrome constitue une des causes les plus fréquentes des consultations de cardiologie. Il présente cinq symptômes fonctionnels intriqués :

— la douleur, thoracique gauche, parfois très brève, parfois durable, qui se différencie de l'angor vrai par des nuances que précise un interrogatoire bien conduit ;

— des palpitations, souvent par simple accélération du rythme cardiaque, le plus souvent sans cause, parfois irrégulières par suite d'extrasystoles ;

— de l'oppression respiratoire ;

— des lipothymies pouvant aller jusqu'à des pertes de connaissance en apparence dramatiques, en fait parfaitement bénignes ;

— enfin et surtout, ces signes se manifestent dans un contexte de fatigue parfois intense.

Ces troubles évoluent par phases successives, souvent favorisées ou déclenchées par les difficultés de la vie, et alternant avec des périodes de bien-être.

La cause de ce syndrome reste inconnue.

Il est donc discuté, car mal limité et souvent confondu avec des manifestations somatiques et fonctionnelles diverses qui peuvent être intégrées dans des cadres plus vastes aux appellations variées : spasmophilie, tétanie normocalcique, etc.

Quels que soient les critères concernant la nosologie de cet état, pour un observateur attentif à l'écoute de ses patients, ce syndrome a une autonomie réelle, ne serait-ce qu'en raison de signes objectifs :

— 25 p. cent de ces patients ont des électrocardiogrammes anormaux, qui peuvent évoquer une « souffrance ischémique » du myocarde, anomalies qui peuvent régresser lors d'une épreuve d'effort « paradoxale » ;

— 75 p. cent ont des anomalies électromyographiques, voisines de celles de la tétanie, évoquant ainsi une perturbation de la jonction neuromusculaire ;

— 40 p. cent d'entre eux, malgré une calcémie normale, ont des perturbations du métabolisme du calcium échangeable.

Tous ces éléments suggèrent que l'asthénie neurocirculatoire et ses troubles cardiaques traduisent une anomalie métabolique (de la jonction neuromusculaire, peut-être) qui ne prend une telle résonance qu'en raison du fond d'anxiété dont ces patients sont souvent atteints.

L'absence d'explication univoque ne doit pas exclure la possibilité d'une anomalie de la fonction musculaire.

Les traitements les plus variés (calcium, magnésium) n'ont qu'une efficacité minime et jamais durable.

Aux confins de ce syndrome d'asthénie neurocirculatoire, proche aussi de l'insuffisance coronaire, un nouveau syndrome a été individualisé, depuis la généralisation des coronarographies : l'*angor à coronaires saines* dont la symptomatologie évoque d'emblée une insuffisance coronaire évolutive, avec douleurs thoraciques comparables à celles de l'angor, effet parfois rapide de la trinitrine, altérations de l'ECG en faveur d'une ischémie, épreuve d'effort positive, souvent pour des efforts modérés ; cet ensemble est suffisamment suspect d'une insuffisance coronaire pour conduire à une coronarographie « de diagnostic », et les coronaires sont normales ! (en excluant les causes d'erreur d'interprétation).

Mais en fait, des nuances séméiologiques différencient chacun de ces symptômes de ceux de l'asthénie neurocirculatoire :

— le terrain est constitué habituellement par des femmes, relativement jeunes ;

— la séméiologie montre que la douleur est souvent plus durable, plus résistante à la trinitrine et surtout s'accompagne d'un cortège de troubles fonctionnels d'une bien plus grande richesse que dans l'insuffisance coronaire : oppression, lipothymie, asthénie ;

— l'évolution en est favorable, ces malade ne réalisant habituellement pas les complications classiques de l'insuffisance coronaire.

La pathogénie de ce syndrome reste totalement inconnue, mais plusieurs découvertes ouvrent sur des hypothèses intéressantes : grâce à l'étude du myocarde au cours d'épreuves de stimulation auriculaire, on a mis en évidence des troubles du métabolisme des lactases, des anomalies de la répartition des isoenzymes de la lacticodéshydrogénase, etc. Aucune explication pathogénique n'a actuellement été proposée.

Comme pour l'asthénie neurocirculatoire, les traitements sont peu efficaces et les troubles fonctionnels persistent longtemps.

Il semble bien que ce syndrome d'angor à coronaires saines réalise, dans sa symptomatologie fonctionnelle sinon dans sa pathogénie, une pathologie intermédiaire entre l'asthénie neurocirculatoire et l'insuffisance coronaire, expliquant ainsi la difficulté du diagnostic dans les formes frontières.

Enfin, le *spasme des coronaires* est devenu depuis quelques années une réalité et sa place, dans la pathologie fonctionnelle cardiaque, est mieux précisée : soupçonné depuis longtemps pour expliquer les crises d'angor, il a été récusé devant la constatation déjà ancienne des lésions athéromateuses si habituelles dans l'insuffisance coronaire, mais réintroduit dans la pathogénie de certaines formes de crises d'angor par Prinzmétal en 1958 ; objectivé de visu au cours de coronarographies, déclenché volontairement chez certains malades par des tests de stimulation au Méthergin, le spasme peut être prouvé dans la grande majorité des crises d'angor de repos, avec altérations ECG majeures, le plus souvent sur des artères en apparence indemnes de lésions pariétales, mais aussi sur des artères déjà athéromateuses. Son mécanisme est inconnu, mais il joue certainement un rôle important en pathologie cardiaque.

Ainsi, il semble qu'il n'existe pas de frontières nettes entre les différents syndromes de la pathologie fonctionnelle cardiaque, centrées sur la douleur de type angor.

Qu'apporte actuellement le thermalisme à cet ensemble de pathologies fonctionnelles cardiaques ?

Les cures thermales n'ont pas d'efficacité directe sur les affections cardiaques organiques, si sensibles aux traitements pharmacologiques actuels.

Mais, pour la pathologie fonctionnelle non lésionnelle, et après élimination du risque d'une atteinte athéromateuse des coronaires, des indications peuvent être posées : si la composante « névrose d'angoisse » semble dominante et les traitements usuels de peu d'efficacité, les malades qui en sont atteints peuvent tirer bénéfice de cures thermales dites « sédatives », comme celles de Divonne, Néris ou Saujon.

Traitement thermal des troubles fonctionnels en pathologie cardiovasculaire

J. BERTHIER *

(Royat)

Tous les patients — ou presque — se rendant dans une des deux stations à visée cardiovasculaire, Bains-les-Bains et Royat, ont une même symptomatologie fonctionnelle : la claudication intermittente.

C'est cette unicité symptomatologique qui justifie notre communication car dans ces deux stations on ne traite aucune maladie fonctionnelle pure.

Cette symptomatologie a permis le diagnostic d'artériopathie des membres inférieurs et conduit le médecin traitant à proposer une cure thermale.

Comme pour tout autre traitement, nous envisagerons, successivement, les propriétés de la crénothérapie, ses indications thérapeutiques, les résultats obtenus et, enfin, ses contre-indications.

PROPRIETES DE LA CRENOTHERAPIE

Le traitement thermal va favoriser le développement de la circulation de suppléance et ainsi minimiser la symptomatologie fonctionnelle des artériopathies des membres inférieurs. Si le but est le même, les techniques thermales sont différentes suivant les stations.

— à Bains-les-Bains, on utilise des eaux chaudes, peu minéralisées et très radioactives, essentiellement sous forme de douches hyperthermales (49 °C), réalisant une véritable gymnastique vasomotrice qui favorise le développement de la circulation de suppléance ; cette douche est précédée d'une balnéation à température neutre, qui a pour but d'agir comme sédatif du système sympathique ;

— à Royat, l'élément thérapeutique est le gaz thermal comportant 98 p. cent de gaz carbonique, vasodilatateur physiologique par excellence ; le gaz est utilisé soit dissous par balnéation, ce qui ajoute un effet sédatif sur le système sympathique, soit receuilli au griffon pour des bains de gaz secs et surtout des injections sous-cutanées au lieu même où l'on veut obtenir une vasodilation. Il est à noter que le gaz thermal — comme le gaz carbonique — est très diffusible et qu'ainsi il est rejeté en un tour de circulation par l'émonctoire pulmonaire. Il ne provoque donc pas de vasodilation généralisée, mais uniquement localisée dans la région où le gaz a été injecté.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La crénothérapie fait partie du traitement médical qui comporte également la marche, l'arrêt du tabac, les vasodilatateurs périphériques, la correction d'une éventuelle anomalie biologique et, au besoin, les anticoagulants.

Ce traitement pourra, ou non, être associé à un traitement chirugical, dont les indications seront particulièrement bien pesées, afin de faire bénéficier le patient de toutes les possibilités thérapeutiques actuelles.

Très schématiquement, la conduite à tenir sera fonction du stade évolutif, ainsi que de la localisation.

Stade évolutif

La crénothérapie s'adresse essentiellement aux phases chroniques de la maladie : avant tout au

* Villa « Les Tilleuls », 14, boulevard Barrieu, 63130 ROYAT.

stade II (claudication intermittente), mais également au stade III (douleurs de décubitus).

Par contre, la survenue d'une poussée aiguë sévère, s'accompagnant d'une ischémie brutale d'un membre, nécessitera une hospitalisation avec perfusion de vasodilatateurs, mise sous héparine, voire utilisation de thrombolytiques.

Siège de l'obstruction

Le traitement thermal s'adressera essentiellement aux obstructions fémoro-poplitées, mais également aux formes plus distales, en particulier jambières.

A l'opposé, une sténose serrée du carrefour aortique ou des iliaques devra être confiée à la chirurgie, car il serait illusoire de dilater des artères n'ayant aucun débit.

Enfin, les formes très distales, entraînant un refroidissement important du pied, pourront être améliorées par une sympathectomie.

Mais tous les intermédiaires sont possibles, soulignant la nécessité d'une coopération médico-chirurgicale. En effet, devant une artériopathie résistant au traitement médical, il faut savoir proposer une intervention. Par contre, la crénothérapie peut être très bénéfique à la suite d'une intervention pour parfaire et améliorer les résultats obtenus.

D'une façon générale, il faut être patient pour laisser le temps à la suppléance de s'installer car, pour l'avenir, il est préférable d'avoir une bonne circulation de suppléance plutôt qu'un pontage, fut-il veineux ou en Dacron tricoté !

RESULTATS

Les résultats obtenus par la crénothérapie seront jugés, essentiellement, sur l'amélioration de la symptomatologie fonctionnelle et donc du périmètre de marche.

Pour prouver la valeur du traitement thermal, il faut des travaux d'une grande rigueur scientifique, avec des références statistiques strictes. C'est la seule façon de rendre crédible le « médicament thermal », qui doit pouvoir faire la preuve de son efficacité comme tout autre médicament.

Ainsi à Royat, à l'Institut de Recherches cardiologiques, sous la direction du Professeur Duchêne-Marullaz, des épreuves de marche sur tapis roulant sont réalisées au début et à la fin de la cure thermale.

Tout a été fait, dans la mesure du possible, pour que ces deux épreuves soient le plus significatives : le médecin expérimentateur est attaché au Centre et ne connaît pas le malade. Le score réalisé lors de la première épreuve n'est connu ni du malade, ni du médecin expérimentateur. Les deux épreuves, réalisées à trois semaines d'intervalle, se font aux mêmes heures de la journée.

Tous les résultats, portant dans cette première étude sur 178 patients, ont été adressés au Laboratoire de Mathématique appliquée de l'Ecole Centrale. Ont été étudiées les variations du périmètre de marche, qui ont permis de déterminer un coefficient d'amélioration exprimé en pourcentage (histogrammes lissés). Globalement, les résultats ont été les suivants :

— 5 p. cent environ des curistes ont une aggravation de leur maladie ; c'est ennuyeux, mais tout-à-fait compréhensible et explicable, puisque la maladie athéromateuse est évolutive et que la crénothérapie, malheureusement, ne peut pas s'opposer à cette évolutivité ;

— 81 p. cent des curistes sont améliorés et, parmi ceux-ci, 50 p. cent (soit la moitié) améliorent leur périmètre de marche (PM) d'au moins 35 p. cent, et 25 p. cent (soit un quart des curistes) doublent au moins leur périmètre de marche.

De plus, il faut noter que certains, dans une proportion non négligeable, multiplient par trois, quatre ou même davantage, leur périmètre de marche et ce, ne l'oublions pas, en trois semaines.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus il y a quelques années par Piton et Maruejols à Bains-les-Bains : ces auteurs ont noté une proportion infime de cures non bénéfiques (3 p. cent) et 72 p. cent de résultats excellents et bons.

D'ailleurs, cette amélioration de la marche correspond à une augmentation de la perfusion artérielle des membres inférieurs.

C'est ainsi que Pochon, toujours à l'Institut de Cardiologie, a étudié les courbes de vélocimétrie par effet Doppler à la suite d'une injection de gaz thermal et, également, avant et après l'épreuve sur tapis roulant, au début et à la fin d'une cure thermale à Royat : on note surtout l'apparition d'un débit diastolique, qui correspond à un effondrement des résistances périphériques et donc à une vasodilatation. Ce débit diastolique est plus important à la fin de la cure thermale qu'au début.

Petitpas, à Bains-les-Bains, obtient des résultats analogues en étudiant la pression systolique de la tibiale postérieure, avant et après une douche de jambe hyperthermale.

Ainsi, ces faits prouvent l'efficacité de la crénothérapie sur la circulation artérielle profonde, musculaire. Mais d'autres travaux, en particulier ceux d'Ambrosi et Delanoe, montrent que cette action porte également sur la circulation superficielle : chez 26 sujets, les auteurs ont étudié les effets des injections de gaz thermal en utilisant la thermographie par infrarouge. Ce travail, qui a fait l'objet d'une étude statistique, a montré un réchauffement net des téguments.

