

131^e Année · N^o 4 · 4^e Trimestre 1994 · ISSN 0032-7875

LA PRESSE THERMALE et CLIMATIQUE

LA PLACE DU THERMALISME
DANS LE TRAITEMENT DE LA DERMATITE ATOPIQUE

**Journée Nationale d'Hydrologie
et de Climatologie Médicales**

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

 Expansion Scientifique Française

La Presse Thermale et Climatique

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

Ancienne GAZETTE DES EAUX

Fondateur : Victor GARDETTE †

COMITÉ DE PATRONAGE

Professeur F. BESANÇON. – P. BAILLET †. – Professeur M. BOULANGÉ. – Doyen G. CABANEL – J. CHAREIRE. – Professeur CORNET. – Professeur Agrégé V. COTLENKO. – H. DANY †. – A. DEBIDOUR. – Professeur C. DELBOY. – Professeur Y. DENARD. – Professeur P. DESGREZ. – Professeur J.J. DUBARRY. – Professeur P. DUCHÊNE-MARULLAZ. – R. FLURIN. – Professeur M. FONTAN †. – Professeur L. JUSTIN-BESANÇON †, Membre de l'Académie de Médecine. – Professeur Cl. LAROCHE. – P. MOLINERY. – Professeur J. PACCALIN. – J. PASSA. – P.M. de TRAVERSE †.

COMITÉ DE RÉDACTION

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

Rédacteur en chef : J. FRANÇON. Secrétaire de Rédaction : R. CHAMBON.

Allergologie : P. FLEURY. – **Biologie** : J. MÉCHIN, F. LARRIEU. – **Cardiologie et Artériologie** : C. AMBROSI, J. BERTHIER. – **Dermatologie** : P. GUICHARD DES AGES, P.L. DELAIRE. – **Etudes hydrologiques et thermales** : B. NINARD, R. LAUGIER. – **Gynécologie** : G. BARGEAUX, Ch. ALTHOFFER-STARCK. – **Hépatologie et Gastroentérologie** : G. GIRAULT, J. de la TOUR, Cl. LOISY. – **Néphrologie et Urologie** : J.M. BENOIT, J. THOMAS. – **Neurologie** : H. FOUNAU. – **Nutrition** : A. ALLAND. – **Pathologie ostéo-articulaire** : F. FORESTIER, J. FRANÇON, A. LARY, R. LOUIS. – **Pédiatrie** : J.L. FAUQUERT, R. JEAN. – **Phlébologie** : R. CAPODURO, R. CHAMBON, J. LACHEZE. – **Psychiatrie** : J.C. DUBOIS, L. VIDART. – **Voies respiratoires** : C. BOUSSAGOL, J.M. DARROUZET. – **Stomatologie** : Ph. VERGNES. – **Thermalisme social** : G. FOUCHÉ.

COMITÉ MÉDICAL DES STATIONS THERMALES

Docteurs A. DELABROISE, G. EBRARD, C.Y. GERBAULET, J. LACARIN.

*Les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses n'engagent que les auteurs.
« Aucun article ou résumé d'article, publié dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimés, photocopie, microfilm ou par autre procédé, sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur ».*

© Expansion Scientifique Française, 1994

Éditeur : EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

31, boulevard de Latour-Maubourg – 75007 PARIS

Tél. (1) 40.62.64.00 – C.C.P. 370-70 Paris



TARIFS DE L'ABONNEMENT

4 numéros par an

FRANCE : 290 F ; Etudiants, CES : 145 F

ETRANGER : 370 F ; Etudiants, CES : 225 F

Prix du numéro : 92 F

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Presse Thermale et Climatologique publie des articles originaux concernant le thermalisme et le climatisme, et des travaux présentés devant la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie médicales et éventuellement dans les séances de Formation Médicale Continue, soit sous forme de résumés soit sous forme intégrale. La Presse Thermale et Climatologique présente également des informations générales concernant le climatisme et le thermalisme ainsi que des informations sur la vie des stations.

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les articles originaux, ainsi que le texte intégral des communications à une Société d'Hydrologie ne peuvent être publiés qu'après avis d'un Comité de Lecture.

La longueur du manuscrit, non comprises les références bibliographiques et l'iconographie, ne peut dépasser 8 pages dactylographiées (double interligne). Les textes doivent être rédigés en français, sauf exception motivée par l'importance scientifique du texte auquel un résumé en français devra être alors obligatoirement associé. Seul le Comité de Rédaction peut décider de l'opportunité de cette publication.

Les manuscrits en triple exemplaire (y compris les figures et les tableaux) doivent être adressés au secrétariat de rédaction de la Presse Thermale et Climatologique. Les articles ne doivent pas être soumis simultanément à une autre revue, ni avoir fait l'objet d'une publication antérieure.

TRAVAUX SUR DISQUETTE INFORMATIQUE

Les travaux doivent, si possible, être adressés sur micro-disquettes (double face-haute densité) format 3 P 1/2 en utilisant le traitement de texte Word ou Mac Write pour *Macintosh*, de préférence.

PRESENTATION DES TEXTES

Manuscrit

– Trois exemplaires complets du manuscrit saisi avec une marge de 5 cm à gauche, 25 lignes par page avec numérotation doivent être fournis sous forme de sortie imprimante d'excellente qualité.

– Le titre précis doit être indiqué sur une page à part qui doit comporter également les noms des auteurs et les initiales de leurs prénoms. Sur la page de titre figurera le nom de la Station ou

du Centre de Recherche, le nom et l'adresse complète de la personne qui est responsable de l'article, et les mots clés en français et en anglais choisis si possible dans l'index Medicus.

Références

Elles doivent être classées par ordre alphabétique, numérotées et tapées en double interligne sur une page séparée ; il ne sera fait mention que des références qui sont appelées dans le texte ou dans les tableaux et figures, avec le même numéro que dans la page de références.

Pour les articles, on procédera de la façon suivante :

- nom des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms (s'il y a plus de trois auteurs, on peut remplacer les noms par : et coll.) ;
- titre du travail dans la langue originale ;
- nom de la revue si possible en utilisant les abréviations de l'index Medicus ;
- année, tome (ou vol.), pages (première et dernière).

Exemple :

Grandpierre R. – A propos de l'action biologique de la radioactivité hydrominérale. *Presse therm. clim.*, 1979, 116, 52-55.

Pour les ouvrages :

- nom des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms ;
- titre de l'ouvrage dans la langue originale avec mention éventuellement du numéro de l'édition ;
- ville d'édition, nom de l'éditeur, année de parution.

Exemple :

Escourou G. – *Climat et environnement*. Paris, Masson, 1989.

Pour un chapitre dans un ouvrage :

- nom des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms ;
- titre de l'article dans la langue originale. Ajouter *In* : nom de l'auteur, initiale du ou des prénoms, titre du livre, pages de l'article ;
- ville d'édition, nom de l'éditeur, année de parution.

Exemple :

Merlen J.F. – Les acrosyndromes. *In* : Caillé J.P., *Phlébologie en pratique quotidienne*, pp. 505-542. Paris, Expansion Scientifique Française, 1982.

Abréviations

Pour les unités de mesure et de chimie, elles doivent être conformes aux normes internationales ; pour les mots,

l'abréviation doit être indiquée à leur premier emploi, entre parenthèses. S'il y a trop d'abréviations, elles doivent être fournies sur une page séparée.

Figures et tableaux

Les illustrations doivent être limitées à ce qui est nécessaire pour la compréhension du texte.

Les illustrations doivent être appelées dans le texte par leur numéro (en chiffre arabe pour les figures, en chiffre romain pour les tableaux).

Chaque tableau ou figure constitue une unité qui doit être compréhensible en soi, sans référence au texte.

Chaque figure doit être numérotée au dos ; le haut et le bas, ainsi que le titre abrégé et les limites à reproduire doivent y être indiqués au crayon doux, ou mieux sur une étiquette au dos.

Les figures doivent être tirées sur papier glacé, bien contrastées. Nous acceptons des dessins même imparfaits, ils seront redessinés et vous seront soumis avant clichage ; nous n'acceptons pas les diapositives sauf pour les coupes histologiques.

Si une figure est empruntée à un autre auteur ou à une autre publication, l'autorisation de reproduction doit être obtenue auprès de l'éditeur et de l'auteur.

Les légendes des figures doivent être dactylographiées dans l'ordre sur feuille séparée.

Chaque tableau doit être dactylographié en double interligne sur une feuille à part (un tableau par feuille). Le numéro du tableau et de la légende seront dactylographiés au-dessus du tableau.

Les abréviations utilisées dans les tableaux, les figures ou leurs légendes doivent être définies à chaque tableau ou figure.

Iconographie en couleur

Il sera demandé aux auteurs une participation forfaitaire de 8 000 F Hors Taxes par page.

Résumés

Les résumés, qu'ils accompagnent un article original ou qu'ils soient fournis seuls (cas des communications à la Société d'Hydrologie qui n'ont pas été soumises au comité de lecture) doivent être fournis en triple exemplaire. Ils doivent comporter un maximum de 250 mots sans abréviation ni référence. Les auteurs doivent fournir si possible un résumé en anglais représentant une traduction du résumé français.

La Presse Thermale et Climatique

SOMMAIRE

MÉMOIRES ORIGINAUX

Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule, évaluation clinique de la crénotherapie à Amélie-les-Bains, par B. Guillaumin, M. Engel, L'A.P.M.T.A., P. Montastruc	209
Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix-les-Bains, par B. Graber-Duvernay, R. Forestier ..	215
La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Etude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, par H. Dabadie, K.M. Dang-Tran, R.P. Lacomère, J. Paccalin	222

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES Assemblée générale du 19 janvier 1994

Compte rendu, par G. Girault	230
Rapport moral année 1993, par G. Girault	231
Bilan financier 1993, par F. Larrieu	237
Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêts dans l'éducation nutritionnelle, par F. Larminaux	238
La migraine et les larmes, par J. Thomas, E. Tomb	241
* Le thermalisme dans le champ de la psychosomatique, par Ch. Fouard	

Journée Nationale du 9 février 1994

La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique

Compte rendu, par G. Girault	246
La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique, ou : la gestion de la chronicité, par D. Wallach	251
La dermatite atopique de l'enfant en cure thermale, par J.M. Sonneck	253
* L'atopie digestive en pédiatrie, par G. Kanny	
Crénotherapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant, par C. Loisy, J.C. Monteil, N. Planes-Sautereau, G. Lesec, S. Beorchia	258
Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? par P. Marciano	261
* Expérience pendant trois années à La Roche-Posay, par F. Barruel	
* Atopie et affections respiratoires pédiatriques, par H. Razzouk	
* Amélie-les-Bains. La cure pulmonaire chez l'enfant, par J.V. Hérété	
Synthèse de la Journée Nationale d'Hydroclimatologie Médicale, Paris, le 9 février 1994, par P.L. Delaire	265

VIE DES STATIONS

Projet de Musée du thermalisme à Bourbonne-les-Bains, par H. Ronot	267
Analyse de livre	269
Informations	270, 276
Errata	269
Table des matières, année 1994	271

* Les travaux précédés d'un astérisque n'ont pas été remis ou paraîtront dans un prochain numéro de la Presse Thermale et Climatique.

La Presse Thermale et Climatique

1994, 131, n° 4, 205-276

CONTENTS

MEMOIRS

- Shoulder joint pathologies. Clinical evaluation of thermal treatments at Amélie-les-Bains, by B. Guillaumin, M. Engel, L'A.P.M.T.A., P. Montastruc 209
- Prospective study of pathological disorders encountered in a panel of 6 000 patients taking the waters at Aix-les-Bains Spa, by B. Graber-Duvernay, R. Forestier 215
- Is water treatment of interest for obese patients ? A study of Volvic mineral water as prescribed in a hospital slimming diet, by H. Dabadie, K.M. Dang-Tran, R.P. Lacomère, J. Paccalin. 222

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES General Meeting of January 19, 1994

- Report, by G. Girault 230
- Annual report for 1993, by G. Girault 231
- Treasurer's report for 1993, by F. Larrieu 237
- New aspects of thermal treatment at Contrexéville emphasis on nutritional education, by F. Larminaux 238
- Migraine and tearing of the eyes, by J. Thomas, E. Tomb 241
- * Thermalisme in the field of psychosomatics, by Ch. Fouard.