AUTRES INDICATIONS

Peu de travaux scientifiques ont été faits à ce sujet et je serai donc bref.

A Bains-les-Bains, on traite également l'insuffisance coronarienne et l'hypertension artérielle, en utilisant l'effet sédatif des douches et des bains sur le système nerveux.

A Bains-les-Bains et à Royat, on obtient également de bons résultats, d'une part dans les autres localisations de la maladie athéromateuse péripphérique (artériopathie des membres supérieurs, insuffisance vasculaire cérébrale), d'autre part dans les atteintes artérielles des membres, d'origine non athéromateuse (phénomène de Raynaud, acrocyanose).

CONTRE-INDICATIONS

Comme tous médicaments la crénothérapie a ses contre-indications. Elles peuvent être liées à l'état général, aux complications cardiaques ou cérébrales, à certaines formes évolutives d'artériopathies.

Etat général

Il faut refuser les cures thermales aux porteurs de maladies infectieuses, aux cancéreux en évolution, aux insuffisants rénaux, aux cachectiques, etc.

Complications cardiaques et cérébrales

L'infactus du myocarde est une contre-indication temporaire (durant 6 mois à 1 an), à condition que l'insuffisance coronarienne soit stabilisée et peu invalidante.

Sont également contre-indiqués : une angine de poitrine instable, les séquelles graves d'accidents vasculaires cérébraux et les accidents cérébraux répétitifs, les grandes hypertensions artérielles.

Formes évolutives des artériopathies des membres

Il ne faut pas adresser en cure thermale des patients présentants des formes « dépassées », avec douleurs de décubitus et gangrène étendue, rejetées par la chirurgie conservatrice et résistantes à tous les traitements médicaux. Pour eux, l'heure de la crénothérapie est dépassée.

Il faut noter un problème particulier : celui de l'insuffisance veineuse chronique associée, avec varices, qui rend difficile le traitement thermal à Bains-les-Bains et qui, à Royat, demande seulement plus de minutie dans les injections de gaz thermal.

CONCLUSION

Tous ces éléments prouvent l'efficacité de la crénothérapie dans la symptomatologie fonctionnelle des artériopathies des membres inférieurs. C'est un élément positif du traitement médical, qui ne doit pas être oublié si l'on veut convenablement traiter ces patients.

RÉSUMÉ

Tous les patients — ou presque — se rendant dans une des deux stations thermales à visée cardiovasculaire, Bains-les-Bains et Royat, ont une seule et même symptomatologie fonctionnelle : la claudication intermittente.

L'apparition de ce symptôme permet le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et va conduire à un bilan complet de la maladie.

Le traitement thermal, essentiellement indiqué au stade II de l'affection, dit de claudication intermittente, aura pour but de développer la circulation de suppléance : à Bains-les-Bains par des douches hyperthermales, à Royat par des infiltrations sous-cutanées de gaz thermal, et d'améliorer ainsi le périmètre de marche.

L'efficacité de la crénothérapie sera jugée sur la symptomatologie fonctionnelle.

Des travaux scientifiques ont établi de façon précise, statistiquement significative, l'importance de cette amélioration fonctionnelle à la suite des cures thermales, et ont ainsi mis en évidence tout l'intérêt de ce traitement.

RÉFÉRENCES

1. Avril P., Magne J. — Artériographie oblitérante des membres inférieurs. *In : Pathologie cardiovasculaire. Monographie d'enseignement post-universitaires.* Paris, Editions Heures de France, 1976.
2. Berthier J. — Indications actuelles de la crénothérapie en pathologie cardio-vasculaire. *Presses therm. clim.*, 1977, *3*.
3. Cahiers d'Artériologie de Royat, Société médicale de Royat, 1978.
4. Ducros R. — La crénothérapie en pathologie artérielle. *J. Mal. vasc.*, 1978, *3*, 141-145.

DISCUSSION AU COURS DE LA SEANCE

Dr Ambrosi :

Les manifestations « fonctionnelles » d'origine spastique sont souvent rencontrées chez les sujets atteints d'artériopathie distale modérée.

Le refroidissement est souvent noté. Il peut être mis en évidence par la thermographie. Le réchauffement entraîné par l'injection de gaz thermal suit immédiatement celle-ci, traduisant la levée du spasme distal.

Chez les malades atteints de la maladie de Raynaud, la même constatation a été faite.

Cystites et cystalgies

Acquisitions récentes

A. STEG *
(Paris)

Le sous-titre « Acquisitions récentes » peut paraître doublement inadapté à une communication sur les cystites et les cystalgies puisque d'une part la plupart des données dont il sera fait état résultent de travaux connus depuis déjà quelques années et que d'autre part, malgré ces innombrables recherches, rien n'est encore totalement acquis en ce domaine et que les notions que l'on croyait le plus solidement établies sont sans cesse remises en cause.

Il nous a pourtant semblé que, du foisonnement de recherches consacrées aux infections et douleurs vésicales, se dégage une sorte de nouvelle approche de la question qui affecte à la fois la réflexion pathogénique, la démarche diagnostique et la conduite thérapeutique. Bien entendu, nous nous bornerons, sur chacun de ces points, à l'exposé de notions « récentes » sans évoquer ici tous les problèmes posés par les cystites.

PATHOGÉNIE

La première interrogation que suscite la réflexion pathogénique sur les cystites porte sur les voies d'infestation de la vessie.

En effet, il est admis depuis longtemps que les germes infectants sont d'origine intestinale et les études sur les sérotypes n'ont fait que confirmer une notion classique : en cas de cystite, le colibacille (car il s'agit le plus souvent de ce microbe) trouvé dans les urines est bien le même que celui qu'on a isolé dans l'intestin. Encore peut-on s'étonner que, dans la si riche flore intestinale, ce soit précisément le colibacille seul (ou presque) qui infecte les voies urinaires et qu'en pratique, les anaérobies ne soient jamais en cause.

Mais de toute façon, le vrai problème demeure, à savoir quel est le cheminement des germes entre le foyer intestinal et la vessie ?

Dire, comme il est de règle, qu'il s'agit d'un syndrome « entéro-rénal » n'apporte en fait sur ce point aucun éclaircissement.

Depuis longtemps, on connaissait dans la génèse des cystites le rôle des facteurs locaux : rapports sexuels et vaginites ; mais ce sont en fait les travaux de l'Ecole de Stanford animés par Stamey qui ont apporté sur cette question des éclaircissements décisifs.

En effet, par une étude portant à la fois sur la flore vestibulaire et sur l'état bactérien des urines prélevées de façon fractionnée, chez un groupe de femmes sujettes à des cystites récidivantes et dans un groupe témoin indemne de toute infection, ces auteurs américains ont abouti aux deux conclusions suivantes :

— chez les femmes indemnes d'infection vésicale, on ne trouve que très rarement des colibacilles dans la région vestibulaire ;

— chez les femmes sujettes à des cystites, on trouve ces microbes dans la région vulvaire et l'infestation vestibulaire précède habituellement la rechute bactérienne.

Ces données suggèrent donc l'envahissement rétrograde de la vessie par des germes vestibulaires qui remontent dans le réservoir par voie urétrale.

La possibilité de cette infestation rétrograde des microbes, a priori surprenante dans un conduit régulièrement lavé par l'urine, est en fait parfaitement démontrée.

Lorsque, par exemple chez le chien, on met au contact du méat urétral des substances radioactives ayant la taille de bactéries, on constate que 7 fois

* Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75674 PARIS CEDEX 14.

sur 20 ces substances sont retrouvées dans la vessie ; ceci s'explique par la fermeture rétrograde de l'uretère qui réalise une sorte de brassage du conduit de bas en haut.

De même, sur une série de 14 vaginographies, on a constaté à deux reprises le passage du produit opaque dans la vessie, par simple adduction des cuisses.

Compte tenu de cette facilité de propagation des germes dans l'urètre, on doit se demander pourquoi les infections vésicales ne sont pas plus fréquentes, et même comment il se fait qu'elles n'affectent pas toutes les femmes ?

Il semble bien que l'on puisse faire intervenir une résistance spontanée à l'infection qui résulterait de l'existence de quatre mécanismes de défense :

— Un premier mécanisme est assuré par la vidange régulière de la vessie. Les germes inoculés dans l'urine doublent environ toutes les 45 minutes et il faut en moyenne 2 à 3 heures pour que le taux de pathologie soit atteint. A l'état normal, les mictions régulières et fréquentes empêchent la pullulation microbienne ; encore faut-il que cette évacuation soit totale. Récemment, Hinman Jr a montré, dans une étude sur les vessies paralytiques, qu'on pouvait éviter la prolifération bactérienne grâce à des sondages réguliers. Ainsi, s'il reste 6 ml d'urine dans la vessie après un cathétérisme, il faut pour éviter la prolifération bactérienne sonder le patient toutes les 2 heures-2 heures et demie. Par contre, si on ne laisse après sondage qu'un demi millilitre d'urine, ce délai peut être porté à 4 ou 5 heures.

— Un deuxième mécanisme de défense est constitué par l'intégrité de la muqueuse vésicale : Grégory et coll. ont établi chez le chien que l'infusion intravésicale de grandes quantités de germes ne détermine aucune réaction muqueuse et que si l'on arrête l'administration de microbes, la bactériurie disparaît rapidement. Si par contre, avant l'expérience, la muqueuse vésicale a été altérée, la même infusion microbienne détermine alors une cystite bactérienne importante avec, de plus, élévation de la pression intravésicale, reflux vésico-urétéral et disparition très lente de la bactériurie après cessation de l'expérience.

— Un troisième mécanisme de défense serait lié à la sécrétion par la muqueuse vésicale d'une substance bactéricide. Selon les auteurs, il s'agirait soit de mucine qui inhiberait l'adhérence des bactéries aux cellules de la muqueuse, soit d'une immunoglobuline A.

Le mécanisme intime de cette production n'est pas connu, mais il est en tout cas démontré qu'à l'intérieur d'une vessie isolée de toutes ses connexions les germes se développent nettement moins vite que dans l'urine.

— Enfin et surtout, un quatrième facteur plus important serait constitué par l'existence d'une inhibition vestibulaire spontanée à l'égard de l'infection ; cette inhibition expliquerait le fait que, normalement, on ne trouve pas de colibacille au niveau du vestibule ; c'est le déficit de ce moyen de défense naturel qui conditionnerait la génèse de l'infection du bas appareil.

Ici encore, un mécanisme immunologique a été évoqué à l'origine de cette inhibition spontanée. Mais il est vraisemblable que le pH vaginal intervient également. En effet, en cultivant des proteus et des pyocyaniques dans le liquide vaginal, on a constaté une action inhibitrice à l'égard de ces germes : tous les microbes sont détruits à pH 4,3 alors qu'entre pH 4,6 et pH 4,9 une partie de cette flore peut se développer.

Cette donnée n'est pas dénuée d'intérêt pratique. En effet, après la ménopause, le pH vaginal peut augmenter jusqu'à 7, mais on peut diminuer ce pH grâce aux œstrogènes per os. Ces derniers constituent donc un adjuvant utile, dans certains cas, à la lutte contre l'infection urinaire.

DIAGNOSTIC

Bien évidemment, ce sont les résultats des examents cytobactériologiques des urines qui constituent l'étape essentielle du diagnostic des cystites.

1. Le mode de prélèvement des urines, par sondage ou non, est actuellement controversé :

— il est indiscutable que le sondage comporte un risque infectieux puisque, en comparant les prélèvements d'urines par ponction sus-pubienne et par sondage, on a constaté que ce dernier peut être dans certains cas un facteur de contamination ;

— à l'opposé, les examens cytobactériologiques des prélèvements faits en cours de miction, au « milieu du jet » donnent des résultats bactériologiques presque superposables à ceux de la ponction sus-pubienne. Il semblerait donc que ce prélèvement ud « milieu du jet » soit préférable en pratique courante. En réalité, cette technique, si elle est moins offensante que le sondage, n'est pas plus simple pour autant et nécessite que la miction soit recueillie de façon très attentive par une infirmière compétente sur la femme en position gynécologique, et après nettoyage soigneux du méat et du vestibule.

En définitive, l'une et l'autre méthode impliquent douceur et attention, et le choix entre les deux dépend des circonstances cliniques : en période de cystite aiguë, mieux vaut ne pas irriter l'urètre par un sondage ; « à froid », on peut choisir l'un ou l'autre des deux types de prélèvement.

2. Lorsque le prélèvement a été correctement réalisé, la constatation d'une pyurie franche et

d'une bactériurie supérieure à 100 000 germes/ml signe de façon indiscutable l'existence d'une infection urinaire.

Par contre, lorsque la bactériurie est inférieure à 100 00 germes/ml, on ne peut pas pour autant exclure formellement une infection. En particulier, entre 10^4 et 10^5 germes/ml, il faut être prudent avant d'incriminer une souillure. C'est en confrontant les données de laboratoire avec la clinique que l'on s'orientera, dans ces cas limites.

Lorsqu'on observe une pyurie amicrobienne, il est de règle d'évoquer l'hypothèse d'une tuberculose urinaire, mais il ne s'agit que d'une hypothèse et un traitement spécifique ne saurait être entrepris sur cette seule donnée cytobactériologique. En effet, au cours de l'évolution de cystites bactériennes authentiques, la pyurie amicrobienne peut être observée à la phase de résolution spontanée (et bien entendu après traitement anti-infectieux) de l'affection.

De même, les cystites allergiques ou virales, non exceptionnelles, se traduisent par la présence de pus dans les urines, sans que des germes y soient mis en évidence.

TRAITEMENT

On ne peut pas dire qu'il y ait eu des « acquisition récentes » décisives concernant le traitement des cystites. Depuis des années, on connaît la remarquable efficacité des antibiotiques et des anti-infectieux sur la plupart des germes urinaires, et l'on sait que la stérilisation des urines peut être obtenue en moins de 24 heures.

Malgré cela, il semble que l'on ait intérêt à traiter une crise de cystite aiguë pendant 10 jours. Des études récentes ont cherché à juger de l'efficacité à longue échéance des traitements plus longs de 28 jours, ou des traitements plus courts de 5 jours, sans qu'une conclusion définitive puisse en être tirée.

On sait par contre que, si au bout de 10 jours, les urines n'ont pas été stérilisées, il est inutile d'espérer obtenir cette stérilisation en prolongeant le traitement avec le même anti-infectieux. Il faut changer d'antibiotique en se basant sur les données de l'antibiosulfamidogramme.

Dix jours de traitement suffisent donc dans l'immense majorité des cas à guérir une cystite aiguë.

Par contre, le problème est sensiblement différent lorsque l'on a à traiter des accès de cystite récidivante. Il semble en effet que dans ces cas, une fois la stérilisation des urines obtenue, il vaille mieux poursuivre l'administration de petites doses d'anti-infectieux, par exemple un comprimé de nitrofurantoïne par jour pendant plusieurs mois.

Cependant, répétons-le, ces traitements au long cours et à petites doses ne sont pas destinés à traiter une infection mais à prévenir une récidive, et leur administration ne peut donc être envisagée que lorsqu'un traitement préalable a permis de stériliser les urines.

Chez les malades dont les crises de cystite récidivantes sont déclenchées par les rapports sexuels, il est bon de conseiller l'évacuation vésicale immédiatement après le rapport et la prise à ce moment d'un comprimé d'anti-infectieux.

CYSTALGIES A URINES CLAIRES

Il n'est pas possible de parler des cystites sans évoquer leurs relations avec les cystalgies à urines claires, avec lesquelles elles sont souvent intriquées et même confondues :

— certaines cystites laissent parfois des séquelles vésicales ;

— chez certaines patientes, les poussées de cystite bactérienne alternent avec des périodes de cystite isolée ;

— très souvent, ce que les patientes appellent « cystite » ou « colibacillose » s'avère en réalité n'être qu'une cystalgie.

Comme on le sait, les cystalgies à urines claires constituent un syndrome caractérisé par des douleurs vésicales isolées, sans signes d'infection urinaire et sans anomalies apparentes des voies urinaires.

La douleur à prédominance vésicale déborde en fait la sphère urinaire et est volontiers sus-pubienne, pelvienne, profonde ou vaginale : « Là, à l'entrée du canal ». Cette douleur est permanente, avec des paroxysmes plus ou moins espacés, mais elle est toujours indépendante de la miction et même, dans certains cas, elle est calmée par l'émission d'urines. Parfois, à la douleur, s'associe une pollakiurie.

Mais, répétons-le, le trait essentiel de la cystalgie est son caractère isolé : les urines sont claires, il n'y a ni hématurie, ni pyurie, ni bactériurie et les examens cliniques radiographiques et endoscopiques ne montrent aucune lésion des voies urinaires.

Depuis de nombreuses années, à la suite en particulier des publications de P. Aboulker et L. Chertok, il est établi que les cystalgies à urines claires sont d'origine psychique et nécessitent une approche et un traitement psychothérapeutique.

Les cystalgies ne sont au demeurant qu'un des aspects des douleurs psychogènes, c'est-à-dire de syndromes douloureux réactionnels à des conflits psychologiques.

Cette réaction par une douleur « imaginaire » (et pourtant très réelle) serait même le témoin d'une perturbation psychologique particulièrement pro-

fonde. C'est en tout cas une réaction singulière, en ce sens qu'elle traduit précisément le refus absolu de la malade d'envisager et encore moins de reconnaître une explication psychologique à son trouble. La malade souffre et, par sa douleur, elle administre la preuve — à ses yeux, éclatante — que c'est bien son corps qui est malade : « Ça ne peut pas être psychique puisque je souffre ».

Le traitement des cystalgies à urines claires est particulièrement malaisé car la malade ne peut pas, dès le diagnostic établi, être dirigée vers un psychothérapeute : refusant l'explication psychologique de son trouble, elle n'accepte pas le traitement psychothérapique.

Dans un premier temps, c'est donc au somaticien de prendre en charge cette psychothérapie. C'est au médecin traitant (au gynécologue ou à l'urologue), d'assumer les consultations répétées de ces patientes, de les écouter, de tenter d'apaiser les douleurs par des sédatifs locaux ou généraux.

Ce n'est qu'après une phase plus ou moins longue, lorsque la malade aura acquis la conviction que le médecin « prend sa douleur au sérieux », que celui-ci pourra la convaincre de l'intérêt de subir, « en plus » du traitement en cours, une psychothérapie : l'envoi au psychothérapeute n'est possible que s'il n'est pas perçu comme un renvoi.

Pendant cette longue phase préparatoire à la psychothérapie, le rôle du somaticien nous paraît à vrai dire surtout préventif : il s'agit d'éviter que la douleur dont se plaint la patiente ne conduise à une intervention chirurgicale.

En effet, une des particularités de ces malades est qu'elles sollicitent, exigent, souvent avec véhémence, d'être opérées : « Qu'on m'opère, je ne peux plus continuer à souffrir comme cela ».

Or, au cours des multiples examens cliniques et paracliniques auxquels sont soumises ces malades, il n'est pas rare et il est même en quelque sorte inévitable, qu'on finisse par découvrir une quelconque anomalie génitale, urinaire ou digestive du type ptose rénale, cystocèle, utérus fibreux, ovaire un peu gros, cæcum sensible ou sigmoïdite diverticulaire, etc. Dès lors, le risque — et la catastrophe — serait d'attribuer à cette anomalie l'origine des douleurs. Ce serait alors la porte ouverte à des interventions multiples, inutiles autant qu'inefficaces et dont les observations ne sont hélas pas exceptionnelles.

L'approche diagnostique et thérapeutique des cystalgies à urines claires nécessiterait de longs développements psychiatriques qui ne sont pas de notre compétence. Par contre, il nous paraît important, en tant qu'urologue, de mettre en garde contre la tendance trop répandue d'étiqueter comme psychologique toute douleur vésicale apparemment inexpliquée. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de germes dans les urines, ou que la vessie semble normale à la cystoscopie, qu'une douleur vésicale est nécessairement d'origine psychique :

— d'une part, une vessie apparemment normale à la cystoscopie peut en réalité être pathologique ;

— d'autre part, il est des maladies vésicales authentiques, parfois même extrêmement graves, qui pendant longtemps ne se traduisent que par une douleur.

Notons donc d'abord que, même chez les cystalgiques, la vessie n'est pas aussi normale qu'il semble de prime abord.

Lorsqu'on les étudie par cystomanométrie, ces vessies ne fonctionnent pas du tout comme un réservoir normal. On constate souvent, en effet, des contractions du détrusor puissantes et précoces, cependant qu'une fuite se produit autour de la sonde avant que ne soit atteinte la capacité normale.

Les études faites au xénon ont montré que la muqueuse vésicale des cystalgiques, même apparemment saine, se comporte en fait comme une muqueuse enflammée. Le xénon 131 possède en effet cette particularité de n'être pas résorbé par la muqueuse en cas d'inflammation et d'être alors éliminé presque exclusivement par les poumons.

Or, on a pu montrer que chez les cystalgiques, alors même qu'aucune anomalie endoscopique ou biologique n'est relevée, la muqueuse résorbe le xénon 131 comme une muqueuse enflammée.

Mais, plus encore que la connaissance de ces anomalies vésicales infracliniques, ce qui doit rendre très prudent dans le diagnostic des cystalgies psychogènes est la notion de l'existence de deux affections graves qui, pendant longtemps, ne se traduisent que par une symptomatologie douloureuse : la cystite interstitielle ou ulcère de Hunner d'une part, le carcinome in situ d'autre part [4].

Pendant des années, en effet, ces deux affections peuvent ne déterminer que des douleurs vésicales avec pollakuries et leur diagnostic ne sera reconnu que longtemps après, soit par la rétraction vésicale qui caractérise l'évolution de la cystite interstitielle, soit par l'apparition de cellules malignes dans les urines lorsqu'il s'agit d'un carcinome in situ.

Enfin, il nous paraît utile de souligner que lorsque chez la cystalgique est mise en évidence une relation entre la survenue de ses douleurs et des troubles sexuels, cela ne constitue pas pour autant un argument en faveur de l'origine psychogène du trouble.

En effet, compte tenu de l'origine et de la structure histologique du trigone vésical, il est normal que le cycle menstruel et la vie sexuelle influent sur le comportement de la vessie. Comment s'étonner de ce que des rapports insuffisamment fréquents, incomplets, ou non satisfaisants puissent

influer sur l'état de congestion pelvienne, et en particulier sur la congestion du trigone ?

La sensibilité de la vessie aux incitations hormonales a récemment été soulignée par l'étude de l'influence sur le réservoir urinaire des contraceptifs oraux. Zahran et coll. [5] ont comparé l'état des urines et l'aspect cystoscopique de trois groupes de femmes : celles qui prennent la pilule, celles qui portent un stérilet et celles qui n'utilisent aucun contraceptif. Ils ont constaté d'une part que les bactériuries sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes qui prennent la pilule (40,5 p. cent) que chez celles qui portent un stérilet (20 p. cent) ou celles qui n'ont pas recours à la contraception (16 p. cent), d'autre part que l'inflammation vésicale apparaît beaucoup plus fréquemment chez les femmes qui prennent la pilule (50,5 p. cent) que chez celles du groupe témoin (8 p. cent).

En définitive, s'il est donc bien établi que les cystalgies à urines claires sont fréquentes et souvent à détermination psychogène, il est non moins important de savoir que leur tableau clinique peut être simulé par d'autres affections dont le diagnostic doit donc avoir été formellement éliminé avant que l'étiologie soit retenue.

REFERENCES

1. Gregory J.G., Wein A.J., Sansone R.C., Murphy J.J. — Bladder resistance to infection. *J. Urol.*, 1971, *105*, 220.
2. Hinman F. Jr — Intermittent catheterization and vesical defenses. *J. Urol.*, 1977, *117*, 57-60.
3. Stamey R.A. — *Urinary infections*. Baltimore, Williams and Wilkins Co, 1972.
4. Steg A. — Le cancer in situ de vessie. *Ann. Urol.*, 1978, *12*, 73-82.
5. Zahran M., Kamel M., Mooro H., Osman M.L., Fayad L., Youssef A.F. — Effects of contraceptive pills and intra-uterine devices on urinary bladder. *Urology*, 1976, *8*, 567.

monographies d'urologie

publiées par A. STEG
et L. BOCCON-GIBOD

2

La prostate

sous la direction de
L. Boccon-Gibod et A. Steg

★

Il y a quinze ans, la question « quoi de neuf en pathologie prostatique » ne suscitait chez un maître de l'urologie qu'un laconique « rien ». Pareille réponse ne serait plus possible aujourd'hui. C'est la raison d'être de cette seconde livraison des monographies d'urologie.

★

Un ouvrage 17,5×22,5
200 pages, 58 figures

Prix en nos magasins : 110 F
franco domicile : 119 F

★

Rappel :

Monographies d'Urologie n° 1 :
« Tumeurs du rein »

En vente chez votre libraire spécialisé habituel
ou à l'Expansion Scientifique Française
15, rue Saint-Benoît, 75278 Paris Cedex 06

cauterets (65110) alt. 1000 m

CURES THERMALES
TOUTE L'ANNEE

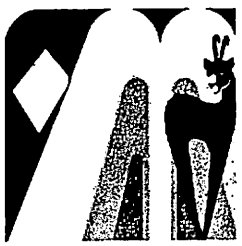
10 SOURCES THERMALES
SULFUREES SODIQUES ET
7 ETABLISSEMENTS DE SOINS

- MALADIES DE LA GORGE ET DE LA VOIX,
- AFFECTIONS NASO-SINUSIENNES ET BRONCHIQUES,
- AFFECTIONS TUBO-AURICULAIRES,
- RHUMATOLOGIE.

EQUIPEMENT THERAPEUTIQUE MODELE :
Douches pharyngiennes, insufflations tubaires, humages, aérosols, méthode de Proëtz, douches nasales et rétro nasales, rééducation respiratoire et cures déclives.

Renseignements :
(62) 97.50.27
97.51.60

CLIMAT DE MONTAGNE au cœur du PARC NATIONAL DES PYRENEES



capvern les bains (65130) alt. 480 m

2 mai - 15 octobre

2 sources sulfatées calciques magnésiennes, radioactives

- AFFECTIONS URINAIRES ET RENALES.
- AFFECTIONS HEPATO-BILIAIRES.
- MALADIES DE LA NUTRITION.
- SEQUELLES DES AFFECTIONS TROPICALES.

Bains thermo-gazeux et carbo-gazeux, massages sous l'eau

Climat de moyenne altitude, à la fois tonique et sédatif

Renseignements : 16-62 99.50.02 Société thermale
16.62 99.50.46 Syndicat d'initiative

Traitement thermal des troubles fonctionnels en uronéphrologie

J. THOMAS *
(Vittel)

La spécificité des stations de diurèse vis-à-vis de certaines affections uronéphrologiques résulte de leur action toute particulière sur certains dérèglements biologiques qui sont responsables des affections en cause, et nous pensons plus spécialement à la lithiase rénale.