National Meeting of February 9, 1994 Thermalism and the treatment of atopic dermatitis

- Report, by G. Girault 246
- Thermalism and the treatment of atopic dermatitis: how to manage a chronic condition, by D. Wallach 251
- Thermal treatment of children's atopic dermatitis, by J.M. Sonneck 253
- * Digestive atopy in pediatrics, by G. Kanny.
- Thermal treatment of child's digestive diseases of allergic origin, by C. Loisy, J.C. Monteil, N. Planes-Sautereau, G. Lesec, S. Beorchia 258
- Is there a psychological profile of the atopic child ? by P. Marciano 261
- * Three-years experience at La Roche-Posay, by F. Barruel.
- * Atopy and pediatric respiratory diseases, by H. Razzouk.
- * Amélie-les-Bains: the child's pulmonary treatment, by J.V. Héréteé.
- A synthesis of the National One-Day Meeting of Medical Hydroclimatology, Paris, February 9, 1994, by P.L. Delaire 265

THERMAL RESORTS LIFE

- Project for a Thermalism Museum at Bourbonne-les-Bains, by H. Ronot 267

* Articles preceded by an asterisk have not been received or will appear in a later number of Presse Thermale et Climatique.

Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains

B. GUILLAUMIN ¹, M. ENGEL ², L'A.P.M.T.A. ³, P. MONTASTRUC ⁴
(Amélie-les-Bains, Toulouse, Vesoul)

RÉSUMÉ

Les médecins d'Amélie-les-Bains, en collaboration avec le service de rééducation fonctionnelle du Professeur Blotman à Montpellier ont voulu redéfinir l'intérêt de leur crénothérapie dans les affections douloureuses de l'épaule essentiellement représentées par les conflits antérieurs sous-acromiaux. Cette étude clinique a porté sur 64 patients, dont les dossiers ont été colligés pendant une période de six mois, du 1^{er} novembre 1990 au 30 avril 1991. Les items choisis étaient douleur, mobilité, fonction, force et stabilité, dont le score cumulé maximum est égal à 100. Ils ont été comparés à 49 cas témoins de patients traités dans le service du Professeur Blotman, pour une pathologie identique, à partir de septembre 1987. Les résultats cliniques et fonctionnels montrent une amélioration statistiquement significative dans le lot des patients en crénothérapie, de façon superposable au groupe de référence. Le coût journalier des soins thermaux revient entre 20 et 28 p. cent du coût journalier hospitalier, le taux de prise en charge par les organismes sociaux étant assez proche. Il faut donc proposer la crénothérapie en cas d'échec au traitement médical bien conduit, en première intention, vu le bénéfice thérapeutique au moindre coût.

Mots clés : Conflit antérieur - Crénothérapie - Coût moyen, Rééducation fonctionnelle - Ions sulfurés.

SUMMARY

Shoulder joint pathologies. Clinical evaluation of thermal treatments at Amélie-les-Bains. - Doctors at Amélie-les-Bains, in cooperation with Professor Blotman's (Montpellier) functional rehabilitation department have undertaken to reassess the advisability of thermal treatment for painful diseases of the shoulder, i.e. essentially, sub-acromial anterior conflict. The records of sixty-four patients were examined, which were collected over a 6-month period from November 10 ; 1990 to April 30, 1991. Selected items were pain, mobility, function, strength and stability, with a maximum cumulative score of 100. A comparison was established with a control group of 49 patients treated in Pr Blotman's department for the same pathology, since September 1987. Clinical and functional results of patients undergoing thermal treatment showed a statistically significant improvement, when compared with those obtained by the control group. The daily cost of thermal treatment amounts to 20-28 % of the cost of hospital treatment, with a comparable rate of reimbursement by health services. Thermal treatment should therefore be envisaged when proper medical treatment has not been successful, in view of the therapeutic benefits obtained at a lower cost.

Key words: Anterior conflict -- Thermal treatment - Average cost - Functional rehabilitation - Sulphurous ions.

MÉTHODOLOGIE

Pour essayer de quantifier nos résultats sur les pathologies de l'épaule à Amélie-les-Bains, nous avons utilisé grâce à l'autorisation du Professeur Blotman la fiche d'évaluation qu'il a mis au point dans son service.

¹ Diplômée en hydrologie, 6, rue de la Halle, 70000 VESOUL.

² Médecin thermal, Allergologue, 36, rue des Thermes, 66110 AMÉLIE-LES-BAINS.

³ Association Professionnelle des Médecins Thermalistes d'Amélie, B.P. 66111, AMÉLIE CEDEX.

⁴ Pharmacologie médicale et clinique, Faculté de Médecine, 37, Allée Jules-Guesde, 31073 TOULOUSE CEDEX.

Celle-ci étudie la douleur, la mobilité mesurée au goniomètre, la fonction, la force et la stabilité. Chaque item s'évalue en points et leur total maximum pour la fiche patient est de 100. L'effet du traitement sera suivi sur plusieurs examens successifs, effectués en l'occurrence en début et en fin de cure (J0 et J18).

Nous avons ensuite réuni les fiches techniques de 49 patients traités par kinésithérapie dans le service de rééducation fonctionnelle de Montpellier, pour des

Tirés à part : Docteur M. Engel, adresse ci-contre.

Reçu le 6 mai 1993. Accepté après modifications le 16 août 1994.

pathologies de l'épaule similaires, cotées de façon identique. Ceci nous a permis d'effectuer une comparaison avec l'effet supposé du traitement thermal.

Les médecins thermaux qui ont collaboré à cette étude ont suivi plusieurs soirées d'apprentissage aux cotations, assistés par un kinésithérapeute, selon la méthode de référence utilisée dans l'étude.

Une vidéo effectuée dans le service du Professeur Blotman a servi de fil conducteur, toutes les difficultés étant répertoriées.

L'écueil d'un diagnostic approximatif et non homogène a été évité grâce à une fiche de définition des tests de base et de la sémiologie : le Neer, Jöbe, Howkins, Palm-up test, les capsulites rétractiles, rupture de la coiffe, l'épaule hyperalgique, le syndrome épaule-main [10].

RECUEIL DES DONNÉES

72 dossiers ont été colligés à Amélie-les-Bains sur une période de six mois, du 1^{er} novembre 1990 au 30 avril 1991, sans aucun tri ou condition d'inclusion.

La pathologie dominante est représentée à 89 p. cent par des lésions de la coiffe des rotateurs à type de conflit sous-acromial. Seuls ces 64 cas seront pris en compte pour l'étude ultérieure.

On note par ailleurs : - 3 ruptures de coiffe (4,16 %)

- 1 épaule gelée (1,38 %)

- l'arrêt au 2^e jour en raison de l'apparition d'une pathologie intercurrente

- 3 dossiers inexploitable.

Les 49 fiches recueillies à Montpellier dans le service de rééducation fonctionnelle ont été obtenues a posteriori. Elles correspondent à un traitement hospitalier à dominante kinésithérapique chez des patients venus, à partir de septembre 1987, pour une pathologie identique à celle des cas de la station.

RÉSULTATS GLOBAUX

Une étude de la clientèle thermale d'Amélie-les-Bains effectuée en 1988 avait mis en évidence une prépondérance féminine (75 %) avec un pic d'âge entre 50 et 70 ans (65 %).

Pendant cette période 16 600 patients avaient été traités pour des affections rhumatologiques se répartissant ainsi :

- 80 p. cent de rhumatismes dégénératifs

- pour seulement 3,57 p. cent de rhumatismes inflammatoires

TABLEAU I. - Population étudiée à Amélie comparée à Montpellier

		Amélie %	Montpellier %
Sexe	féminin	59,37	61,22
	masculin	40,62	38,77
Âge	moyen	61,44	51,90
	limites	32/78	19/75
Métiers	retraité	46,87	16,32
	actif	29,68	59,18
	sans	20,31	20,41
	invalidité	1,56	4,08
Côté dominant	droit	89,06	91,83
	gauche	9,37	4,08
	deux	1,56	2,04
Côté atteint	droit	60,93	48,98
	gauche	39,06	34,69
	deux	-	16,32
Apparition	progressive	75	63,26
	aiguë	20,31	30,61
	inconnue	4,68	6,12
Traitement	AINS	59,37	40,81
	infiltrations	39,06	-
	antalgiques	7,81	6
	chirurgie	-	4
	autres	12,50	-
	sans	15,62	16,32
	inconnu	3,12	36,73

- la pathologie tendineuse se rencontrant essentiellement aux épaules (12,50 %) contre 1,79 p. cent pour les genoux et 0,89 p. cent aux coudes [12].

Dans le cadre plus restreint de cette atteinte de l'épaule avec un conflit antérieur de type Neer, une première exploitation de nos résultats a permis d'obtenir le tableau comparatif I.

Son étude nous permet de dégager les éléments suivants :

- Plus de femmes que d'hommes sont intéressées par cette pathologie.

- L'âge moyen des patients est nettement supérieur à Amélie (+ 9,5 %), ce qui explique une plus grande proportion de retraités.

- L'apparition de cette pathologie est essentiellement progressive avec un plus fort pourcentage chez les curistes.

On peut donc en déduire que chez les patients Améliens, ces éléments sont en faveur d'une pathologie plus ancienne, bien installée, ayant motivé des essais thérapeutiques multiples certainement moins bien suivis.

En ce qui concerne les curistes, ils viennent dans les 2/3 des cas uniquement pour une pathologie rhumatismale.

Les autres associent l'indication « Voies respiratoires », le plus souvent en second handicap (20,31 %).

Les soins thermaux prodigués pendant les 18 jours effectifs de cure, à raison d'une séance par jour, sont les suivants [1-2-3-4-5] :

- des douches (87,50 %)
- la piscine (82,81 %) avec mobilisation (65,62 %)
- et les cataplasmes (87,50 %).

Le reste du traitement est constitué de façon plus inconstante par des bains simples (21,87 %) ou l'utilisation de vapeur (18,75 %).

Le nombre de soins par curiste est en moyenne de 4,7 et la tolérance de la cure est excellente puisqu'aucun effet secondaire n'a été rapporté.

Le traitement suivi varie en fait très peu malgré le nombre de médecins prescripteurs. Son homogénéité permet donc de dégager un ensemble de soins « standard » et d'évaluer l'effet du traitement thermal dans sa globalité.

Dans le service hospitalier de rééducation fonctionnelle, les soins sont prodigués pendant 12 jours en moyenne avec des extrêmes allant de 2 à 46 jours. Ils sont dispensés à raison de 2 séances journalières et comprennent les pratiques suivantes :

- massage à sec,
- techniques de physiothérapie : boue, radar, électrothérapie,
- techniques d'hydrothérapie (mobilisation en piscine),
- rééducation ergonomique par un kinésithérapeute selon un principe essentiel de recentrage passif puis dynamique de la tête humérale [8].

ÉTUDE STATISTIQUE

Validité des résultats

Nous avons utilisé le test t de Student afin de comparer les résultats obtenus en début et en fin de cure et avons regroupé les résultats dans le tableau II.

Dans tous les cas, la différence très hautement significative des moyennes a une probabilité quasiment nulle d'être due au hasard. La cure thermale permet donc d'obtenir de façon globale et pour chaque paramètre étudié, une amélioration importante et constante des résultats, de J0 à J18.

Dans le cadre de la douleur cependant, on retrouve une répartition aléatoire des résultats ne permettant pas d'obtenir de corrélation (voir figure 1), alors que les autres items sont corrélés (voir figure 2 : item « total »).

Ceci est dû au fait qu'il s'agit du seul paramètre totalement subjectif, donc de cotation incertaine puisque directement lié à l'appréciation et aux souvenirs du patient.

TABLEAU II. - Résultats obtenus à Amélie après une cure et calculs statistiques

Items		Jour n° 0	Jour n° 18	Résultats	
Douleur	M	15,4	27,8	t = - 12	S
	Se	0,9	1	p = 0,000	
	Sd	7,1	7,7		
Mobilité	M	22,2	28,1	t = - 14,9	S
	Se	0,8	0,8	p = 0,000	
	Sd	6,7	6,3		
Force	M	7,1	8,2	t = - 4,9	S
	Se	0,4	0,3	p = 0,000	
	Sd	2,9	2,3		
Stabilité	M	3,3	4,6	t = - 6,2	S
	Se	0,3	0,2	p = 0,000	
	Sd	2,1	1,8		
Total	M	5,61	78,6	t = - 16,1	S
	Se	1,7	1,8	ddl = 63	
	Sd	14	14,2		

M : Moyenne ; p : probabilité, ddl : degrés de liberté, Se : erreur, Sd : variance, S : significatif.

Étude comparative

Elle a été effectuée entre 2 sous-groupes de patients d'Amélie et de Montpellier, sélectionnés en raison d'un bilan initial identique.

Lorsque plusieurs choix étaient possibles, ils ont été appariés par tirage au sort.

Deux sous-groupes de 19 cas ont ainsi été obtenus.

Nous avons utilisé le test du X² afin de comparer l'effet du traitement thermal au traitement hospitalier de référence. Les résultats sont regroupés dans le tableau III.

Dans tous les cas, l'absence de signification de ce test prouve que la répartition expérimentale est très proche de la répartition théorique. L'effet du traitement thermal est donc quasiment identique à celui du traitement hospitalier de référence.

DONNÉES ÉCONOMIQUES

Nous avons tenté d'effectuer une étude comparative des coûts de la cure et de l'hospitalisation en service de rééducation fonctionnelle, sur les bases des tarifs de 1991 [12].

Les différents paramètres pris en compte sont :

- les soins,
- et le séjour, comprenant le transport, l'hébergement et la nourriture.

En théorie, 3 cas de figure peuvent se présenter ; le patient peut être :

- habitant de Montpellier ou des alentours,
- étranger aux deux régions,
- ou originaire d'Amélie. Cette dernière situation est écartée puisque ce n'était le cas d'aucun de nos

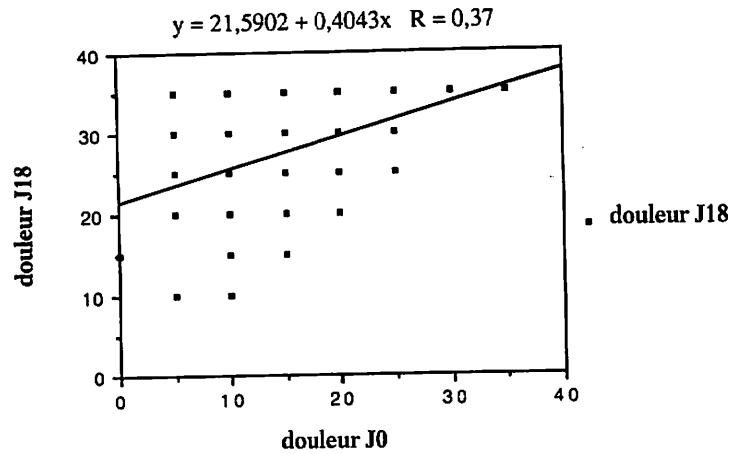


Fig. 1. - Douleur finale en fonction de la douleur initiale : pas de corrélation.

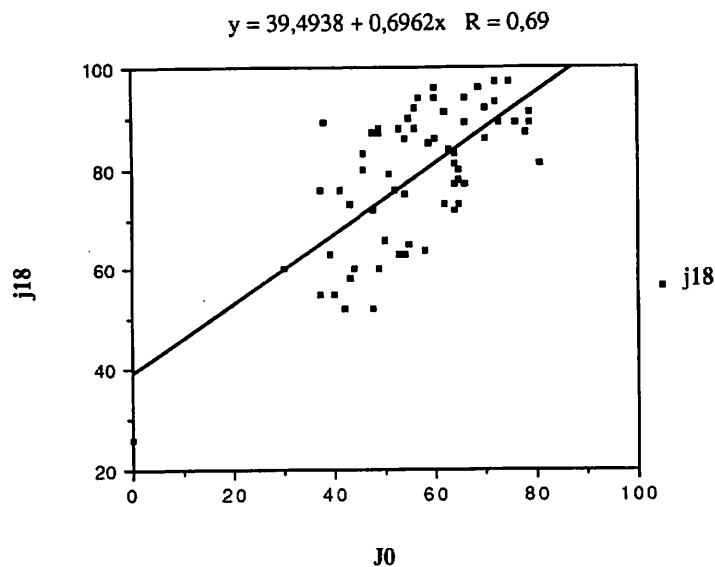


Fig. 2. - Total : score final en fonction du score de départ.

curistes. Il est à noter cependant que, dans cette éventualité, le coût de l'ensemble du séjour se résumerait aux seuls soins thermaux. Nous avons effectué un comparatif global et malades appariés.

Pour les patients de Montpellier, la durée d'hospitalisation est en moyenne de 12 jours sur l'ensemble des 49 dossiers et de 13 jours pour les 19 cas appariés. A Amélie, les soins à visée rhumatologique sont suivis 18 jours de rang.

Les soins

Nous avons repris dans le tableau IV le coût des soins à Amélie et Montpellier.

En pratique, les différences entre les moyennes générales et les 19 cas appariés, sont peu significatives. Ce sous-groupe est donc toujours représentatif de la population étudiée.

TABLEAU III. - Comparaison du traitement thermal au traitement de référence hospitalier (Montpellier)

	Moyenne	Jour n° 0	Jour n° 18	Test statistique
Douleur	Amélie	16,05	29,74	X2 = 2,66 p = - 0,10
	Montpellier	18,16	21,32	NS
Mobilité	Amélie	22,68	28,79	X2 = 0,09 p = - 0,50
	Montpellier	23,63	27,53	NS
Fonction	Amélie	8,79	10,05	X2 = 0,00 p = - 0,90
	Montpellier	8,84	10,16	NS
Force	Amélie	7,63	8,58	X2 = 0,77 p = - 0,30
	Montpellier	5,26	8,05	NS
Stabilité	Amélie	3,11	4,53	X2 = 0,33 p = - 0,50
	Montpellier	2,37	3,68	NS
Total	Amélie	58,26	81,68	X2 = 1,47 ddl = 1
	Montpellier	58,26	70,74	p = - 0,20 NS

DDI : degrés de liberté, p : probabilité, : NS : non significatif.

Le séjour, le transport, l'hébergement, la nourriture

Les principaux modes de transport utilisés sont la voiture ou l'association train-autocar. En moyenne, le curiste réside 22 jours sur les lieux de la cure. Le mode d'hébergement (camping, location, pension, hôtel) est étroitement lié à sa catégorie socio-professionnelle et les fourchettes de prix de revient sont de 1 645 F (camping) à 17 250 F (hôtel *** en pension complète pour deux personnes) pour la durée du séjour, avec une moyenne de 5 500 F par personne. L'évaluation du poste de dépense nourriture est assez approximative, parfois même partiellement intégrée dans le mode d'hébergement (hôtel en demi-pension, pension). Elle varie de 840 F à 4 600 F pour l'ensemble du séjour avec une moyenne de 1 700 F par personne.

Le coût moyen du séjour à Amélie est donc de 7 488 F par curiste, auxquels il faut bien rajouter le coût propre des soins.

Résultats

Nous avons repris dans le tableau V l'ensemble des dépenses exposées plus haut, par curiste, et l'avons comparé au coût en hospitalisation.

Dans ces deux cas (hospitalisation de jour ou complète) et malgré un séjour plus long en cure (22 contre 13 jours en hospitalisation), la thérapeutique thermique est beaucoup moins onéreuse.

Parallèlement, la prise en charge de la cure par la Sécurité Sociale est sensiblement la même que celle de l'hospitalisation puisque aucun patient n'est venu en cure libre et seule une faible part (15 %) n'a pas obtenu le remboursement des frais d'hébergement et de transport.

COMMENTAIRE ET CONCLUSION

Les résultats que nous avons recueillis soulignent l'intérêt d'une crénothérapie de l'épaule douloureuse à Amélie-les-Bains, corroborant l'expérience des médecins prescripteurs.

Les items, force, stabilité et mobilité, voient leur index nettement progresser, la douleur, item plus subjectif, s'améliore de manière constante mais le gain est irrégulier, non corrélé à l'état initial du patient. Le constat d'efficacité amène d'autres questions d'ordre prospectif :

- Quelles sont les meilleures indications d'une crénothérapie de l'épaule ?

- Mode d'action d'une crénothérapie à Amélie ?

- Coût de la cure ramené au bénéfice thérapeutique ?

Les indications :

La population étudiée (voir tableau I) est proche du profil thermal habituel : une patiente de la soixantaine, en retraite active (jardine et bricole).

Sa pathologie est ancienne, « fixée », polymédicamentée et traitée de façon irrégulière, avec peu de résultats. D'autres localisations arthrosiques sont associées (coxarthrose, lombarthrose). Le recours thermal se voit en fin d'évolution, pourtant l'efficacité ou la rémission s'obtient en 18 jours.

Il faut préconiser d'élargir les indications aux pathologies récentes, au conflit acromioclaviculaire résistant à plus de 6 mois de traitement bien conduit, pour offrir au patient un résultat durable.

Les pathologies scapulaires micro-cristallines, l'épaule inflammatoire en phase de rémission ainsi que le syndrome épaule-mains sont également pris en charge par la crénothérapie.

Le mode d'action de la crénothérapie reste un problème non résolu et repose sur une convergence d'hypothèses actuellement en discussion. L'effet thermal pharmacologique est à mettre sur le compte de l'eau thermale d'Amélie décrite comme hyperthermale, sulfobicarbonatée, sodique, oligométallique et silicatée, associée à un plancton particulier producteur de glairine [6, 7, 11, 14].

TABLEAU IV. – Coût des soins comparant Amélie à Montpellier

AMÉLIE		MONTPELLIER	
		Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète
Moyenne générale	3 332	21 168	30 936
Moyenne des 19 cas	3 382	22 653	33 107
Coût minimal	723 F	3 528 F	5 156 F
Coût maximal	5 504 F	51 156 F	74 762 F

TABLEAU V. – Coût d'un séjour thermal à Amélie, comparé à Montpellier, calcul du prix de journée

AMÉLIE		MONTPELLIER	
		Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète
Moyenne générale	10 820	21 168	30 936
Moyenne des 19 cas	10 890	22 653	33 107
Prix de journée	493 F	1 764 F	2 578 F

L'effet antalgique immédiat se rattache à la balnéothérapie imputé à un effet thermique qui entraîne une sédation et un relâchement musculaire (douche directe, pénétrantes ou sous-marines). Les cataplasmes de boue permettent un traitement focal, ainsi que les jets de vapeur dirigés [11].

La remobilisation s'effectue en piscine, avec travail contre résistance douce à pesanteur réduite et hydro-massage associé (trombes), techniques reconnues en centre de rééducation.

Cette prise en charge dure 18 jours chez des patients qui ont fait une démarche active. Une telle thérapeutique associée à l'éviction familiale et professionnelle, forme une composante psychologique favorable constatée habituellement en milieu thermal.

Le bilan économique de cette étude est très en faveur de la crénothérapie, comparée à un séjour en centre de rééducation : 493 F par jour contre 1 764 à 2 576 F.

Dans la mesure où le bénéfice thérapeutique est identique en fin de séjour dans les deux formes de traitement, il semble économiquement valable de débiter par la crénothérapie.

Remerciements :

– au Professeur F. Blotman sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

– aux kinésithérapeutes d'Amélie-les-Bains pour leur participation à l'étude et à la cotation des patients ainsi qu'à Madame Azema, kiné-cadre du service du Professeur Blotman.