Mais comme pour d'autres chapitres de la pathologie, une part de responsabilité, plus ou moins importante selon les cas, est à attribuer aux troubles psychosomatiques dans la génèse de la maladie qui doit être traitée. Le programme de la cure thermale devra en tenir compte. La cure « est un tout », pour reprendre l'opinion du Pr M. Lamarche et la conception du Pr Cl. Laroche. Rien ne doit être négligé, et une part du succès incombera à l'amélioration de ces désordres fonctionnels. Le médecin thermal devra diriger la cure hydrique, l'hydrothérapie, le programme de repos et de détente en fonction de toutes les données d'un interrogatoire orienté, attentif, prolongé et renouvelé.

Nous envisagerons successivement le traitement thermal des troubles fonctionnels, selon les diverses affections traitées dans les stations à visée uronéphrologique.

LITHIASE RENALE : MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES ET CURES THERMALES

A côté des troubles métaboliques connus qui interviennent dans la pathogénie de la lithiase rénale et que nous n'envisagerons pas ici, nombre d'auteurs ont insisté sur les facteurs psychosomatiques de la lithiase, et surtout dans le cas de la lithiase oxalique. Dans son rapport au Congrès d'Urologie de Paris en octobre 1980 sur la « Lithiase calicielle », le Pr A. Jardin [1] a fait un rappel bibliographique de ce chapitre particulier. On lit notamment ces phrases : *« Georges Groddek, le père de la médecine psychosomatique, fit remarquer en 1928 que la tendance à former des calculs du rein disparaissait parfois entièrement, sans raison apparente, chez certains sujets. Il suggéra qu'un des moyens de l'organisme de se défendre de cette tendance résidait dans un changement dans la vie psychique consciente et inconsciente, et que donc, on pouvait proposer une psychothérapie méthodique chez les lithiasiques ».*

En France, ce problème des rapports entre lithiase et troubles psychosomatiques a été abordé surtout par J. Serane et Ch. Pean [2, 4], et J. Serane a fait ici-même une mise au point en 1980 [3]. J. Serane et Ch. Pean individualisent, chez les sujets atteints de lithiase oxalique, trois dominantes de leur caractère : émotivité, anxiété et scrupule ; ils en arrivent à cette conclusion que *« la formation d'une lithiase oxalique ne peut se produire qu'à la faveur d'un état psychologique particulier, qui associe l'émotivité, l'anxiété et le scrupule, ce dernier conditionnant la nature oxalique du calcul... L'observation d'un très grand nombre de lithiasiques, pendant une durée de 5 à 12 ans, nous montre l'extinction complète de la maladie lithiasique lorsque l'équilibre psychologique est redevenu normal ».*

J. Serane et Ch. Pean expliquent ainsi une partie des effets de la cure thermale qui permet :

— *« une étude psychologique profonde mettant en évidence la cause effective de la lithiase,*

* Néphrologue, 24, rue Jeanne-d'Arc, 94160 SAINT-MANDÉ.

— une psychothérapie adaptée au malade et choisie selon la cause déclenchante,

— une relaxation générale physique et mentale dans une ambiance de calme. »

Selon que l'on a une formation psychiatrique ou psychologique plus ou moins poussée, ou qu'à l'inverse on est surtout orienté vers l'organicité de la maladie lithiasique, le rôle du facteur psychologique sera placé ou non au premier plan. Mais de toute façon, le rôle du caractère du sujet, l'influence des stress, de la fatigue, du surmenage sont indiscutables dans la lithogénèse. La cure thermale sera l'occasion d'une atténuation de ces facteurs psychosomatiques. On comprend mieux ainsi le rôle du médecin thermal qui, averti, devra faire une mise au point systématique de tous les facteurs anorganiques, par un interrogatoire minutieux, par une mise en confiance du lithiasique pour qu'il se livre entièrement, premier temps de sa libération.

« *Chaque cas,* écrit J. Serane [3], *est à traiter individuellement. Ce genre de traitement (psychosomatique) doit être abordé avec prudence : il importe de ne pas heurter la conception morale du malade. Il s'agit surtout de lui faire constater la relation chronologique qui existe entre le stress et la formation du calcul, en s'adressant simplement à la logique. Cette relation est tellement frappante qu'il s'aperçoit très vite de la relation de cause à effet. Cela le frappe souvent comme une véritable révélation. Il s'agit ensuite de lui faire prendre conscience de la nature du conflit, pour qu'il arrive à le dominer. Bien entendu, il ne s'agit pas de modifier son caractère, ce qui serait impossible, mais le travail consiste à apprendre à réduire l'intensité de son scrupule* ».

La cure hydrique elle-même est un facteur de détente, car les eaux minérales des stations de diurèse fournissent toutes un apport de magnésium important, qui est un agent pharmacologique antispasmodique : Vittel Grande Source 38 mg, Vittel Hépar 122 mg, Pavillon de Contrexéville 48 mg, Evian Cachat 24 mg, Hount-Caount de Capvern 75 mg.

Mais l'hydrothérapie doit intervenir également : douches générales, douches lombaires et au besoin bains bouillonnants aoérogazeux, massages sous l'eau.

Enfin, le séjour dans un site de verdure, calme, aéré, à distance des soucis habituels, et en rupture totale avec les soucis familiaux et professionnels, constitue le dernier élément de détente.

CYSTALGIES DE LA FEMME

La cystite et les cystalgies sont le propre des femmes, et rares sont celles qui, au cours de leur vie, n'ont pas à se plaindre d'épisodes cystalgiques.

Pour la majorité des manifestations dites cystalgiques, l'origine infectieuse est évidente et la preuve en est apportée par la disparition des symptômes grâce au traitement médical approprié. Les formes rebelles bénéficient d'ailleurs énormément de la cure de La Preste.

Nous voyons aussi, parmi nos curistes femmes, des cystalgiques sans infection urinaire.

Certaines entrent pour nous dans le cadre des cystalgies d'origine lithiasique, soit qu'il y ait des antécédents vrais de lithiase rénale (coliques néphrétiques, expulsions de calculs, interventions pour lithiase), soit que, sans ces précédents, on retrouve la notion de lithiase familiale ou de troubles biologiques évocateurs (cristallurie microscopique, souvent signalée aux examens d'urines, hyperuricémie, hypercalciurie, voire hyperoxalurie). Dans ces cas, le pourcentage de résultats favorables est très important, et l'amélioration plus franche après chaque nouvelle cure.

Mais nous voyons aussi, du seul fait que nous exerçons dans des stations à visées uronéphrologiques, de véritables cas de cystalgies à urines claires essentielles, caractérisées plus spécialement par le déséquilibre psychosomatique que l'on connaît : le Pr A. Steg, qui l'a lui-même remarquablement décrit antérieurement [5], nous le rappelle ici-même, et nous n'y reviendrons donc pas. Dans ces cas, les résultats de la cure hydrique sont plus aléatoires que lorsqu'il y a une cause organique réelle. C'est là que le traitement sédatif jouera le plus, et il faut l'envisager sous tous ses aspects. Le rôle du médecin thermal est très important, mais sa tâche est difficile, voire astreignante et fatigante, et les résultats dépendent souvent de la durée des consultations, du temps que l'on peut consacrer à écouter ces patientes qui ont besoin de se confier et qui, certaines de la nature organique de leurs troubles « puisqu'elles souffrent » (A. Steg), refusent de consulter un psychiatre, un psychanalyste ou même un psychologue. L'hydrothérapie peut nous aider à atténuer ces vessies « irritées ». Personnellement, nous prescrivons des douches générales, des bains bouillonnants (bulles d'air) qui ont un bon effet sédatif général, des bains d'amidon, parfois très efficaces, des douches vaginales ou vaginovulvaires, dites douches en hamac, ou douches « Alquié » : l'eau apportée par une canule vaginale, à 37 °C, pendant 5 à 10 minutes, apporte une soulagement souvent très net, le traitement étant renouvelé tous les jours ou tous les deux jours. Le repos joue beaucoup chez ces femmes, qui apprécient l'isolement, à tous points de vue. La fréquentation de nos stations par ce genre de malades ne représente en fait qu'un très faible pourcentage de curistes, et nous ne pouvons quant à nous faire cas que de quelques dizaines d'observations. L'expérience prouve qu'environ une fois sur deux ces

femmes ne sont vues qu'à une seule cure, et cela suppose, étant donné la chronicité de leur maladie, qu'elles n'ont pas été satisfaites des résultats. Pour les 50 p. cent de cas que nous revoyons, l'amélioration est en général nette, et un tel chiffre laisse à penser qu'il dépasse les 30 p. cent des effets placebo reconnus à toute thérapeutique. De tels résultats ne sont pas négligeables, quand on connaît les difficultés du traitement et la fréquence des échecs des diverses thérapeutiques dont disposent le médecin généraliste, le néphrologue ou l'urologue.

PROSTATITES ET PROSTATO-URÉTHRALGIES

Il n'est pas dans notre intention de ranger les prostatites dans la rubrique des malades psychosomatiques. Qui dit prostatites dit lésions inflammatoires ou scléro-inflammatoires, diverticulites et souvent lithiase. Mais il est certain que, là aussi, les manifestations fonctionnelles sont exacerbées par les stress, le surmenage, la fatigue : et nous pensons plus spécialement aux uréthralgies, aux pesanteurs pelviennes, aux algies orgasmiques que présentent ces sujets. Là aussi, la cure peut intervenir en tant que thérapeutique sédative. Mais il y a un domaine où la crénothérapie peut être intéressante, c'est celui des uréthralgies de l'homme. Nous avons eu l'occasion d'en suivre quelques cas à Vittel, avec des succès variables. Il s'agit de sujets qui se plaignent de douleurs périnéoscrotales, évoluant sur un mode chronique, avec ou sans brûlures au moment des mictions, généralement sans germes urinaires et sans écoulement uréthral. Ces manifestations fonctionnelles sont le leitmotiv du programme des consultations et, en fait, nombre de ces sujets ont déjà consulté des psychiatres. L'expérience des urologues chevronnés montre que ces ennuis ne doivent pas être négligés, car certains de ces cas aboutissent à des tentatives d'autolyse. Le rôle du médecin de cure est surtout de rassurer ces patients : nous suivons actuellement un tel sujet qui a vu ses troubles s'installer après une prostatectomie sans que les exabens radiologiques post-opératoires, les examens biologiques et plusieurs uréthroscopies aient jamais révélé aucune lésion organique particulière. Dans le cas présent, une sédation presque totale est obtenue en fin de cure, avec une physiothérapie consistant en séances d'ionisation calcique centrée sur l'urèthre périnéoscrotal. Depuis cinq ans, les résultats sont identiques, avec chaque fois sédation totale ou presque pendant environ six mois. Ainsi la cure, la détente et certains soins permettent d'améliorer des troubles pour lesquels on n'a, par ailleurs, aucune autre possibilité thérapeutique : les médicaments sédatifs, les anti-infectieux, les anti-inflammatoires sont, la plupart du temps, sans action.

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES DE L'INSUFFISANCE RENALE

Nous voyons dans nos stations à visée néphrologique, bon nombre de sujets présentant une insuffisance rénale modérée, soit d'origine lithiasique, la maladie ayant entraîné des dégâts parenchymateux, soit par glomérulopathie chronique modérée, soit encore par polykystose rénale. Devant un taux d'urée à 0,60 - 0,80 g, de créatinine sanguine à 15-18-20 mg, la cure est proposée. Nous nous évertuons, pendant la cure, de faire baisser l'urée sanguine, grâce à un régime légèrement hypoprotidique et à une diurèse appropriée. Nous sommes conscients toutefois des limites, voire des dangers d'une restriction protidique trop stricte. Mais, quels que soient les effets de la cure sur l'équilibre sanguin (le taux d'urée baisse souvent, la créatinine reste en général stable), les malades quittent la station en net progrès clinique. Que s'est-il passé ? En fait, ces sujets sont asthéniques, se fatiguant plus facilement que les sujets indemnes d'insuffisance rénale. Mais plus encore ce sont des sujets inquiets, perturbés par les résultats de leurs analyses renouvelées. Ils vivent dans la hantise de « l'urémie », avec la perspective de la dialyse chronique, ou du rein artificiel. Pendant leur cure, ils rencontrent souvent leur médecin thermal qui les rassure, parlent avec d'autres curistes qui, heureusement, ne leur paraissent pas s'acheminer vers la mort, et cela les tranquillise. Ils se reposent, se détendent. Si, de plus, ils ont une tension légèrement élevée, celle-ci baisse, au besoin grâce à un peu d'hydrothérapie simple sédative. Donc, là encore et peut-être plus spécialement chez ces sujets, le rôle de la cure est surtout d'atténuer les troubles fonctionnels. L'amélioration constatée après la cure et pendant un temps variable, même si l'urée sanguine remonte dans l'année à son taux antérieur, incite ces malades à profiter plusieurs années consécutives de la crénothérapie.

CONCLUSION

En uronéphrologie, on ne saurait nier la part psychosomatique des effets de la cure, ni pour autant minimiser l'intérêt de celle-ci. Dans certains cas et pour certains sujets, les troubles fonctionnels sont dominants et on imputera les résultats de la cure à un ensemble de facteurs qui vont de la confiance du curiste vis-à-vis de son médecin, de l'attention de celui-ci, de sa prise en considération des problèmes psycho-affectifs du patient, à la détente trouvée dans la station et aux effets calmants d'une hydrothérapie appropriée. Ailleurs, pour certains sujets chez lesquels les effets métaboliques de la cure sont indéniables, visant à améliorer le terrain pathologique et à atténuer les tares

biologiques ou viscérales, le côté sédatif de celle-ci sera un adjuvant. C'est ce que nous avons tenté de schématiser dans ce tour d'horizon de la pathologie uronéphrologique traitée dans nos stations.