BIBLIOGRAPHIE

- Compagnie Française du thermalisme. – *Amélie-les-Bains. Manuel pratique des curistes*. Chaîne Thermale du Soleil, 26.
- Roussillon France. – *Amélie-les-Bains. Station thermique et climatique. Indications et pratiques thermales*, 19.
- Maury. – *Amélie-les-Bains, Palalda. Station thermique climatique et touristique*. Collection particulière. 1983, 319, 18-56, 69-99, 255-272.
- Audran M. – Conduite à tenir devant une épaule douloureuse. *Ouest Méd.*, 1980, 13, 701-705.
- Biget P.L. – L'apport de la recherche fondamentale au thermalisme clinique en France depuis 20 ans. *Press Therm. Climat.*, 1980, 117, 179-187.
- Bouis D. – Les thermes militaires d'Amélie-les-Bains. *Journal des P.O.*, 1858, 48.
- Denard Y. – Les indications médicales des stations thermales Françaises. *Press. Méd. et Climat.*, 1982, 119, 117-120.
- Leroux J.L., Azema M.J., Chuong V.T., Barrault J.J., Bonnel F., Blotman F. – La rééducation en recentrage dynamique de la tête humérale dans le conflit sous-acromial. *Ann. réadapt. Méd. physique*, 1988, 31, 187-194.
- Louvigne Y., Brissot R., Pialoux B. – La place du thermalisme dans la rééducation fonctionnelle et la réadaptation. *Press. Therm. Climat.*, 1981, 118, 33-36.
- Mansat M. – Epaule douloureuse et pathologie sous acromioclaviculaire. *Cahiers d'enseignement de la S.O.F.C.O.T. Exp. Scient. Fran.*, 1983, 49-65.
- Payan H. – *La crénothérapie par les eaux sulfurees*. Thèse de Pharm., Paris V, 1986.
- Pomes C., Cognan M.C. – *Étude de clientèle thermique : un exemple à Amélie-les-Bains*. Mémoire de sc. économ. Perpignan, 1988.
- Stauss J. – Les périarthrites de l'épaule. *Cah. Méd.*, 1982, 8, 11-18.
- Valdigue P., Auvergnat R., Bru A., Doustebly C. – Sur l'origine du soufre du tissu cartilagineux. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1955, 37, 677.

Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix-les-Bains

Thermes Nationaux rhumatologiques,
et Thermes de Marlioz ORL et stomatologiques

B. GRABER-DUVERNAY¹, R. FORESTIER²
(Aix-les-Bains)

RÉSUMÉ

Le dénombrement des effets indésirables de la thérapeutique thermique, indispensable à l'évaluation du rapport bénéfiques-risques, nécessite la référence à des témoins comparables en âge et en habitudes de vie effectuant des séjours d'une durée voisine loin de leur domicile. La présente étude se contente de recenser les événements pathologiques survenus chez des curistes au cours d'un séjour thermal. Il a été possible de réaliser avec des médecins thermaux une enquête épidémiologique rigoureuse. En septembre 1992, 39 médecins thermaux ont reçu 5 782 fiches d'observation numérotées représentant 11,66 % des curistes de l'année pour les thermes rhumatologiques et 8,11 % pour les thermes ORL. Les 38 fiches égarées ont fait l'objet d'une enquête. Résultats : 1 252 curistes ont présenté au moins un événement pathologique au cours de leur séjour thermal, soit 21,6 % des curistes surveillés, 1,16 pathologie par curiste. Il n'a été noté aucune affection grave et aucun gîte pathologique insoupçonné. Il y a eu 12 hospitalisations (0,21 %) dont 5 pour traumatismes, 4 accidents vasculaires cérébraux (0,07 %) dont un seul hospitalisé, 9 crises d'angor, 7 phlébites variqueuses (0,12 %), 3 érysipèles de jambe (0,52 %) chez des insuffisants veineux. En ce qui concerne les affections nosocomiales rien ne permet d'évoquer une contamination par un pyogène. Les mycoses sont signalées 39 fois (0,67 %). On assiste à une épidémie de rhino-pharyngo-trachéite, à côté de 55 bronchites (0,95 %) et de 3 pneumopathies bénignes (0,05 %).

Mots clés : Crénothérapie - Épidémiologie - Effets secondaires.

SUMMARY

Prospective study of pathological disorders encountered in a panel of 6 000 patients taking the waters at Aix-les-Bains Spa. - A count of its adverse reactions is essential to assess the advantage-risk ratio of water cure and requires a reference to age-matched and life style-matched control individuals staying away from home for a similar length of time. Our study merely intends to register pathological events affecting patients having a course of water cure. A thorough epidemiological investigation could be led with the contribution of thermalist practitioners. In september 1992, 39 thermalist practitioners received 5 782 numbered index cards for case reports accounting for 11.66 p. cent of the annual water cure patients in the thermal baths for rheumatic diseases and 8.11 p. cent in the thermal baths for E.N.T. diseases. An inquiry was opened about the 38 lost cards. Results : 1 252 patients presented at least one pathological event during their thermal courses, i.e. 21.6 p. cent of the studied patients, 1.16 pathological incident per patient. No serious affection, no unsuspected pathology could be noticed. There were 12 hospitalizations (0.21 p. cent), 5 of wich for traumatismes, 4 transient cerebral ischemic attacks (0.07 p. cent), only one of which was hospitalized, 9 coronary failures, 7 varix phlebitis cases (0.12 p. cent), 3 leg erysipelas (0.052 p. cent) in patients with venous insufficiency. No evidence can support a pyogenic contamination. 39 mycosis cases (0.67 p. cent) are reported. An epidemie of rhinopharyngotracheitis is pointed out, along with 55 bronchitis cases (0.95 p. cent) and 3 benign pneumopathies (0.05 p.cent).

Key-words : Crenotherapy - Epidemiology - Side effects.

¹ Directeur médical, Thermes nationaux, 73103 AIX-LES-BAINS CEDEX.

² Rhumatologue, 15, avenue Charles-de-Gaulle, 73100 AIX-LES-BAINS.

Tirés à part : Docteur B. Graber-Duvernay, adresse ci-contre.

Reçu le 27 janvier 1994. Accepté après modifications le 16 août 1994.

Le recensement des effets indésirables des cures thermales est indispensable à l'appréciation du rapport bénéfices-risques que l'évaluation de toute thérapeutique doit obligatoirement comporter.

A notre connaissance, il n'a jamais été fait de manière exhaustive en milieu thermal [4].

Les effets indésirables des cures peuvent passer pour peu fréquents et peu spécifiques, difficiles à distinguer des ennuis de santé survenant au cours de séjours d'une durée voisine, effectués à distance de leur domicile par une population comparable en âge et en habitudes de vie. On peut s'attendre à ce que leur mise en évidence réclame de grands échantillons et des séries témoins appariées.

Le problème de la série témoin n'a pas pu être résolu pour cette enquête. Une pré-étude, pendant l'été 1991, avait cherché à comparer deux populations appartenant à la même mutuelle du bâtiment, constituée l'une de curistes hébergés à Aix-les-Bains et l'autre de vacanciers dans un village de Haute-Savoie. Elle n'a pas pu aboutir par insuffisance d'effectifs dans la série témoin.

D'autre part, le recours à une série de sujets non médicalisés oblige à l'emploi d'un auto-questionnaire à remplir sans l'aide d'un médecin. Il n'a pas été possible de valider un questionnaire à la fois assez complet pour répondre aux objectifs de l'étude et suffisamment simple pour donner lieu à des auto-appréciations fiables.

Nous nous contenterons donc de recenser les événements pathologiques survenus chez les curistes au cours de leur séjour thermal, sans prétendre faire la part de ce qui est imputable au traitement thermal lui-même, en dehors de quelques remarques sur les pathologies considérées comme sensibles : infections et manifestations circulatoires et neurovégétatives.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Aix-les-Bains reçoit ses curistes dans deux établissements distants de 1,5 km : les Thermes Nationaux, rhumatologiques, qui ont traité, en 1992, 44 135 curistes suivis par 69 médecins (26 rhumatologues pour 75 % des cures, et 43 généralistes pour 25 %) ; et les Thermes de Marlioz, ORL et stomatologiques, qui ont traité, en 1992, 7 398 curistes suivis par 76 médecins (72 % par les spécialistes et 28 % par les généralistes).

L'enquête d'épidémiologie descriptive, dénommée « les ennuis de cure », a été effectuée directement par les médecins thermaux à l'aide de fiches d'observation. L'enquête a été circonscrite sur une courte période pour en faciliter l'organisation. La période choisie fut le mois de septembre parce que le plus actif de l'année, ayant accueilli en 1992, 15,47 p. cent des cures rhumatologiques et 14,35 p. cent des cures ORL. Le jour

J du début de l'enquête a été fixé au 1^{er} septembre 1992. L'homogénéité des réponses a été appréciée statistiquement au moyen du calcul de l'écart réduit.

Fiche d'observation

Chaque médecin a reçu un nombre limité de fiches numérotées. Le médecin, ou son secrétariat, devait glisser, jusqu'à épuisement de leur stock, une fiche dans chaque dossier de curiste lors de la première visite et l'en retirer au départ du curiste, normal ou anticipé.

La fiche se présentait sous la forme d'une feuille de format A5, imprimée recto-verso, de couleur orange pour se distinguer des autres documents du dossier médical, proposant 77 étiquettes pathologiques, à souligner ou à cercler, regroupées en 14 rubriques, avec possibilité d'ajouts manuscrits pour chaque rubrique et dans une case « observations » terminale comportant la mention « détailler si nécessaire, et apprécier l'imputabilité à la cure ». L'énumération des pathologies donnait au médecin une idée du niveau de gravité à partir duquel un ennui devait être déclaré mais sa liberté de jugement restait entière sur ce point.

Il n'était demandé aucune information sur le curiste en dehors de celles qui font l'objet de l'enquête et de l'identification par les 3 premières lettres du nom et les 2 premières du prénom de chacun. Toutes les fiches, identifiées de cette façon et par le tampon du médecin et annotées en cas de pathologie de rencontre, ont été colligées en veillant à ce qu'il n'en manque aucune, ce que la numérotation rendait facile, et adressées au coordinateur de l'étude.

Médecins thermaux contactés pour l'étude

Il a été distribué 6 142 fiches à 44 médecins. Pour les Thermes ORL de Marlioz, les 5 principaux prescripteurs spécialistes ont reçu chacun un lot de 120 fiches numérotées. Pour les Thermes Nationaux rhumatologiques, les 39 prescripteurs principaux (3 hospitaliers, 26 rhumatologues, 10 généralistes) ont été retenus parmi les 69 prescripteurs réguliers de la station. Ils ont reçu chacun un lot de fiches numérotées correspondant à leur activité présumée du mois de septembre en fonction de leur activité thermique de l'année précédente, soit de 56 à 244 fiches par médecin.

RÉSULTATS

Réponses des médecins

Sur les 44 médecins contactés, 5 n'ont pas répondu ou ont renvoyé des fiches inexploitable, raturées ou renumérotées. Les 360 fiches confiées à ces médecins ont été annulées. L'étude a donc comporté 5 782 fiches (6 142 - 360 = 5 782).

Les 39 médecins en charge de ces 5 782 fiches en ont renvoyé 5 744, soit 99,34 p. cent, 38 de ces fiches ayant été égarées par 12 d'entre eux.

Pour les thermes rhumatologiques, l'étude a inclus 5 182 curistes soit 11,66 p. cent des curistes de l'année (44 135 curistes en 92) et 76 p. cent des curistes traités par l'établissement en septembre (6 830). Pour les thermes ORL, l'étude a inclus 600 curistes soit 8,11 p. cent des curistes de l'année (7 398) et 56,50 p. cent des curistes de septembre (1 062).

Hétérogénéité des réponses

– Par rapport au nombre d'ennuis recensés, les déclarations varient d'un médecin à l'autre de 4,17 p. cent à 56,67 p. cent des curistes surveillés, moyenne : 21,66 p. cent.