REFERENCES

1. Jardin A. — La lithiase calicielle. Rapport de la 74e session de l'Association Française d'Urologie. *J. Urol. Néphrol. (Paris)*, 1980, *86*, 335-427.
2. Pean Ch. — *Le caractère étiologie principal de la lithiase oxalique*. Thèse Méd., Paris, 1962.
3. Sérane J. — La cause des lithiases oxaliques et uriques : une personnalité spécifique. Traitement psychothérapique au cours de la cure thermale. Expérience de 7 000 cas. *Presse therm. clim.*, 1980, *119*, 149-151.
4. Sérane J., Pean Ch. — Etude psychosomatique de la lithiase oxalique. Conception nouvelle de sa pathologie et de son traitement. *Rein Foie*, 1962, *3*, 153-154.
5. Steg A. — Cystites et cystalgies. Acquisitions récentes. *In : Actualités gynécologiques, 8e série*, pp. 65-73. Paris, Masson, 1977.

DISCUSSION AU COURS DE LA SEANCE

Dr J. Ducros :

Il y a régulièrement chaque année, à Néris, des malades atteintes de cystalgies.

Le résultat est généralement positif. Le traitement thermal est essentiellement le grand bain sédatif de Néris et la douche vaginale abondante.

Informations

THALASSOTHERAPIE : LES ALGUES MARINES

Les 24 et 25 septembre 1981, la « Presse Thermale et Climatique » a été conviée, avec de nombreux autres journaux médicaux et non médicaux, à l'inauguration de la nouvelle unité de production de l'usine Goëmar à Saint-Malo, sous la Présidence d'honneur de Monsieur le Ministre de la Mer.

Depuis 1974, les Laboratoires Goëmar, installés à Saint-Malo à proximité immédiate de vastes champs d'algues marines, transforment ces algues dont on connaît la grande richesse en oligo-éléments ainsi qu'en certaines vitamines, acides aminés et hormones ; on aboutit à un produit qui se présente sous forme d'une pâte humide dont les particules varient entre 6 et 20 microns, et qui est de maniement commode tout en ayant conservé les propriétés biologiques du végétal originel. Ces pâtes ont une large utilisation non seulement en agriculture et notamment dans le domaine agro-alimentaire mais aussi en cosmétologie.

Certaines préparations sont utilisées en thalassothérapie, et notamment au Centre de Thalassothérapie « Les Thermes Marins » de Saint-Malo, et nous avons pu expérimenter sur nous-même l'effet bénéfique de cette « remise en forme ».

R.J.

THERMALISME : PREMIER PRIX DE LA FONDATION PROMOTHERMES

Ce prix, d'un montant de 20 000 F, a été remis le 29 septembre 1981, dans les salons du Rectorat de la Sorbonne, au Professeur Jacques Charpin de Marseille, par le Professeur Jean Dry, Président de l'Université de Paris VI, et également Président de la Fondation.

La Fondation Promothermes *, association pour le développement des travaux cliniques ou biologiques portant sur des sujets de thérapeutique préventive ou curative et faisant intervenir les facteurs d'environnement, de climat ou de thermalisme, a récompensé le Professeur Jacques Charpin pour la qualité exceptionnelle de ses travaux et recherches effectués dans le domaine de l'allergologie.

Au cours de cette cérémonie, à laquelle on notait la présence d'au moins 200 personnes, parmi lesquelles les plus grands spécialistes de l'asthme et des allergies, réunis à Paris pour le 10e Congrès International de l'Asthme (INTERASMA), le Professeur Jacques Charpin devait déclarer que c'était après le Grand Congrès de l'Asthme du Mont-Dore de 1950 qu'il avait commencé ses travaux sur l'allergologie, suite à une pollution d'origine industrielle ayant sévèrement touché la ville de Marseille et notamment des proches de sa famille.

Parmi l'assistance, on remarquait la présence française de Messieurs les Professeurs Cheminat, Gaultier, Hannoun, Herman, Migueres, Molina, Paupe, Vialatte, Viniaker, Wayoff, Mesdames Laroche Navaron, Paupe, etc.

R.J.

* 63, boulevard Malesherbes, 75008 PARIS.

Les troubles fonctionnels en psychiatrie

Y. PELICIER *
(Paris)

Le trouble fonctionnel a en médecine un statut précaire, du fait même de l'importance prise par la méthode anatomoclinique et depuis quelques années par les multiples explorations physiques, chimiques et physiologiques qui ont toutes en commun la même signification : le symptôme doit trouver une explication dans une altération physiologique ou une lésion. Ce modèle est très contraignant et il explique la dévalorisation dont se trouve plus ou moins atteint le phénomène fonctionnel. Il est pourtant possible qu'une approche plus ouverte de la pathologie nous permette de restituer aux troubles fonctionnels un statut de meilleure qualité, compte tenu de son importance dans la vie médicale quotidienne.

DÉFINITION DES TROUBLES FONCTIONNELS

Le trouble fonctionnel comporte d'abord un aspect négatif essentiel : il se produit en l'absence de lésion organique décelable. Sans doute, les progrès de l'immunologie, de la biologie moléculaire reculent les limites des altérations et anomalies décelables mais c'est ce critère qui reste en général le plus immédiatement perçu.

La deuxième caractéristique est l'opposition entre l'importance de la gêne ou de la souffrance vécue par le patient, et l'aspect anodin des constatations et de la séméiologie objective. A la limite, ce contraste crée entre le malade et le médecin une sorte de gêne, voire une suspicion.

Un troisième aspect réside dans la fréquence avec laquelle plusieurs domaines physiologiques sont atteints, même si l'un d'entre eux domine la symptomatologie.

Enfin, il faut signaler la longue durée des symptômes qui peuvent rassurer quant à leur gravité mais épuisent le patient. Le dernier critère n'est pas obligatoire. Néanmoins, la plainte fonctionnelle est souvent reliée à un événement vital dont la signification est particulièrement riche, et dont il faut tenir compte si on veut comprendre le sens du symptôme.

Il faut évidemment distinguer la maladie fonctionnelle d'autres situations pathologiques avec lesquelles on peut la confondre. La maladie fonctionnelle n'est pas l'hypocondrie : l'hypocondriaque est totalement polarisé, totalement dépendant de ses problèmes de santé. En fait, cette dépendance a beaucoup plus d'importance que tel ou tel trouble fonctionnel qu'il peut présenter. Dans une conversion hystérique, les troubles sont très divers, depuis le trouble fonctionnel jusqu'à des symptômes objectifs (paralysie, anesthésie, surdité). Ce qui fait la différence, c'est la distance que le patient prend à l'égard de son symptôme qui ne paraît pas l'inquiéter tandis qu'il présente fréquemment des traits hystériques. Or, certains patients fonctionnels peuvent être très sobres quant à leur symptomatologie et toujours anxieux. Il faut également distinguer les troubles fonctionnels de la dépression. L'association est possible avec la tristesse mais elle n'est pas obligatoire. Il faut aussi écarter le diagnostic de cénesthopathie mais, dans ce cas, on a affaire non à des troubles fonctionnels mais à de véritables hallucinations de la cénesthésie. C'est sans doute l'affection psycho-somatique qui présente la plus grande difficulté : ici, en principe, nous avons affaire à une maladie souvent objectivée de façon suffisante. Même si, sur le plan étiologique, il existe une pesanteur psychologique, la symptomatologie n'est pas perçue comme fonctionnelle.

* Professeur à la Faculté de Médecine ; Médecin à l'Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75730 PARIS CEDEX 15.

Enfin, malade fonctionnel évoque souvent l'idée de malade imaginaire. C'est une assimilation péjorative et injuste. Certains fonctionnels sont réellement très gênés et ce n'est pas parce que nous ne pouvons pas objectiver leur trouble qu'il faut le mettre en doute. Et d'ailleurs, l'imaginaire est une dimension importante de la personnalité à laquelle nous payons tous tribut, malade, médecin, bien portant, mal portant.

SÉMÉIOLOGIE

Le concept séméiologique est aussi varié que la physiologie. Le trouble fonctionnel peut être isolé ou au contraire associé à d'autres troubles. Il peut être pur, ou lié à une anomalie psychologique ou psychiatrique évidente. Du point de vue de la chronologie, le trouble fonctionnel peut être permanent, évoluant depuis l'enfance ou l'adolescence, durable, quasi constitutionnel, pour employer une expression très à la mode autrefois. Il peut être au contraire temporaire, lié à une situation émotionnelle ou à une aggravation. Les troubles fonctionnels en psychiatrie se situent au niveau de différents appareils et il n'est pas utile de trop insister sur la multiplicité des symptômes ainsi mis à jour.

L'appareil cardiovasculaire est très souvent mis en cause sous la forme de malaises précordialgiques, palpitations, éréthisme cardiovasculaire, hypertension labile.

Vient ensuite l'appareil digestif, avec une symptomatologie particulièrement riche que domine la douleur : douleur gastrique, brûlure, douleur dans la fosse iliaque, proctalgie, ténesme. Il faudrait aussi évoquer la cohorte bien connue des dyspeptiques, des météorisés de l'abdomen (aérophagiques), des constipés, des diarrhéiques. On peut dire qu'avec le cœur l'appareil digestif est particulièremetn apte à exprimer l'émotion.

Il y a aussi l'appareil ostéo-articulaire qui possède un riche clavier d'expressions. Le grand chapitre des rachialgies n'est pas prêt d'être fermé. Chacun connaît, sur le plan cervical, le syndrome de Barré-Liéou avec les céphalées, les vertiges, la fatigabilité à la lecture, les paresthésies pharyngées et l'anxiété. Il y a aussi les dorsalgies bénignes de la femme entre 35 et 40 ans. Elles sont interscapulaires, souvent en rapport avec un surmenage d'attitudes, accompagnant une spasmophilie. Il y a aussi les lombalgies qui touchent des patients très différents : souvent anxieux, peu loquaces, bloqués, souffrant de façon répétitive, demandant des soins et des explorations au plan physique mais défendant énergiquement toute intrusion psychologique. Il y a aussi les sciatiques non discales, sans lésion organique, par forcément améliorées par l'intervention chirurgicale. Il y a aussi les rhumatismes psychogènes des personnes âgées, etc.

Il faudrait aussi évoquer l'appareil gynécologique avec les algies pelviennes, le syndrome paraménopausique, etc.

Mais il nous semble plus important, plutôt que d'évoquer la luxuriance de cette pathologie fonctionnelle, de faire quelques remarques sur deux aspects symptomatiques particulièrement importants : l'asthénie et la douleur.

Asthénie

C'est un syndrome complexe comportant au moins trois éléments successifs :

— avant l'effort, ou en l'absence d'effort, un vécu d'impuissance et d'incapacité à entreprendre et réaliser des actes simples ou des gestes habituels ;

— durant l'effort, s'il est malgré tout fourni, une sensation douloureuse d'épuisement, sans commune mesure avec l'épreuve ;

— après l'effort, s'il a eu lieu, une sensation intense de devoir « rembourser » au prix de renoncements et de souffrances, qui renforce l'autodépréciation et le pessimisme.

A chaque étape, l'asthénie apparaît bien comme un malaise corporel et mental. Elle se distingue de la fatique physique ou psychique qui dépend d'une activité antérieure, voire d'un surmenage, et que dissipe le repos. On peut expliquer la fatigue, en mesurer l'intensité au niveau du muscle, des appareils sensoriels, des opérations intellectuelles. L'étude des échanges chimiques tissulaires, du fonctionnement cardiorespiratoire, des chronaxies, des tests psychologiques fonde la légitimité de la fatigue. Rien de tel avec l'asthénie qui, tant à l'observateur qu'au sujet qui la subit, paraît gratuite, injustifiée, révoltante même, et donc rapidement obsédante.

Dans certains cas, on ne trouve aucune cause organique. Il faut donc parler d'asthénie fonctionnelle ou d'asthénie primaire.

Le tableau clinique comporte la triade classique : anticipation pénible de l'effort, épuisement à l'effort, autodépréciation. S'y ajoute l'ensemble des troubles suivants :

— troubles intellectuels avec défaut de concentration, dispersion de l'attention, mauvaise mémoire ;

— troubles affectifs tels qu'anxiété, irritabilité, dépression franche ;

— insomnie ;

— asthénie sexuelle ;

— troubles neurovégétatifs avec transpiration, tachycardie, vertiges ;

— céphalées, algies rachidiennes et lombaires, hyperesthésie au bruit, des paresthésies.

Un tel tableau répond à un grand nombre de

circonstances cliniques bien connues des psychiatres.

Dépressions masquées

Dans ce cas, le trouble de l'humeur ne s'exprime pas dans une tristesse évidente. Il emprunte le langage du corps : épuisement, céphalées, incapacité. Il peut s'agir de véritables états mélancoliques a minima mais, beaucoup plus souvent, de la décompensation d'un état névrotique ancien, ou de la manifestation d'un échec vital dont il faudra rechercher les sources dans la biographie du sujet.

Asthénies névrotiques

Elles correspondent en partie à la psychasthénie de Pierre Janet. Toutefois, le tableau complet de cette névrose comporte la tendance aux scrupules et un mode très obsessionnel d'organisation de l'existence (méticulosité, réserve, sensibilité, retrait). Il ne sert à rien de traiter somatiquement un individu dont l'asthénie exprime une situation de conflit. Au début, quelques essais ont vite convaincu de l'insuffisance des toniques et fortifiants. Seule une psychothérapie qui permet à l'individu d'exposer ses problèmes, au travers d'entrevues hebdomadaires avec le psychothérapeute, donnera un soulagement réel.

Douleur

La douleur est toujours à double face. Mais c'est avant tout une expérience subjective. Elle repose sur le passé et sur sa connaissance, mais elle est aussi tributaire de la relation avec les autres : on ne souffre pas de la même façon seul ou en présence d'un être cher. La douleur est aussi souvent associé à l'idée de punition mais, quand il n'y a pas de culpabilité, la douleur évoque l'injustice et très facilement la révolte. Certaines douleurs ont la valeur d'une véritable décharge de tendances agressives. Elles expriment une révolte contre une trop grande pression extérieure ou intérieure. Ainsi la céphalée peut-elle exprimer la protestation contre la pesanteur de l'environnement (syndrome d'Atlas) ou bien encore l'écrasement par trop de surmenage, trop de charges. C'est souvent le sens de la douleur névrotique pseudorhumatismale de la femme anxieuse, insomniaque, accablée. Sans doute le message de la douleur peut-il varier suivant le territoire où elle se développe. La douleur du dos atteint l'individu au niveau même de l'appareil régissant l'attitude et la prestance. La lombalgie interfère avec la sexualité. Il faut voir aussi les conséquences de la douleur. Elle peut amener une limitation de l'activité telle qu'il se crée une impotence. La limitation du mouvement articulaire crée l'ankylose qui entraîne l'immobilité. Or, l'immobilité est comme la mort.

La douleur peut entraîner une régression et une dépendance, avec incapacité au travail. En résumé, la douleur possède des sens multiples mais, de toute façon, elle est toujours mutilation symbolique du corps et à l'origine d'un deuil.

CONCEPT PSYCHOPATHOLOGIQUE

Ce que nous pouvons en dire est forcément incomplet, tant est grande la diversité des circonstances où les troubles fonctionnels peuvent apparaître. Nous évoquerons simplement une série de circonstances cliniques qui répondent aux troubles le plus souvent constatés chez les fonctionnels.

1. Il est fréquent d'observer une immaturité et une tendance à l'insécurité. Le trouble fonctionnel constitue à la fois une sorte d'explication, de refuge et de protection. Souvent, il n'y a pas de troubles névrotiques associés de façon évidente et le fonctionnel n'est que cela. Certaines particularités émotionnelles peuvent aussi lui donner l'apparence de la spasmophilie, tableau composite, sans doute, de significations multiples mais qui, le plus souvent, n'est pas autre chose qu'une manière d'être émotionnelle. Nous ne comprenons pas, bien entendu, dans cette interprétation les tétanies authentifiables.

2. Le trouble fonctionnel peut apparaître dans le cadre de conflits, de difficultés relationnels. Souvent, il s'agit de crises fonctionnelles explosives, temporaires qui ne sont pas sans évoquer l'instabilité émotionnelle ou la labilité de la personnalité hystérique.

3. Le trouble fonctionnel peut s'accompagner d'une tristesse durable : les céphalées, la rachialgie, l'asthénie composent le trouble de la « neurasthénie », décrite par l'américain Beard au siècle passé, et dont on continue à évoquer le diagnostic devant ces maladies fonctionnelles, invalidantes et intermittentes.

4. Le trouble fonctionnel peut être pris dans une structure obsessionnelle. Il fait l'objet d'une rumination incessante, d'une recherche conjuratoire de la guérison : ce sont les formes psychasthéniques, toujours très fréquentes.

5. La symptomatologie fonctionnelle peut s'accompagner d'une expression phobique : cardiophobie, cancérophobie, syphilophobie, etc. La médication est ici utilisée pour éviter à tout prix l'angoisse que crée un trouble fonctionnel. Par exemple, dans les névroses cardiaques (syndrome d'asthénie neurocirculatoire), l'investissement est particulièrement important.

6. Les troubles fonctionnels au cours d'une psychose posent un problème complexe : le trouble fonctionnel s'accompagne souvent d'une réaction énergique, voire agressive, qui fait évoquer la paranoïa. Il peut d'ailleurs être récupéré dans le cadre

d'un délire. Le trouble fonctionnel est fréquent au début de la schizophrénie. Il peut être spontané, à l'origine d'une grande inquiétude ; il peut survenir très rapidement, en rapport avec une prescription médicamenteuse. Par contre, il est beaucoup plus rare dans les schizophrénies anciennes où les réponses corporelles sont comme éteintes.

Enfin, dans la psychose mélancolique, les troubles fonctionnels sont habituels mais relégués au second plan de la symptomatologie, du fait de l'importance de la douleur morale. Quant aux maniaques, ils ne se plaignent en général de rien, et surtout pas de leur corps.

ÉTIOLOGIE

Avant de poser un diagnostic de trouble fonctionnel, une enquête minutieuse est nécessaire et nous n'en évoquerons que quelques exemples.

Explorations complémentaires

Certaines névroses cardiaques sont en rapport avec une hyperbêta-adrénergie et cèdent rapidement à la prescription de bêtabloquants. L'existence d'un carcinoïde du grêle, avec son hypersécrétion de sérotonine, peut provoquer des bouffées céphalalgiques et congestives. Depuis qu'on dose la prolactine, on comprend mieux certaines impuissances. De même, la thermographie permettant de mettre en évidence des ectasies veineuses explique certaines difficultés sexuelles. En somme, beaucoup de troubles fonctionnels attendent sans doute des explications plus minutieuses.

Mode de vie

Les troubles fonctionnels peuvent être dus, par exemple, à des anomalies du rythme veille-sommeil. Mais les erreurs alimentaires sont certainement souvent en cause. L'abus éthylique, discret et non reconnu, est fréquent. Les abus de caféine (café), de boissons contenant de la cola, peuvent provoquer un syndrome d'Honoré de Balzac, c'est-à-dire un caféinisme à la fois physique et psychique. Or, on sait depuis peu que la caféine est un ligand des récepteurs aux benzodiazépines. Il faut penser aussi à l'iatrogénie (réglisse), aux sensibilisants alimentaires, etc. Que dire encore de la tachyphagie, de l'usage abusif des féculents entraînant un météorisme post-prandial ?

De toute façon, tout changement dans le mode de vie peut entraîner des réponses fonctionnelles. Il faut rappeler ici le syndrome de déconditionnement du malade longtemps alité, qui ne tient pas sur ses jambes au moment de sa convalescence et éprouve une série de phénomènes orthostatiques. Il y a aussi le syndrome de l'athlète retraité : après avoir été très actif physiquement, le repos s'avère un élément asthéniant très nocif.

Phénomènes organiques

Beaucoup de phénomènes organiques discrets peuvent entraîner des signes fonctionnels, et la médecine du début du siècle attachait par exemple beaucoup d'importance aux ptoses. Enfin, le vieillissement, sans doute sous l'effet des altérations du tissu conjonctif, peut être la source de troubles fonctionnels variés, mais le contexte de l'âge nous invite à beaucoup de prudence dans l'utilisation de ces diagnostics.

SIGNIFICATIONS DU FONCTIONNEL

Nous avons largement évoqué certaines circonstances où le fonctionnel pouvait prendre ses origines, mais il nous reste aussi à évoquer d'autres aspects psychologiques et symboliques qui sont presque toujours associés à cette symptomatologie.

Le fonctionnel est systémique

Si l'on admet que le fonctionnel est aussi un langage, il est évident qu'il dépend du système dans lequel il s'exprime. L'isolement, par exemple, peut l'accentuer ou le réduire. L'inquiétude familiale est souvent un facteur d'aggravation. Le fonctionnel peut d'ailleurs revêtir l'aspect d'un phénomène nocebo, c'est-à-dire d'une réaction psychologique secondaire à l'utilisation d'un médicament et s'exprimant par des symptômes très variés et très riches.

Dire que le fonctionnel est systémique, c'est marquer l'importance, pour sa compréhension, d'une prise en charge tenant compte de tout le contexte. L'un de nos patients porteur d'algies multiples n'est en fait que le miroir d'une mère avec laquelle il vit en symbiose et qui elle-même s'exprime au milieu de plaintes multiples. On ne peut pas comprendre les douleurs du fils si on ne connaît pas les plaintes de la mère.

Le fonctionnel est biographique

Il faut comprendre ainsi la fonction du fonctionnel. Il est évident que, dans certains cas, le trouble fonctionnel devient l'organisateur de l'existence entière. Il fournit le code, la loi, non seulement pour le patient, mais pour tous ceux avec qui il est en relation. Le trouble fonctionnel devient une justification, un alibi, une occupation. Cela ne signifie pas que le fonctionnel ne voudrait pas être débarrassé de sa gêne mais qu'il lui est particulièrement difficile d'imaginer quelle pourrait être sa vie ainsi libérée de ce qui a été l'axe organisateur de son existence.

Le fonctionnel est le reflet de l'imaginaire

Il y a sur ce point un malentendu autour de la notion d'imaginaire. Nous l'utilisons en un sens très simple : l'imaginaire est le répertoire de toutes les expériences affectives, émotionnelles, sensibles, sensorielles, accumulées au cours de l'existence. Sous leurs aspects significatifs, ces expériences font l'objet d'un stockage dans la mémoire et d'une utilisation dans les opérations intellectuelles. Mais c'est l'imaginaire qui explique nos goûts, tendances, inclinaisons, beaucoup plus que les articulations logiques de l'existence. Or, dans notre imaginaire, il y a essentiellement le vivre et le mourir, et tout ce qui symboliquement s'y rapporte. Le corps est évidemment impliqué à fond dans l'imaginaire. Il l'est en tant que sexe et c'est ce qu'étudie la psychanalyse mais il l'est en tant que support de notre activité et aussi de notre vie physiologique. Tout ce qui le touche, tout ce qui l'atteint peut signifier plus ou moins la mort, d'où l'anxiété provoquée mais, inversement, toute situation créant un malaise profond peut s'exprimer dans le corps et dire ainsi à la fois la crainte et la fascination de la mort. Ce qu'exprime le trouble fonctionnel ne peut être indifférent au plan de l'imaginaire. Souffrir, c'est être incapable de subir un sacrifice. « Avoir le cœur malade », « avoir mal au ventre », « être fatigué », c'est aussi une façon d'éprouver l'existence sous l'angle de l'accablement, du malheur, de la résignation, de la révolte, etc. En général, l'écheveau des significations n'est pas facile à démêler. Pourtant, la médecine des fonctionnels nécessite que l'on se pose au moins la question du sens du symptôme fonctionnel pour cet homme, pour cette femme. Le médecin interniste ressent souvent fort bien ces choses. Sa connaissance de l'existence du patient, de son système familial et professionnel, lui permet de repérer les articulations qui expliquent ou permettent en tout cas de mieux comprendre le symptôme. La pathologie fonctionnelle n'est pas une pathologie mineure. Elle exprime parfois une altération organique cachée. Elle peut être le fait d'une mauvaise hygiène de vie. Elle répond souvent à un malaise et, dans ce cas, elle est un langage qu'il faut déchiffrer.

Analyse de Livres

PSYCHOTHERAPIE DE L'ADOLESCENT

par P. Mâle

Paris, Payot, 1980, 1 vol., 261 pages

Il s'agit de la réédition du livre écrit par l'auteur en 1964, fruit de 30 ans de pratique de psychothérapies individuelles de l'adolescent. Ce livre est, d'un bout à l'autre, l'expression d'une expérience clinique qui ne se veut soumise à aucun impérialisme doctrinal ou dogmatique. Si l'analyse freudienne de la personnalité en est la toile de fond, elle n'y a aucune exclusivité. L'auteur insiste sur la nécessité d'analyser la situation actuelle de l'environnement et des aspirations personnelles, sans pour autant négliger les situations anciennes, œdipiennes et perœdipiennes, ainsi que la détermination des facteurs constitutionnels et héréditaires. C'est à la lumière de ces diverses dimensions que sera précisée la nature de la personnalité et celle des troubles qu'elle accuse.

Une même position pluraliste est nécessaire du point de vue psychothérapique. Loin d'être univoque et exclusivement analytique, l'attitude devra varier selon chaque situation particulière et, suivant les cas, attacher une importance majeure soit à la situation actuelle avec alors, le plus souvent, une attitude semi-directive, soit à la situation œdipienne ou perioœdipienne, l'accent devant porter en règle générale davantage sur le Moi et ses mécanismes de défense que sur le traumatisme originel, encore que celui-ci en tant que moment fécond du développement personnel doive être pris en considération chaque fois qu'il est révélé.

L'auteur étudie ensuite, à la lumière des considérations que nous venons d'évoquer, la stratégie psychothérapique qui doit être adoptée devant diverses formes de perturbations mentales rencontrées chez l'adolescent, et tout particulièrement la crise juvénile, les dysharmonies évolutives, les névroses, les prépsychoses et les déséquilibres psychopathiques, origine habituelle des conduites délinquantes. Chacune de ces situations cliniques est l'objet d'un chapitre dans lequel sont décrites les diverses modalités sémiologiques papr lesquelles elles se manifestent, ainsi que l'attitude que doit adopter à leur égard le psychothérapeute. Pour certaines d'entre elles, il est nécessaire d'associer à la psychothérapie une action pédagogique ou chimiothérapique, ou éventuellement les deux.

Cet ouvrage révèle donc l'originalité des troubles psychopathologiques de l'adolescence, avec comme corollaire la spécificité de leur psychothérapie. L'adolescence réalise une période transitionnelle entre l'enfance et l'âge adulte, ultime phase de la maturation personnelle avant la maturité, c'est-à-dire l'acquisition de l'autonomie. L'action thérapeutique poursuivie à l'égard des désordres psychiques qui s'expriment alors a pour but de favoriser cette évolution et donc l'acquisition de cette autonomie. Si la psychothérapie en est le moyen principal, elle n'en est pas le seul ; en conséquence, il appartient au médecin de ne pas limiter son action à la psychothérapie, mais de lui associer, chaque fois que cela est indiqué, les thérapeutiques complémentaires indispensables pour atteindre le but recherché ; pour la même raison, il importe que le psychothérapeute sache mettre en œuvre le mode de relation médecin-malade le plus capable de stimuler la maturation, ce qui lui impose d'échapper à toute attitude prédéterminée.