– Par rapport au type d'ennuis recensés, les prescripteurs aux thermes ORL de Marlioz déclarent plus de pathologies des voies respiratoires supérieures que la moyenne (74,49 % des ennuis contre 32,23 %, 12,17 % des curistes surveillés contre 8,11 %) ($p > 0,001$) et moins de douleurs rhumatismales ($p = 0,04$). Les prescripteurs aux thermes rhumatologiques déclarent plus de troubles dystoniques, de réactions douloureuses rhumatismales, et de troubles digestifs, sans atteindre la significativité.

Données

Curistes surveillés : 5 782

Curistes avec ennuis : 1 252 soit 21,6 p. cent des curistes surveillés

Ennuis recensés : 1 455 soit 203 polyopathologies et 1,16 pathologie par curiste atteint (tableau I).

Pathologies graves

Elles ont donné lieu à des interruptions de cure (tableau II) avec ou sans hospitalisation.

En réalité aucune ne mérite véritablement ce qualificatif. L'accident vasculaire s'est révélé régressif.

Détail des pathologies

Il est rapporté dans le tableau III.

Pathologies sensibles

Certaines pathologies sont réputées susceptibles d'être favorisées par une cure thermique. Ce sont les maladies infectieuses et certaines manifestations spécifiques (crise thermique).

TABLEAU I. – Pathologies incidentes

Ensemble des pathologies	1 455	100 %
appareil respiratoire	472	32,54 %
système nerveux	340	23,37 %
rhumatismes	269	18,49 %
appareil digestif	123	8,45 %
maladies de peau	92	6,32 %
traumatismes	57	3,92 %
voies urinaires	31	2,13 %
troubles veineux	30	2,06 %
manifestations cardiaques	20	1,37 %
divers	16	1,10 %
fièvre isolée	5	0,34 %

TABLEAU II. – Arrêts de cure, avec ou sans hospitalisation

Hospitalisations 12 (0,21 % des curistes)	
5 traumatismes	
2 érysipèles	
1 accident vasculaire	
1 pneumopathie	
1 lombosciatique	
1 cas de coliques hépatiques	
1 cas de syncopes récidivantes	
Arrêts de cure hors hospitalisation : 19 (0,33 % des curistes)	
6 réactions rhumatismales	
5 cas de mauvaise adaptation	
3 traumatismes	
3 infections (trachéite, cystite, érysipèle)	
2 divers (coliques néphrétiques, affection gynécologique)	
+ 7 arrêts de cure pour raisons non médicales	

Maladies infectieuses

Cutanées

– *mycoses* : elles sont signalées 39 fois (0,67 %). Les localisations sont précisées 9 fois (5 pieds, 3 atteintes muqueuses vulvo-vaginales, 1 sein). Il s'agit deux fois sur trois de mycoses anciennes réactivées. La responsabilité des piscines est avancée deux fois.

Elles ne sont signalées que par 15 médecins et avec des variations qui vont de 0,41 p. cent à 5,33 p. cent des curistes surveillés.

– *microbiennes* : il est fait état d'un érysipèle de la face, d'une fistule sur moignon, d'un furoncle du nez, d'un furoncle abdominal en fin de cure et d'une récurrence de panaris. Il a été rapporté 3 érysipèles de jambe (0,52 %) dont 2 avec hospitalisation.

Il a été noté également 9 atteintes virales : 5 herpès, 3 zozas et une varicelle.

TABLEAU III. - Détail des pathologies - 1 455 ennuis recensés chez 1 252 curistes, soit 21,6 % des 5 782 curistes surveillés

Appareil respiratoire			peau		
	472	8,16 %		92	1,59 %
rhino-pharyngite	156	2,70 %	mycose réactivée	26	0,45 %
rhinite	132	2,28 %	allergies, prurits	20	0,35 %
bronchite	55	0,95 %	mycose en première atteinte	13	0,22 %
trachéite	49	0,85 %	eczéma	12	0,21 %
angine	26	0,45 %	herpès, varicelle	6	0,10 %
laryngite	26	0,45 %	infections	4	0,07 %
autre	25	0,43 %	divers	5	0,09 %
pneumopathie	3	0,05 %	zona	3	0,05 %
			dishydrose	2	0,03 %
			psoriasis	1	0,02 %
système nerveux			traumatismes		
	340	5,88 %		57	0,99 %
insomnie	98	1,69 %	chute ou trauma bénin	36	0,62 %
asthénie	61	1,05 %	entorse	12	0,21 %
angoisse	37	0,64 %	fracture	7	0,12 %
céphalées	32	0,55 %	trauma grave	2	0,03 %
nervosité	26	0,45 %			
syncopes, malaises	23	0,40 %	voies urinaires		
vertiges positionnels	23	0,40 %		31	0,54 %
crise de tétanie	11	0,19 %	cystite	25	0,43 %
vertiges de Ménière	4	0,07 %	coliques néphrétiques	4	0,07 %
autres	3	0,05 %	pyélonéphrite	1	0,02 %
accidents vasculaires	22	0,38 %	troubles prostatiques	1	0,02 %
incidents rhumatologiques			veines		
	269	4,65 %		30	0,52 %
lombes	87	1,50 %	œdème	14	0,24 %
articulations	61	1,05 %	phlébite variqueuse	7	0,12 %
cou	42	0,73 %	érysipèle	3	0,05 %
tendinite et périarthrite	37	0,64 %	hémorroïdes	3	0,05 %
névralgie	19	0,33 %	hypodermite variqueuse	2	0,03 %
dos	13	0,22 %	plaie variqueuse	1	0,02 %
autres	10	0,17 %			
appareil digestif			cœur, HTA		
	123	2,13 %		20	0,35 %
colite ou entérocolite	51	0,88 %	troubles du rythme	9	0,16 %
gastro-entérite	30	0,52 %	HTA	6	0,10 %
constipation	23	0,40 %	insuffisance coronarienne	4	0,07 %
coliques hépatiques	5	0,09 %	divers	1	0,02 %
ulcère	1	0,02 %			
autres	13	0,22 %	divers		
fièvres isolées				16	0,28 %
	5	0,09 %	affections ophtalmologiques	9	0,16 %
			affections gynécologiques	4	0,07 %
			affections stomatologiques	2	0,03 %
			appendicectomie	1	0,02 %

Respiratoires

- *voies supérieures* : on voit apparaître, se développer, et décroître, pendant la durée de l'enquête, une épidémie de rhino-pharyngo-trachéite prenant des masques parfois un peu différents d'un malade à l'autre sans qu'il soit toujours possible de faire la part des rhinites allergiques ou des réactions thermales ORL. Par ailleurs, 10 sinusites, 3 otites ou otalgies, 2 syndromes grippaux.

- *bronchites* : signalées 55 fois dont une fois sur deux associées à une localisation plus haut située (trachéo-bronchite, ou rhino-pharyngite) ce qui renvoie aux viroses épidémiques. Parmi les autres, 3 sont indiquées comme asthmatiformes, une comme récidivante chez

une fumeuse, et une chez un insuffisant respiratoire chronique.

- *pneumopathies* : les pneumopathies déclarées sont au nombre de 3. Une seule a fait sa preuve radiologiquement. Il s'agit d'une femme de 60 ans, hospitalisée dans une localité voisine au 8^e jour de sa cure pour un tableau de pneumopathie fébrile, qui présentait un foyer du lobe moyen droit. Une seule sérologie au 4^e jour de fièvre s'est révélée négative pour la légionellose. Évolution favorable sous érythromycine. Les deux autres étaient de diagnostic clinique sans confirmation radiologique : 1 congestion pulmonaire jugée trop bénigne pour entraîner des investigations, et 1 congestion pulmonaire avec radiographie normale et sérologies négatives.

Manifestations spécifiques

On regroupe sous l'étiquette de « crise thermique » toute une série de manifestations d'ordre neuro-végétatif ou irritatif local survenant autour de la fin de la première semaine de cure et pouvant durer de un à plusieurs jours. Sa fréquence est diversement appréciée. Une réactivation de la pathologie initiale fait parfois partie du tableau.

- *aux thermes ORL*, les prescripteurs signalent une pathologie des voies aériennes chez 12,17 p. cent des curistes (n = 600) surveillés par eux alors que les prescripteurs aux thermes rhumatologiques en signalent 7,64 % (n = 5 182). Le tiers de ces manifestations pourrait donc correspondre à la crise thermique ORL.

- *aux thermes rhumatologiques*, les médecins attribuent explicitement à la cure 27 des 331 troubles nerveux observés (8,16 % des troubles nerveux, 5,2 ‰ des curistes), 28 des 267 réactions douloureuses rhumatismales (10,5 % ; 5,4 ‰), 2 des 16 manifestations cardio-vasculaires (31,25 % ; 0,4 ‰) et 6 des 30 ennuis veineux (20 % ; 1,16 ‰).

Les troubles cardio-vasculaires rapportés au traitement thermal sont une crise d'extrasystolie au décours d'une séance de boue et une crise d'angor après le traitement thermal chez un coronarien connu.

Les troubles veineux imputés à la cure sont : 2 œdèmes, 2 hypodermes, 1 phlébite variqueuse, 1 plaie variqueuse.

Traumatologie

Il est rapporté 57 traumatismes pendant le séjour thermal, la plupart bénins. Huit d'entre eux ont obligé à l'interruption de la cure dont 5 avec hospitalisation (1 traumatisme cervical par accident de la voie publique, 1 traumatisme crânien, 1 fracture du bassin par chute, 1 fracture spontanée du col fémoral chez un porteur de prothèse de hanche, 1 fracture du coude). 7 traumatismes sont rattachés aux thermes (5 chutes, une entorse, une fracture du coude sur le trottoir en sortant).

COMMENTAIRES

Sur la méthode

La détermination de l'échantillon a tenu compte des modalités de la médecine thermique et des causes d'erreur qu'elles peuvent engendrer dont les deux principales sont : la mauvaise participation des médecins, souvent surmenés pendant la saison thermique, et la non prise en compte des pathologies qui provoquent une interruption prématurée de la cure parce que non

connues du médecin thermal ou survenant dans un contexte d'urgence peu propice à la rédaction d'une fiche épidémiologique.

Le risque de non participation a été minimisé en simplifiant la fiche de recueil des pathologies, en allégeant le plus possible la procédure, et en rassemblant l'étude sur une seule période plutôt que de la répartir sur l'ensemble de l'année.

Le risque de perdus de vue a été traité par la numérotation des fiches.

Les pathologies survenues après la dernière visite ou après le retour à domicile ont échappé au recensement. Cela représente le point faible de la méthode employée. Il aurait fallu envoyer un questionnaire aux curistes après leur retour à leur domicile pour couvrir toute la période de la cure, et même au delà si l'on souhaitait prendre en compte les périodes d'incubation des infections éventuellement contractées pendant les derniers jours. Le parti pris de simplification maximale des formalités a conduit à y renoncer.

Sur les perdus de vue

Le contrôle des perdus de vue est essentiel dans une étude comme celle-ci, le risque étant grand de voir les pathologies les plus graves échapper au recensement.

Le nombre des perdus de vue s'est révélé très faible : 38 sur 5 782 (0,66 %). Il est cependant élevé par rapport, par exemple, aux 3 érysipèles ou aux 3 pneumopathies. Il était donc indispensable de vérifier, au moins par un sondage, qu'il ne s'agissait pas de curistes ayant interrompu leur cure avant l'heure. Cela a été fait par enquête téléphonique auprès de 4 des 12 médecins qui n'avaient pas renvoyé toutes les fiches reçues. La numérotation des fiches et les initiales des patients ont permis d'identifier les curistes concernés et de constater que, dans ces séries là, le non-retour des fiches ne correspondait pas à des interruptions de cure mais à des oublis.

Sur l'hétérogénéité des réponses

Les médecins ont réagi de façon très différente en face des pathologies de rencontre chez leurs curistes que l'on peut penser grossièrement comparables d'une clientèle à l'autre. Un « effet médecin » a été observé pour 23 d'entre eux : 14 trop banalisateurs et 9 trop pointilleux ($p < 0,05$). C'est la conséquence du degré de liberté qui leur avait été laissé, contrepartie vraisemblable de leur forte participation à l'étude.

La variabilité des réponses a porté sur les pathologies mineures que les médecins banalisateurs ont considéré comme négligeables. Cela n'est pas gênant dans le cadre de cette étude qui visait surtout à recen-

ser les pathologies sérieuses, y compris les plus rares, et privilégiait la taille de l'échantillon sur la minutie des réponses.

Pris individuellement, il y a 4 médecins qui se distinguent significativement de la moyenne, par défaut, pour le recensement des pathologies respiratoires, 2 pour les troubles nerveux, et 4 pour les réactions douloureuses rhumatismales.

Sur les pathologies sensibles

Mycoses

L'étude montre surtout une très grande variété dans les réponses des médecins puisque, si les mycoses sont décelées en moyenne chez 0,67 p. cent des curistes surveillés, 24 médecins n'en signalent aucune, et les déclarations des 15 autres s'étagent entre 0,41 p. cent et 5,33 p. cent des cas. Le médecin le plus observateur, seul à se dissocier significativement de la moyenne des examinateurs avec 13 cas concernant 5,3 p. cent des curistes surveillés ($p < 0,05$), signale s'être livré à une exploration systématique des espaces interdigitaux des pieds. On peut donc considérer que la prévalence réelle des mycoses dans notre population est plus proche de 5,33 p. cent que de 0,67 p. cent [2].

Une nouvelle enquête orientée vers les mycoses cutanées apparaît souhaitable.

Cutanées microbiennes

Leur liste est courte et banale. Rien ne permet d'évoquer une contamination par un pyogène et il n'est pas rapporté de folliculite pouvant faire impliquer le *Pseudomonas* [3]. Il y a eu 3 érysipèles de jambe chez les curistes rhumatologiques, soit une incidence de 0,52 ‰.

Infectieuses pulmonaires

C'est incontestablement le chapitre le plus sensible d'une enquête en milieu thermal, l'attention ayant été attirée depuis quelques années sur le pouvoir pathogène de bactéries thermophiles, dont la principale est *Legionella pneumophila* [1].

L'incidence cumulée sur 3 semaines des pneumopathies confirmées est de 1/5782, soit 0,17 ‰ à comparer aux valeurs de l'année 1992 : 0,27 ‰ pour les pneumopathies et 0,11 ‰ pour les légionelloses ; et de l'année 1991 : 1,61 ‰ pour les pneumopathies et 0,13 ‰ pour les légionelloses¹.

La pathologie pulmonaire apparaît donc peu fréquente. Les risques potentiels qu'elle fait courir obligent cependant à la mise en place d'un système

d'alerte sanitaire permanente. Aix-les-Bains dispose depuis avril 1990 d'un réseau de surveillance des pneumopathies efficace.

Sur l'imputabilité à la cure

L'absence de série témoin interdit toute réponse directe à la question sur l'imputabilité de telle ou telle pathologie au traitement thermal, voire au séjour dans la station thermale dans ce qu'il peut avoir de spécifique par rapport aux autres modes de villégiature.

Certaines considérations peuvent néanmoins être faites à partir de la comparaison entre les pathologies rencontrées dans les populations de curistes des thermes ORL et rhumatologiques tout en sachant qu'elles diffèrent dans leur composition démographique^{2,3}, dans leur indication thermale⁴, et dans le traitement thermal reçu, et à supposer que les spécialistes des deux disciplines examinent leurs curistes de la même façon.

Il y a des arguments pour penser qu'un tiers des manifestations des voies respiratoires observées à l'établissement ORL proviennent du traitement thermal alors que les réactions douloureuses, les manifestations neuro-dystoniques, les troubles cardiovasculaires et les ennuis veineux seraient presque l'apanage du thermalisme rhumatologique.

CONCLUSIONS

Le recensement du tout-venant des pathologies de rencontre observées chez les curistes d'un établissement thermal rhumatologique et d'un établissement thermal ORL de la même station n'a pas révélé de gîte pathologique insoupçonné.

Il apporte des informations utiles à la préparation de projets ultérieurs visant à évaluer l'imputabilité au traitement thermal de certains des ennuis observés, notamment pour apprécier l'incidence réelle en

¹ Ces données proviennent des rapports à la DDASS de Savoie de M.R. Mallaret et X. Courtois pour les années 1990 et 1991 (« Surveillance des pneumopathies chez les curistes d'Aix-les-Bains ») et de B. Graber-Duvernay pour 1992.

² Aux thermes ORL, 13,5 % des curistes ont moins de 20 ans, la médiane des âges est de 60 ans, sex-ratio H/F 0,85.

³ Aux Thermes nationaux, 2,5 % des curistes ont moins de 40 ans, médiane 65,9 ans, sex-ratio H/F 0,47.

⁴ En 1992, 2 500 curistes seulement avaient le « double handicap » d'un rhumatisme et d'une affection ORL, les autres relevaient d'une seule indication, soit ORL, soit rhumatologique.

milieu thermal des mycoses, et pour faire la part de ce qui revient au traitement thermal dans les réactions irritatives des voies respiratoires, les troubles neuro-dystoniques, les réactivations douloureuses, et les manifestations cardio-vasculaires et veineuses.

La population assez différente des curistes des deux thermes, ORL et rhumatologiques, a permis une première approche comparative, insuffisante toutefois pour dispenser de constituer des séries de témoins non thermaux.

La méthode utilisée dans ce travail a reposé sur l'hypothèse qu'il était possible de mobiliser les médecins thermaux en pleine période d'activité saisonnière pour participer à une enquête épidémiologique rigoureuse à condition que les contraintes de l'étude soient

réduites au minimum. Cela amenait à renoncer à recueillir des informations démographiques qu'il aurait été intéressant de croiser avec les données de la pathologie, à admettre une certaine hétérogénéité dans le recueil des données et de renoncer à couvrir la période de l'immédiate post-cure. En revanche, le protocole a apporté la plus grande attention aux perdus de vue qui constituent le principal écueil de ce type d'enquête.

Remerciements

Aux 39 médecins de la Société Médicale d'Aix-les-Bains qui ont participé à cette étude et au D. J. Bertrand qui a traduit le résumé anglais.

RÉFÉRENCES

1. Bornstein N., Marmet D., Surgot M., Nowicki M., Arslan A., Esteve J., Fleurette. — Risque de légionelloses chez les curistes fréquentant un établissement thermal. *La lettre de l'infectiologue*, 1988, 12, 435.
2. Carrere B., Jarnage J.P., Castets J.F., Dabadie J.P., Larsen P., Mesplede B. — Enquête sur les mycoses inter-digito-plantaires en milieu thermal — *L'Eurobiologiste*, 1993, 27 (206), 265-269.
3. Flambée de folliculite à pseudomonas associée à des bains bouillonnants en Colombie britannique — *Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire*, 1990, 20, 4-7.
4. Verdeil X., Boussin G., Boy J., Pous J. — Recherche épidémiologique en milieu thermal. Trois années d'étude à la station de Luchon. *Santé publique* 1992, 4, (6), 83-86.



La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ?

Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier

H. DABADIE, K.M. DANG-TRAN, R.P. LACOMERE, J. PACCALIN
(Bordeaux)

RÉSUMÉ

Chez le sujet obèse, le régime hypocalorique est habituellement associé à un apport hydrique. Si le vieux concept d'obésité par rétention d'eau n'est plus de mise, peu d'études montrent clairement le bénéfice d'une cure hydrique en terme de réduction pondérale. Douze sujets obèses hospitalisés dix jours ont été soumis dans une étude en simple aveugle à boire pendant cinq jours de l'eau de Volvic sans dépasser 800 ml/jour, puis pendant les cinq jours suivants à boire 1800 ml/jour d'eau de Volvic selon des horaires précis. Les critères d'évaluation étaient cliniques (poids, diurèse) et biologiques sanguins et urinaires (électrolytes, urée, acide urique, aldostérone). Les résultats montrent que la cure hydrique s'accompagne d'une perte pondérale, d'une augmentation de la diurèse, de la natriurie et de l'uricosurie ; un hyperaldostérone secondaire sans retentissement clinique ou biologique est également mis en évidence.

Mots-clés : Eau de Volvic – Obésité – Cure hydrique – Cure d'amaigrissement – Milieu hospitalier.

Une étude antérieure (Dabadie et al., 1989) réalisée en milieu hospitalier sur une population de dix sujets a permis de montrer que l'eau de Volvic à la quantité de 1 l/jour était plus efficace qu'une eau d'adduction pour favoriser la diurèse et les éliminations de sodium, urée et acide urique, les apports caloriques et sodés étant par ailleurs contrôlés.

Chez le sujet obèse, un apport hydrique associé au régime hypocalorique est assez souvent, semble-t-il, recommandé pour favoriser la perte pondérale.

Service de Médecine Interne et Thérapeutique, Hôpital Saint-André, 1, rue Jean-Burquet, 33075 BORDEAUX CEDEX.

Tirés à part : Docteur H. Dabadie, adresse ci-dessus.

Reçu le 26 janvier 1994. Accepté après modifications le 12 octobre 1994.

SUMMARY

Is water treatment of interest for obese patients ? A study of Volvic mineral water as prescribed in a hospital slimming diet. – For obese patients, a hypocaloric diet is usually associated with water intake. Although the old-fashioned concept of obesity caused by water retention is no longer relevant, very few studies clearly demonstrate the benefit of water treatment for weight loss purposes. Twelve obese patients on a 10-days hospitalization period were subjected to a simple blind study, during which the first were asked to drink Volvic water for 5 days without exceeding 800 ml/day, and then 1800 ml/day according to a strict timetable. Evaluation criteria were clinical (weight, diuresis) and biological - blood and urinary - (electrolytes, urea, uric acid, aldosterone). Results showed that the water treatment results in weight loss, increased diuresis, natriuria, uricosuria. A secondary hyperaldosteronism with no clinical or biological effects is also detected.

Key words : Volvic water – Obesity – Thermal water treatment – Slimming diet – Hospitalization.

Cependant, peu d'études ont été pratiquées en milieu hospitalier où le suivi permet le contrôle strict des apports en eau et des éliminations. Le vieux concept « d'obésité par rétention d'eau et de sel » qui faisait au contraire prescrire une restriction hydrique, est définitivement abandonné.

L'objectif principal de ce travail est de rechercher si la cure hydrique, c'est-à-dire un apport liquidien journalier systématique et abondant, est réellement bénéfique en terme de réduction pondérale chez les sujets obèses hospitalisés pour cure d'amaigrissement. Il s'agit d'une étude en simple aveugle évaluant essentiellement la perte de poids et la diurèse provoquées par l'ingestion de 1 800 ml d'eau de Volvic administrée selon des horaires précis, comparativement à l'ingestion de la même eau minérale suivant une quantité inférieure ou égale à 800 ml.

PATIENTS ET MÉTHODES

Patients

Douze sujets obèses (10 femmes et 2 hommes ; âge moyen = 45,1 ans) ayant un indice de Quetelet en moyenne de 37,6 (extrêmes = 54,5 et 27,5) hospitalisés au minimum dix jours dans notre service pour cure d'amaigrissement entraient dans l'étude après avoir donné leur consentement éclairé.

Aucun d'entre eux ne présentait une pathologie cardiaque, rénale, hépatique ou métabolique pouvant s'accompagner d'une rétention hydrique clinique ou infraclinique. Aucun sujet ne prenait de traitement diurétique.

Méthodes

L'étude a duré dix jours et comportait deux périodes A et B successives de cinq jours chacune.

La période A (J1 à J5) correspondait à une prise d'eau de Volvic suivant le rythme et la quantité habituels du sujet, celle-ci devant être inférieure à 800 ml/jour.

La période B (J6 à J10) correspondait à une ingestion d'eau de Volvic à la quantité fixe de 1 800 ml/jour selon des horaires précis : réveil = 300 ml, petit déjeuner = 200 ml, dix-heures = 300 ml, déjeuner = 300 ml, seize-heures = 300 ml, dîner = 300 ml et coucher = 100 ml.