Ainsi, ce livre réalise une mise au point particulièrement riche de l'ensemble des problèmes, tant cliniques que thérapeutiques, posés par la psychopathologie de l'adolescence. Sa lecture est facile et agréable. Il doit être lu par tous ceux — psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes, médecins, éducateurs — qui sont appelés à intervenir lorsqu'un adolescent manifeste des difficultés dans le développement de sa personnalité et de son insertion socio-professionnelle.

J.Cl. DUBOIS

Pathologie fonctionnelle en psychiatrie et thermalisme

J.-Cl. DUBOIS *
(Saujon)

Il n'est pas sans intérêt de terminer cette journée de travail consacrée à la pathologie fonctionnelle par la psychiatrie, puisque nous avons vu tout au long des exposés qui nous ont été présentés que les désordres fonctionnels, quelle que soit leur localisation, comportaient presque toujours une dimension psychique. Il arrive que cet aspect psychique soit prévalent par rapport aux désordres somatiques. C'est essentiellement chez ces malades que l'orientation thérapeutique devra se faire vers les stations de cure psychiatrique.

Cette orientation est également à conseiller lorsque les désordres fonctionnels ont un caractère erratique, frappant tantôt un secteur de l'organisme, tantôt un autre, révélant ainsi que la perturbation touche davantage le système neurovégétatif dans son ensemble que dans sa localisation au niveau de tel ou tel organe. C'est d'ailleurs très souvent chez de tels malades que l'incidence psychique est prévalente. Elle l'est également, en règle générale, chez les malades dont les désordres fonctionnels frappent simultanément et non plus alternativement les divers secteurs de l'organisme. C'est ainsi que certains malades accusent des perturbations digestives, des précordialgies, des céphalées, des manifestations paresthésiques diffuses, des lombalgies, des dorsalgies, des douleurs de nuque, etc. Habituellement, de tels sujets exposent leurs troubles dans un état d'anxiété particulièrement marqué qui constitue manifestement le facteur primordial de leur état et doit en conséquence être traité pour lui-même en priorité.

Il s'agit donc, en pratique, de malades atteints de désordres névrotiques à forme d'angoisse dont les manifestations ont une somatisation particulièrement riche.

La cure thermale psychiatrique est aussi préférentiellement indiquée lorsque les troubles sont entretenus dans le milieu habituel de vie par l'existence de situations conflictuelles.

Enfin, la notion de névrose invalidante, sur laquelle le Professeur Pélicier a à plusieurs reprises insisté, est du plus haut intérêt pour le thermalisme psychiatrique. Il s'agit de sujets chez qui les désordres névrotiques et en particulier les perturbations fonctionneles qui les accompagnent entraînent, en fonction de leur intensité, une invalidation à la faveur de laquelle la vie quotidienne du malade est profondément perturbée. Il est alors nécessaire de mettre en œuvre un traitement, dont le but est de réduire l'invalidation ; ceci exclut, tout au moins tant qu'elle existe, la pratique d'une psychothérapie psychogénétique qui, ne visant que la découverte du conflit psychique inconscient générateur de la névrose, n'a aucun effet sur les symptômes invalidants. Pour réduire ceux-ci, c'est essentiellement vers des méthodes relevant du traitement corporel des névroses, dont le thermalisme psychiatrique représente la forme la plus élaborée, qu'il y a lieu de s'orienter. Cette indication est valable quelle que soit la forme d'invalidation réalisée et donc l'expression symptomatique de la névrose. Ses effets demeurent bénéfiques, qu'il s'agisse de manifestations hystériques, phobiques, obsessionnelles, hypocondriaques, asthéniques, ou d'angoisses simples sans structuration psychique particulière.

A l'égard de ces troubles, la cure thermale apporte, en plus d'une thérapeutique spécifique liée à l'action des eaux utilisées, les bienfaits d'une

* Le Puits Doux, 17600 SAUJON.

ambiance conditionnée et d'une relation médecin-malade d'un modèle particulier.

Les eaux utilisées varient suivant les stations. Celles-ci se divisent en deux grands groupes :

— le premier emploie des eaux chaudes, radioactives, à effet sédatif ; Néris, Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Evaux rentrent dans cette catégorie ; les eaux sont essentiellement appliquées par voie externe, sous forme de bains ou de douches ;

— le second groupe est constitué par les stations de cure hydrothérapique qui emploient à des fins thérapeutiques une eau froide sans caractère physicochimique particulier et artificiellement chauffée. Deux stations répondent à ce modèle : Divonne et Saujon. L'eau y est appliquée sous forme de douches tièdes données par le médecin, ce qui ajoute à l'effet pharmacodynamique de l'application une action psychothérapique. Les effets physiologiques sont obtenus par l'intermédiaire des viscères contenus dans la peau, notamment les artérioles dans lesquelles circule le tiers de la masse totale du sang de l'organisme et les corpuscules nerveux sensibles qui transmettent aux centres cérébraux la perception du monde extérieur. On a pu ainsi parler de l'existence, dans le tissu cutané, d'un cœur et d'un cerveau périphériques, sur lesquels agissent les applications hydrothérapiques.

A ces traitements spécifiques sont associés des techniques physiothérapiques complémentaires dont les effets sédatifs renforcent ceux des thérapeutiques que nous venons d'envisager. Ces pratiques sont essentiellement des massages à sec ou sous l'eau, des bains bouillonnants, des douches sous-marines ou des séances de relaxation, ces dernières associant à la poursuite d'une détente musculaire les effets d'une action psychothérapique, par action du sujet sur lui-même sous la conduite d'un moniteur.

L'ambiance conditionnée, deuxième volet thérapeutique de la cure thermale psychiatrique, est la conséquence de l'environnement particulier dont bénéficie le malade pendant sa cure.

Le premier élément est l'éloignement du milieu de vie habituel, qui met le malade à l'abri des situations émotionnelles et des responsabilités auxquelles il est confronté dans le cadre de sa vie personnelle ; cet éloignement le conduit à vivre dans une ambiance de neutralité affective qui assure à sa sensibilité névropathique toute protection à l'égard des stress et des agressions. Protection liée non seulement aux conditions psychologiques de son séjour, mais aussi à la situation matérielle qu'il y rencontre. Il séjourne en effet dans un climat atmosphérique où les facteurs sédatifs sont prévalents, dans un cadre où les éléments écologiques prédominent, notamment la verdure, les ombrages, le calme, l'espace ; les malades peuvent aisément s'y retrouver en petits groupes qui tiennent compte de leurs affinités réciproques avec éviction du contact des touristes bruyants et agités ; la station est généralement protégée du bruit ; le milieu, tant celui des malades que du personnel soignant ou administratif, est compréhensif ; le rythme de vie est lent, à la mesure du malade, contrairement à ce qui se passait au milieu des siens dont la vie active et engagée le déroutait : s'il voulait la suivre, il éprouvait une majoration de ses symptômes en fonction du surcroît d'activité auquel il soumettait son organisme ; s'il y renonçait, il éprouvait péniblement sa marginalité ou développait un sentiment de culpabilité, souvent entretenu par son entourage qui, ne comprenant pas sa situation, lui reprochait de ne pas prendre sur lui, de se laisser aller, de manquer de volonté, autant de réflexions qui révèlent une non-reconnaissance de la nature morbide de son état et donc une incompréhension de celui-ci.

En outre, dans ce cadre de repos et de détente sont organisées diverses activités : travaux manuels ou jeux divers destinés à favoriser d'une part l'occupation du malade et d'autre part sa socialisation, c'est-à-dire sa reprise de contact avec autrui, ce qui le prépare à vivre, au terme de sa cure, la reprise d'une vie personnelle convenablement engagée.

Il s'agit là d'un aspect essentiel de la cure thermale psychiatrique qui constitue ainsi un centre de thérapie institutionnelle, c'est-à-dire un centre dans lequel les relations interpersonnelles sont utilisées dans une perspective psychothérapique. Ces relations, qui comportent non seulement les relations du malade avec les divers membres du personnel soignant mais encore avec les membres du personnel administratif et de service et avec les autres malades, sont un des facteurs importants de l'action thérapeutique de ces cures. Elles apportent en effet, par leur qualité et leur adéquation, confiance et sécurisation au malade qui se sent accepté comme tel, compris et objet d'une attention qui situe ses difficultés sur leur plan réel.

De ces relations, la plus importante, celle qui est en fait la clé de voûte de toutes les relations transférentielles que développe le malade pendant la cure, est la relation qu'il établit avec le médecin. Celle-ci est primordiale car elle est à la base de la psychothérapie, élément majeur de la cure et qui en pratique n'est autre que la relation médecin-malade utilisée dans un but thérapeutique. La psychothérapie mise en œuvre dans le thermalisme psychiatrique rentre dans le cadre de la psychothérapie classique de compréhension et de soutien, dont le principe de base est le développement, entre le malade et le médecin, d'une « confiance qui s'adresse à une conscience » suivant la définition qu'a donnée de la consultation médicale le Pro-

fesseur Portes. La notion de confiance comporte celle d'autorité, ce qui révèle la demande de directivité et de prise en charge sollicitée intrinsèquement par le malade. Le médecin y répond en analysant d'une part ses symptômes, analyse qui aboutit à un diagnostic, un pronostic et une conduite thérapeutique, d'autre part ses problèmes existentiels à l'égard desquels il l'aide à adopter un point de vue dépassionnalisé et par là même plus objectif et plus nature. Enfin, il le prend en charge pour tous les problèmes qui se présentent à lui pendant sa cure, qu'il s'agisse de problèmes matériels, d'occupation, d'emploi du temps, de relation avec les autres curistes ou avec ses proches, d'hygiène de vie, de régime alimentaire, etc. Ainsi se trouve réalisée une sécurisation dont les effets anxiolytiques sont très rapidement manifestés. Il en résulte un apaisement de l'angoisse avec comme corollaire la réduction des symptômes et des fantasmes auxquels elle donnait naissance. En outre, cette ambiance réalise le climat nécessaire à l'efficacité des traitements physiothérapiques mis en œuvre ; potentialisation des effets des divers traitements les uns par les autres qui aboutit à une action thérapeutique renforcée et d'une efficacité particulièrement développée. Parallèlement et jouant dans le même sens, il y a investissement et transfert du malade sur l'institution, dont l'effet thérapeutique est ainsi majoré. Le danger est celui d'une dépendance qui, pour une cure brève limitée à quelques semaines, est faible sinon nul mais dont il faut néanmoins connaître le risque pour éviter que, le cas échéant, elle ne se développe.

Nous voyons par ces diverses considérations que la cure thermale psychiatrique réalise, pour les troubles fonctionnels à polarité psychique prévalente, un traitement d'une particulière qualité puisqu'il atteint les désordres névrotiques qui les accompagnent dans leur triple dimension, physiologique, psychologique et sociale, assurant ainsi une action thérapeutique à tous les niveaux des perturbations engendrées ; il constitue de ce fait le traitement le plus global de l'invalidation qui en découle.

Synthèse

J. PACCALIN *
(Bordeaux)

Les limites entre le fonctionnel et l'organique sont floues et les explorations paracliniques permettent actuellement de donner une étiologie à la plupart des pathologies. Aussi le terme de pathologie fonctionnelle peut-il paraître ambigu. Cependant, il existe indiscutablement des dysfonctionnements viscéraux où la recherche d'une étiologie organique est longtemps ou toujours négative. D'une façon générale, ces états entraînent une pathologie fonctionnelle avant qu'elle ne devienne éventuellement lésionnelle. En réalité, cette terminologie s'adresse, si l'on se place dans une perspective praticienne, aux affections où les troubles fonctionnels prédominent et où les investigations ne trouvent pas de pathologie lésionnelle ni de cause déterminée.

L'approche somatopsychique du problème montre bien que, si les troubles organiques peuvent engendrer une symptomatologie fonctionnelle, bien souvent des troubles neurovégétatifs d'origine centrale peuvent se somatiser. Fonctionnels, et non simulés, ces symptômes très divers dominent le tableau clinique : ce sont les modes d'expression des « maladies de la Société ».

Cette pathologie est fréquente et affecte la totalité de la personne. On rencontre les troubles les plus variés, parfois associés :

— l'asthme, qui est « la plus humaine des maladies de l'homme » ;

— l'asthénie, masquant souvent une dépression ;

— les troubles digestifs les plus variés : anorexie, constipation, nausées, vomissements ;

— les algies : céphalées, douleurs gastro-intestinales, migraines, précordialgies et surtout lombalgies ;

— les troubles cardiovasculaires : palpitations, tachycardie, hypertension artérielle labile, bouffées vasoconstrictives ou lipothymies ;

— des troubles du sommeil, en particulier les insomnies ; sexuels, en particulier l'impuissance ; sensoriels, et il faut mettre en exergue les vertiges ; cutanés, et ce sont alors les prurits qui dominent la scène ;

— il peut exister des perturbations métaboliques entraînant une hypoglycémie fonctionnelle ou une spasmophilie ;

— nous terminerons ce catalogue par les troubles visuels : en effet, l'œil est un territoire qui peut être privilégié dans l'expression d'un problème psychologique. C'est l'œil « prétexte ». Citons par exemple l'angoisse de la cécité ou des troubles très divers dont l'origine peut être purement psychosomatique : conjonctivite, diplopie isolée, glaucome, strabisme.

Le piège est de mettre toutes ces manifestations sur le compte du « fonctionnel » et du « nervosisme ». Il faut rester sur ses gardes et se rappeler, par exemple, que l'on peut être amené à soigner pendant une vingtaine d'années une colopathie fonctionnelle dont l'évolution débouchera sur un cancer du côlon.

Ainsi la pathologie fonctionnelle se situe dans un cadre d'attente ; néanmoins de nombreux éléments plaident en faveur de sa reconnaissance :

— c'est ainsi que l'empirisme, l'inconscient collectif, ont forgé différents termes comme : « mal aux tripes », « plein le dos », « souffle coupé », « cœur lourd », etc. ;

— sur le plan expérimental, de nombreux auteurs ont remarqué l'influence du stress dans le déclenchement du trouble fonctionnel ;

— sur le plan clinique, les émotions entraînent des réactions très variables, présentant parfois un

* Professeur à l'Université de Bordeaux II, 146, rue Léo-Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX.

Presse thermale et climatique, 1981, *118*, n° 3.

caractère spectaculaire ; on est frappé par la grande richesse sémiologique ; ces phénomènes surviennent en général par crises bien tranchées, toujours dans les mêmes circonstances, avec une évolution souvent réversible. Ils peuvent prendre une dimension particulière et entraîner peu à peu un sentiment de culpabilité.

Il existe de nombreuses difficultés dans l'approche de la pathologie fonctionnelle. La sélection des étudiants en médecine est faite de plus en plus sur des critères scientifiques qui laissent peu de place à l'enseignement de la relation médecin-malade ; le médecin praticien, mal formé, est désorienté par des troubles subjectifs auxquels il ne peut rattacher une cause. Il faut bien constater qu'il existe un inconfort du diagnostic devant une affection fonctionnelle et qu'on est obligé chaque fois de faire un pari, tout en sachant que l'on risque d'être très souvent inefficace sur le plan thérapeutique.

Parler de pari inconfortable ne signifie pas faire un diagnostic d'exclusion. Il n'est pas question de rechercher toutes les étiologies d'une pathologie fonctionnelle ; il faut se fier à son bon sens et faire preuve de pondération, en tenant compte de la fréquence statistique et surtout de la présence ou de l'absence de certains traits caractéristiques : le malade est-il agressif ? dépressif ? décrit-il richement ses symptômes ?

Il faut souligner que, devant l'insuffisance des traitements pharmacologiques, il y a souvent un échec thérapeutique et le patient mécontent change de médecin ; ceci n'est pas pour gratifier l'acte médical.

Le malade et le médecin, répétons-le, acceptent mal l'absence de signe organique ; ils veulent organiciser les troubles. C'est ainsi que l'on voit prescrire en quantité invraisemblable des poudres alcalines qui ne font qu'entretenir des gastrites hypochlorhydriques.

La pathologie fonctionnelle est mal connue et le médecin praticien devra apprendre à la reconnaître. Dans la mesure où il ne rejettera pas son existence, il luttera efficacement contre la prolifération de thérapeutiques médicales marginales, voire même non autorisées. J'aborde ainsi les remarques que l'on peut être amené à faire à la suite des brillants exposés qui ont éclairé la véritable place de la pathologie fonctionnelle :

— le médecin ne peut rester indifférent devant les plaintes du malade fonctionnel ; cette prise de conscience impose que la pathologie fonctionnelle soit enseignée officiellement à l'Université.

— Il faut bien connaître l'importance statistique de la pathologie fonctionnelle, sa fréquence, son coût pour le budget (8 à 12 p. cent du produit national brut, comprenant les frais pharmaceutiques et chirurgicaux, les indemnités de journées de travail, les frais des investigations inutiles et inutilement répétées par les médecins qui se renvoient les mêmes malades).

— Il ne suffit pas de rejeter des mythes comme la petite insuffisance hépatique ou la ptose gastrique en les remplaçant par des terminologies à la mode comme les dyskinésies, les déficits enzymatiques, les allergies. La vocation du médecin est de rendre service au malade, même si la pathologie qu'il présente n'est pas attractive. Aussi, le médecin doit-il s'astreindre à la patience et consacrer un temps suffisant à l'écoute de son malade. L'humanité du médecin a plus d'importance thérapeutique que les médicaments, et le principal élément du traitement reste une discussion rassurante avec le malade et son entourage.

— Cette honnêteté intellectuelle impose au médecin de ne pas généraliser son pouvoir thérapeutique à partir de quelques succès isolés qui peuvent être dus uniquement à l'effet placebo. Les futures recherches doivent comprendre des groupes témoins valables et permettre des études à double insu. Cependant, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et pratiquer un inventaire, si la preuve de son inutilité a déjà été démontrée dans des études préalables.

— L'acceptation du symptôme allégué demande au médecin de concilier la prudence dans le diagnostic et l'habileté dans la prescription. Sans remettre en cause l'esprit médical moderne, à la fois rationnel et scientifique, encore faut-il avoir le courage de reconnaître notre impuissance diagnostique et thérapeutique dans certains cas qui vont pouvoir trouver une solution dans la cure thermale.

La crénothérapie, associée à des thérapeutiques complémentaires comme le climatisme, la physiothérapie, la psychothérapie, représente la structure la mieux adaptée pour répondre aux exigences de cette pathologie. Elle s'adresse en effet à une catégorie de patients auxquels les autres thérapeutiques ne conviennent pas ou mal ; elle apporte à ces sujets, dont les désordres relèvent de traitements différents et bien souvent infiniment plus agressifs, le moyen d'atténuer les effets éventuellement nocifs qu'elles peuvent avoir à l'égard de leur tempérament et de leur personnalité. Ce n'est pas la panacée mais c'est un traitement complémentaire, qui s'inscrit dans le cadre d'une stratégie thérapeutique dont la perspective envisage le sujet dans la totalité de sa personnalité psychosociale. C'est dire encore l'intérêt d'une bonne hygiène de vie, avec pratique d'exercices physiques, d'une saine diététique sans oublier l'éducation sanitaire, l'organisation du travail et des loisirs.

Selon l'expression du Professeur Lamarche, la cure thermale est un tout et, pour accueillir de tels

malades, les stations thermales doivent être préparées à tous les niveaux, qu'il s'agisse des structures de soins, du personnel paramédical et je pense en particulier à la nécessité d'une bonne formation des agents thermaux, qu'il s'agisse de l'environnement hôtelier en particulier, sans oublier bien entendu le rôle prépondérant des médecins thermaux.

Le choix de la station thermale peut être fait en fonction de deux positions tout aussi acceptables l'une que l'autre :

— soit on adresse le malade porteur d'une pathologie fonctionnelle dans une station orientée vers la crénothérapie, spécialisée dans telle ou telle indication ;

— soit on fait appel à des stations à vocation sédative générale comme Bagènes-de-Bigorre, Divonne, Néris, Saujon.

De toute façon, la prescription thermale doit être auparavant bien expliquée au malade, et elle doit se faire dans un milieu préparé et adapté. A cette condition, cette arme thérapeutique, si elle n'a pas la prétention d'apporter un remède à toute la pathologie fonctionnelle, a pour gros avantage de diminuer la consommation de médicaments et, par la suite, de lutter efficacement contre les maladies iatrogènes et l'absentéisme au travail. Des expériences récentes, en particulier dans le domaine des troubles hépato-vésiculaires et coliques, et dans le domaine de l'asthme, permettent de trouver une concordance entre les résultats subjectifs et objectifs. Ces constatations conduiront à accorder plus de crédit au dire du patient, au moins dans ses indications. L'avenir est bien sûr à l'extension des recherches et des études concernant les effets des cures.

Pour conclure, nous pensons que 70 p. cent des indications de la crénothérapie concernent la pathologie fonctionnelle ; nous rappellerons les paresthésies pharyngées, les dyspepsies, les colites, les lombalgies, les douleurs gynécologiques, etc. La cure trouve son intérêt non seulement dans les techniques thermales, mais également dans le changement de vie, le repos et les conseils existentiels. Les médecins thermaux sont-ils prêts à répondre à la véritable demande des curistes ? « Entendent-ils » bien ce que le symptôme peut signifier ? Dans l'affirmative, sont-ils prêts à y répondre ? Car ils doivent prendre conscience qu'ils font eux-mêmes partie de la thérapeutique. De leur comportement dépendra l'efficacité du séjour thermal, pérennisant la pathologie fonctionnelle évoquée et par conséquent la fréquentation de la station thermale, ou aidant le malade à se débarrasser de son symptôme, dans la mesure où cela est souhaitable, par la verbalisation d'une quelconque problématique. Ces remarques demandent réflexion et surtout formation.

REPERTOIRE DES ANNONCEURS

Bouchara - Néo-Codion, 4e de couverture.
Cauterets/Capvern - Cures Thermales, p. 172.
E.S.F. - Monographie d'Urologie, p. 172.
Labcatal - Lithium Oligosol, 3e de couverture.
Maison du thermalisme/Chaîne thermale du soleil, 2e de couverture.

Directeur de la publication : P. BERGEAUD. — *Commission paritaire :* 54.233
Imprimerie de Pithiviers 45300. — N° d'ordre : 11.079-16-9-1981. — Dépôt légal 4e trim. 1981.
N° d'imprimeur : 53.

lithium oligosol®

traitement catalytique des troubles du psychisme par les oligo-éléments

Gluconate de Lithium ..... 0,407 g
Soluté isotonique glucosé ..... QSP 100 ml

1 ampoule 2 ml = 0,04 mEq de Lithium

A.M.M. 3075151 - Brevet n° 1.347.775
Visa PM 922 K 480

2 à 6 ampoules par jour en perlinguale
Ampoules injectables
et pour la voie perlinguale (14 amp. x 2 ml.)

Prix public : 8,50 F pca 80-52/A.
Remboursé par la Sécurité Sociale (70 %).

LITHIUM MIKROPLEX® (Allemagne fédérale)
LITHIUM OLIGOSOL® (Angleterre, Bénélux, Italie, Suisse)

labcatal - thérapeutique fonctionnelle
7, rue roger salengro, 92120 montrouge - tél. : 654.27.92

IMPRIME EN FRANCE

SOMMAIRE

JOURNÉE NATIONALE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

26 mars 1981

Pathologie fonctionnelle

Allocution d'ouverture, par J.Cl. Dubois 118

Réception de Monsieur Lacronique, représentant de Monsieur Jacques Barrot, Ministre de la Santé. Allocution par J.Cl. Dubois 119

La pathologie fonctionnelle, par Cl. Laroche et O. Pajot 121

Pathologie fonctionnelle dans les affections intestinales, par F. Besançon 127

Le traitement thermal des affections fonctionnelles intestinales, par J.F. Gury 132

Troubles fonctionnels hépato-biliaires, par H. Michel 135

Traitement thermal des troubles fonctionnels en pathologie hépato-vésiculaire, par J.H. Pradon Vallançy 137

La pathologie fonctionnelle en rhumatologie, par R. Louis et J.C. Renier 139

Traitement thermal des malades fonctionnels en rhumatologie, par J. Louis 143

Pathologie fonctionnelle en gynécologie et thermalisme, par H.G. Robert † et J.P. Lefranc 149

Le traitement thermal des troubles fonctionnels en gynécologie, par Y. Canel 151

Pathologie fonctionnelle en otorhinolaryngologie, par J. Marchand 155

Crénothérapie et affections fonctionnelles en otorhinolaryngologie, par C. Boussagol 158

Pathologie fonctionnelle cardiovasculaire, par P. Blanchot 161

Traitement thermal des troubles fonctionnels en pathologie cardiovasculaire, par J. Berthier 164

Cystites et cystalgies. Acquisitions récentes, par A. Steg 167

Traitement thermal des troubles fonctionnels en uronéphrologie, par J. Thomas 173

Les troubles fonctionnels en psychiatrie, par Y. Pélicier 177

Pathologie fonctionnelle en psychiatrie et thermalisme, par J.Cl. Dubois 183

Synthèse, par J. Paccalin 186

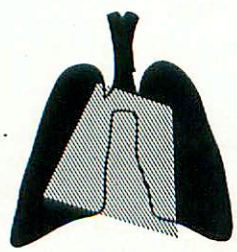
Analyse de livre 182

Informations 176

Toux rebelles

NEO-CODION

Comprimés dragéifiés



Formule : Camphosulfonates de codéine 0,0125 g et de codéthyline 0,0125 g - Sulfogaïacol 0,10 g - Extraits de Grindélia 0,02 g - d'Erysimum 0,01 g - de Marrube blanc 0,03 g, pour un comprimé dragéifié.
Propriétés : Sédatif de la Toux.
Indications : Toux spasmodiques et réflexes - Affections broncho-pulmonaires - Toux rebelles.
Contre-indication : Ne pas donner aux enfants de moins de 5 ans.
Posologie : Adultes 2 à 4 dragées par jour - Enfants de 10 à 15 ans : 1 ou 2 dragées.
Coût quotidien du traitement : de 0,30 à 1,40 F.

Effets indésirables : Chez les sujets hypersensibles, les hépatiques surtout, on peut observer les effets secondaires habituels de la codéine et de la codéthyline (constipation, nausées, vomissements, vertiges, somnolence).
Surdosage : Excitation avec hilarité. Chez l'enfant : convulsions suivies de vomissements, somnolence, dépression respiratoire, cyanose, coma.
Conduite d'urgence : La nalorphine antagonise l'effet dépresseur respiratoire.
Présentation : Tube de 25 comprimés dragéifiés.
Visa 1.135-9514 - Prix : 9,30 F - Commercialisé en 1937.
Remboursé par la Sécurité Sociale à 70 %.

Laboratoires du Docteur **E. BOUCHARA**, 8, rue Pastourelle, 75003 Paris - Tél. 274.28.18

10.601