Pendant toute la durée de l'étude (de J1 à J10), le malade était soumis à un régime hypocalorique adapté à partir de son enquête alimentaire. La réduction calorique correspondait globalement à 1/4-1/3 du régime habituel et portait surtout sur les glucides (48 % de la ration calorique totale, RCT) et les lipides (35 % RCT). Afin de contrôler la prise exacte de sel, les régimes étaient désodés stricts avec un apport externe de six grammes de chlorure de sodium. Il n'y a eu aucune supplémentation en sels minéraux, vitamines ou oligo-éléments, ni aucun traitement médicamenteux adjuvant.

Les critères d'évaluation avaient lieu à J0, J5, et J10 et portaient sur :

- l'état clinique avec le poids, la diurèse des 24 heures et la tension artérielle,
- l'état biologique avec les mesures plasmatiques des électrolytes, urée, créatinine, acide urique, protides, aldostérone couché/debout et les mesures urinaires de la densité, des électrolytes, de l'urée, acide urique, tétrahydroaldostérone.

RÉSULTATS

Concernant : la perte pondérale

L'étude montre que les périodes A et B se sont accompagnées d'une perte pondérale pour tous les sujets (fig. 1 et 2), la perte moyenne était de 1,95 p. cent du poids initial moyen pour la période A et de 1,59 p. cent pour la période B (fig. 3). La perte pondérale était significativement plus importante à la fin de la période A qu'à la fin de la période B ($p < 0,05$).

La diurèse

Pour 83 % des sujets la période B a entraîné une augmentation très importante de celle-ci (fig. 4) et les moyennes des diurèses recueillies le dernier jour des périodes A et B étaient respectivement de 1 500 et 2 600 ml/jour (fig. 5). La diurèse était significativement plus importante à la fin de la période B qu'à la fin de la période A ($p < 0,001$).

Les électrolytes

Plasmatiques

La natrémie restait inchangée pendant les périodes A et B (140 mmol/l en moyenne) (fig. 6), alors que la kaliémie était plus élevée mais de manière non significative à la fin de la période B (4,70 vs 4,50 mmol/l en moyenne) (fig. 7).

Urinaires

La natriurie était plus élevée à la fin de la période B qu'à la période A (75 vs 65 mmol/jour en moyenne) (fig. 8), alors que la kaliurie était plus basse à la fin de la période B (68 vs 75 mmol/jour en moyenne) (fig. 9), mais aucune de ces valeurs n'atteignaient le seuil de la signification statistique.

L'urée

L'azotémie était légèrement plus basse en fin de période B (5 vs 5,90 mmol/l en moyenne) (fig. 10), alors que l'urée urinaire était identique pendant les périodes A et B (370 mmol/jour en moyenne) (fig. 11).

L'acide urique

L'uricémie était supérieure en fin de période B, mais de manière non significative (382 vs 350 mmol/l)

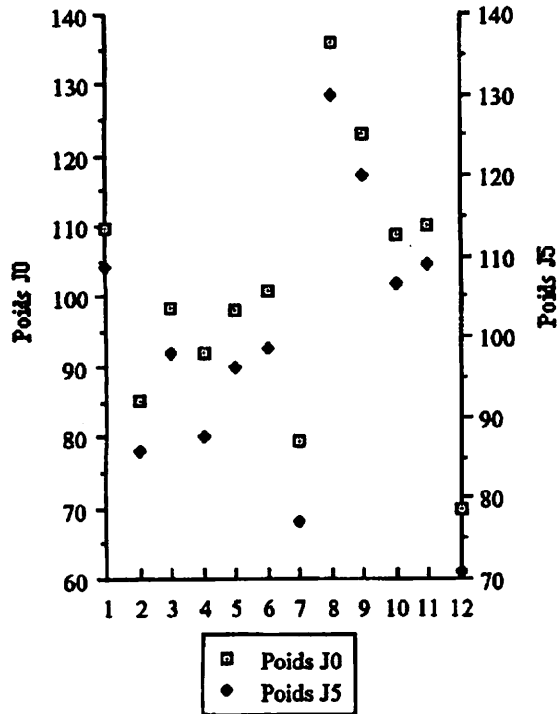


Fig. 1. - Variations du poids pendant la période A.

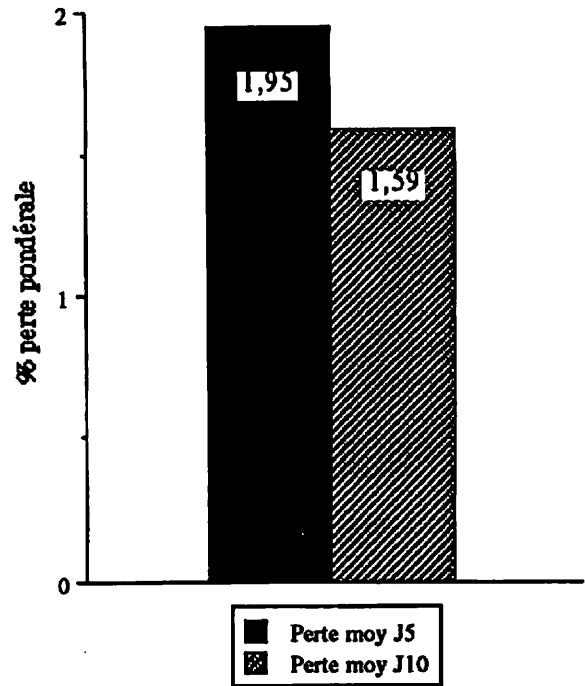


Fig. 3. - Pourcentage de la perte pondérale moyenne pendant les périodes A et B.

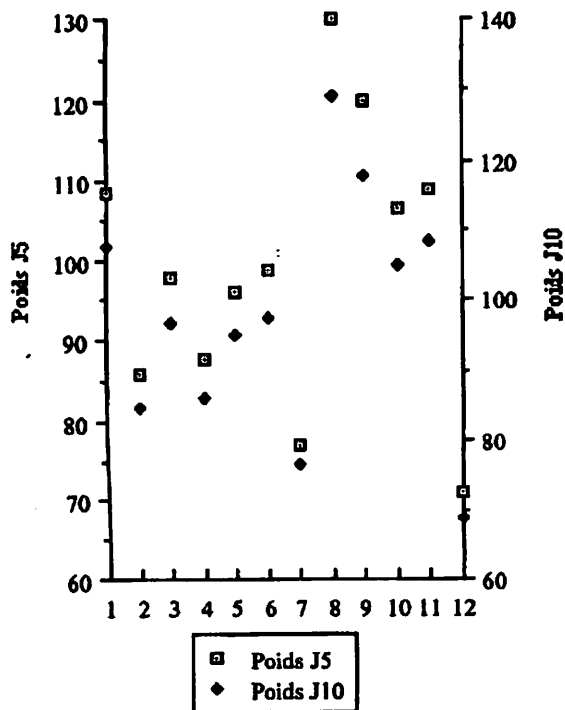


Fig. 2. - Variations du poids pendant la période B.

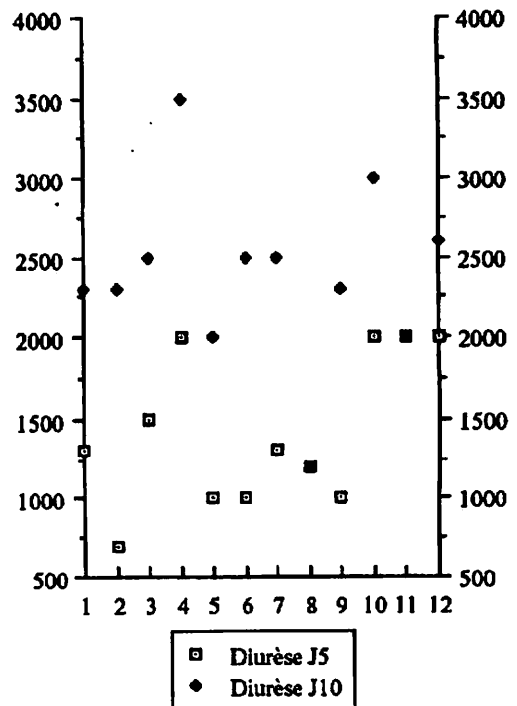


Fig. 4. - Comparaison de la diurèse à la fin des périodes A et B.

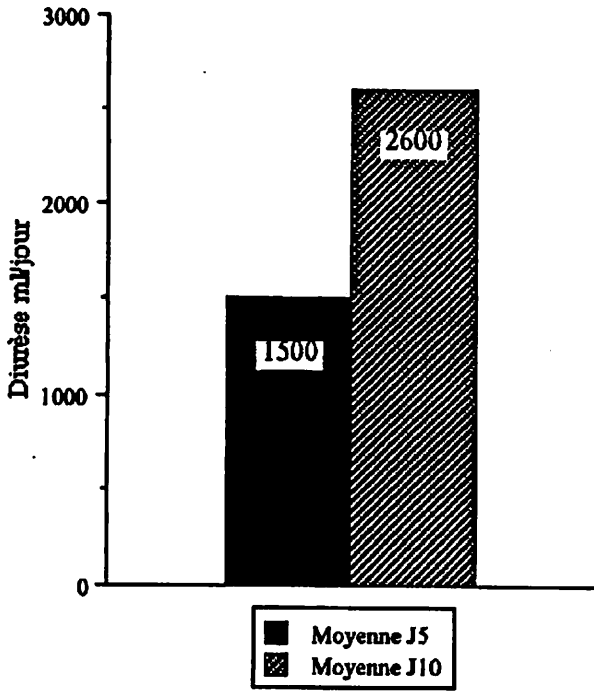


Fig. 5. - Moyenne des diurèses à la fin des périodes A et B.

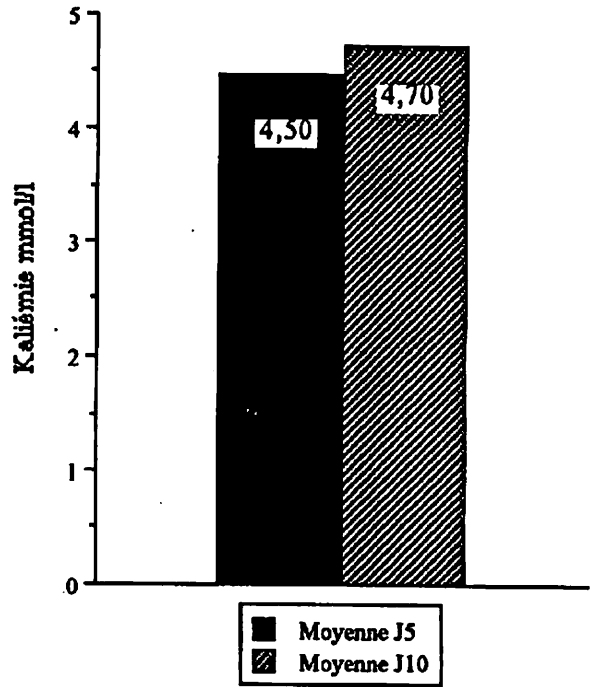


Fig. 7. - Moyenne des kaliémies à la fin des périodes A et B.

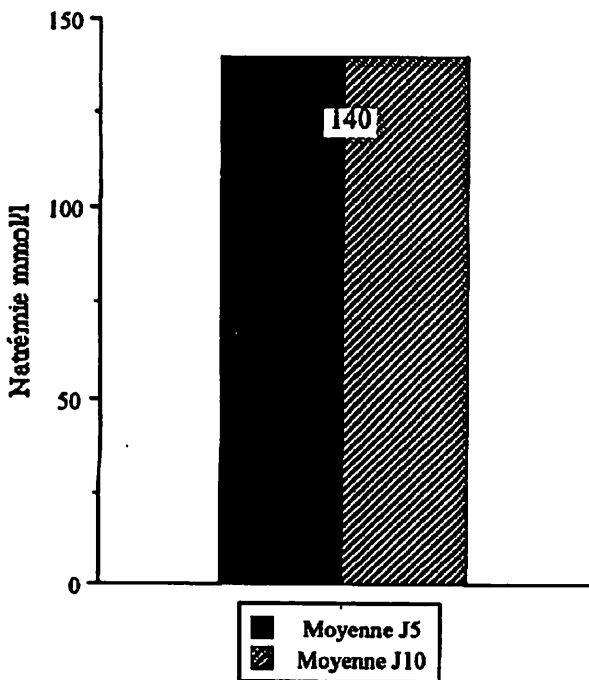


Fig. 6. - Moyenne des natrémies à la fin des périodes A et B.

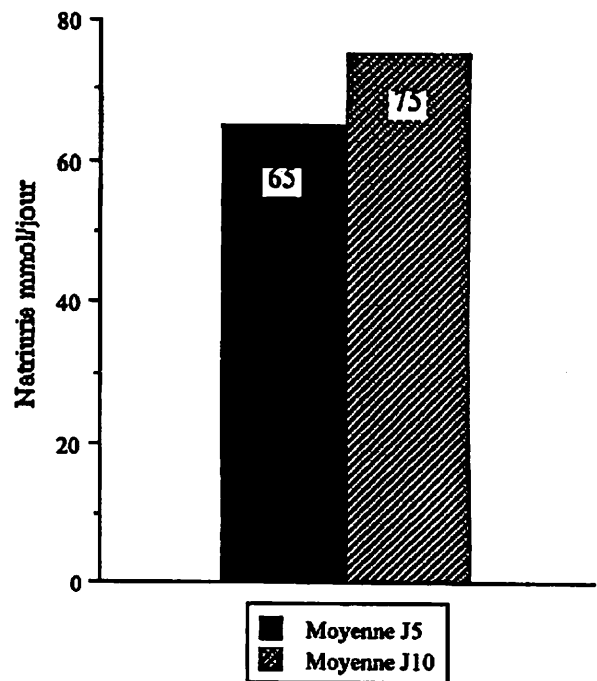


Fig. 8. - Moyenne des natriuries à la fin des périodes A et B.

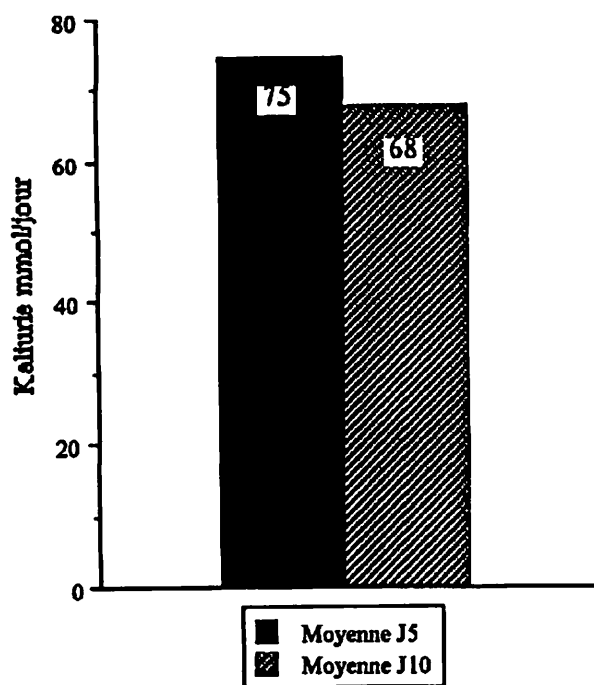


Fig. 9. - Moyenne des kaliuries à la fin des périodes A et B.

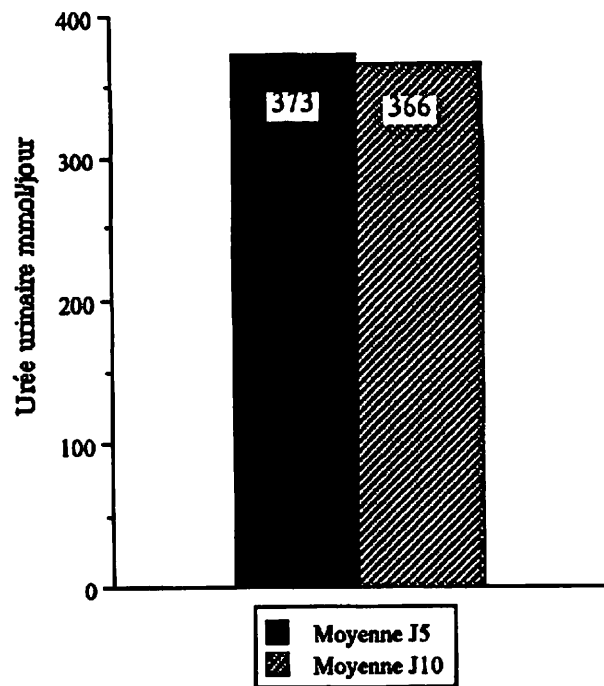


Fig. 11. - Moyenne des azoturies à la fin des périodes A et B.

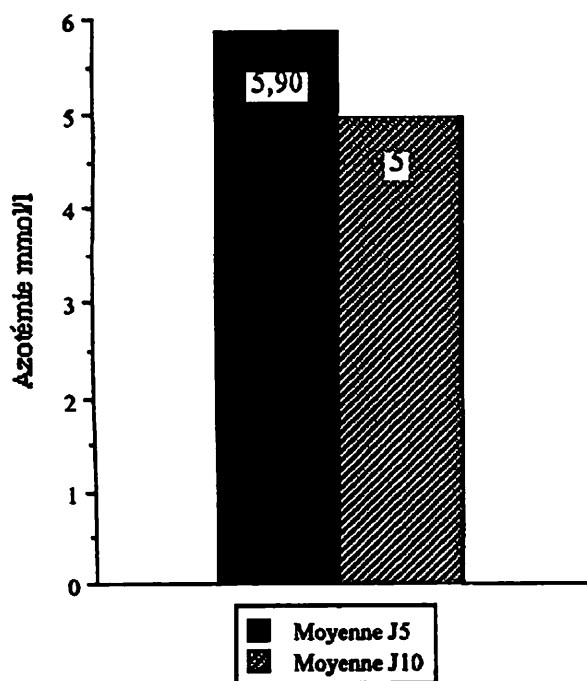


Fig. 10. - Moyenne des azotémies à la fin des périodes A et B.

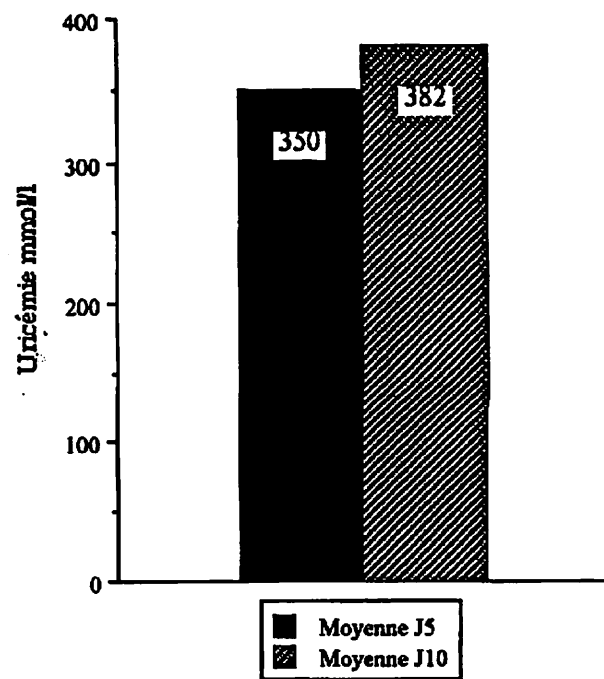


Fig. 12. - Moyenne des uricémies à la fin des périodes A et B.

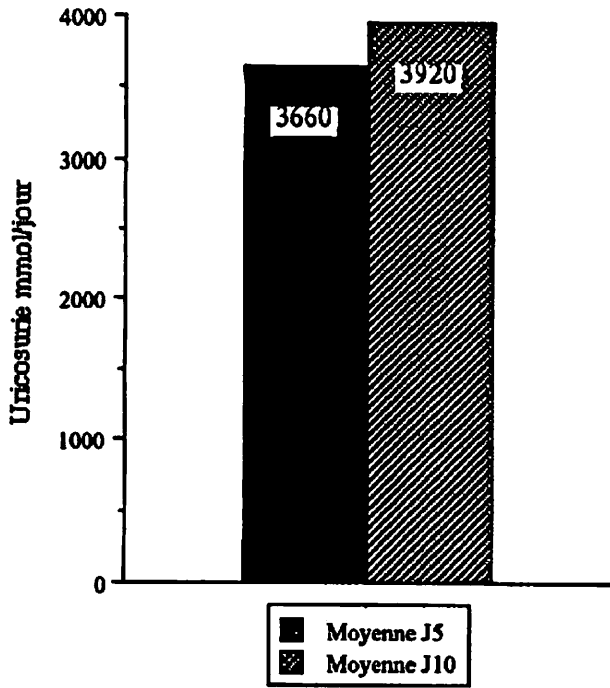


Fig. 13. - Moyenne des uricosuries à la fin des périodes A et B.

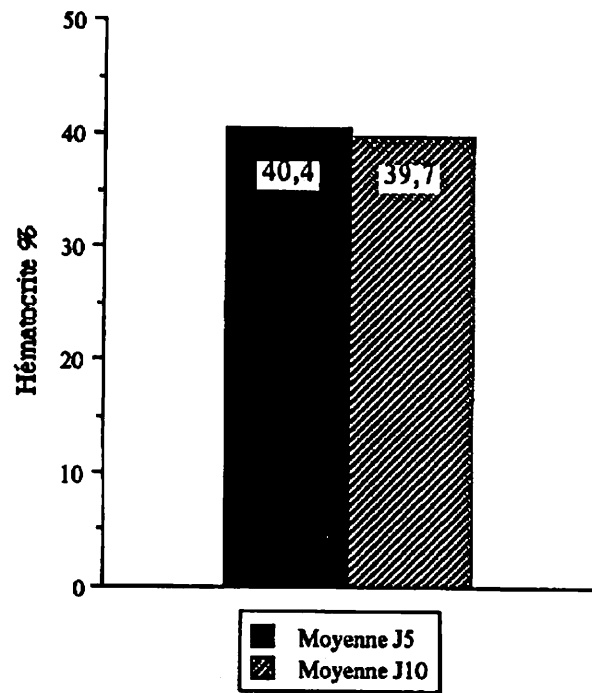


Fig. 15. - Moyenne des hématocrites à la fin des périodes A et B.

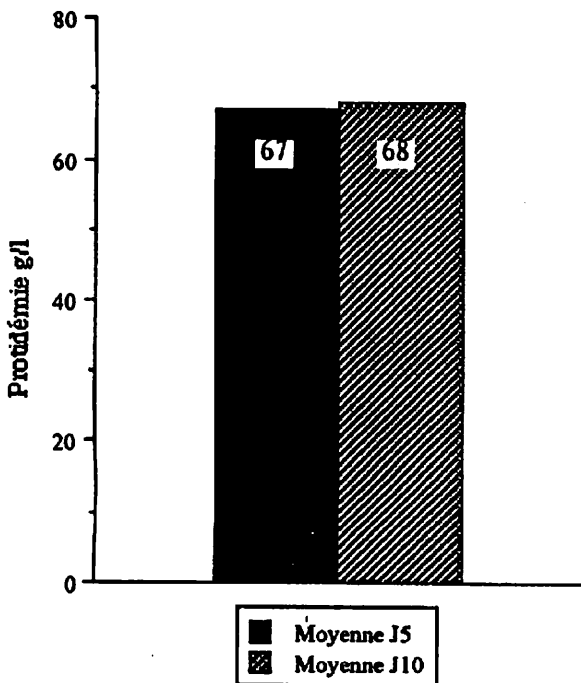


Fig. 14. - Moyenne des protidémies à la fin des périodes A et B.

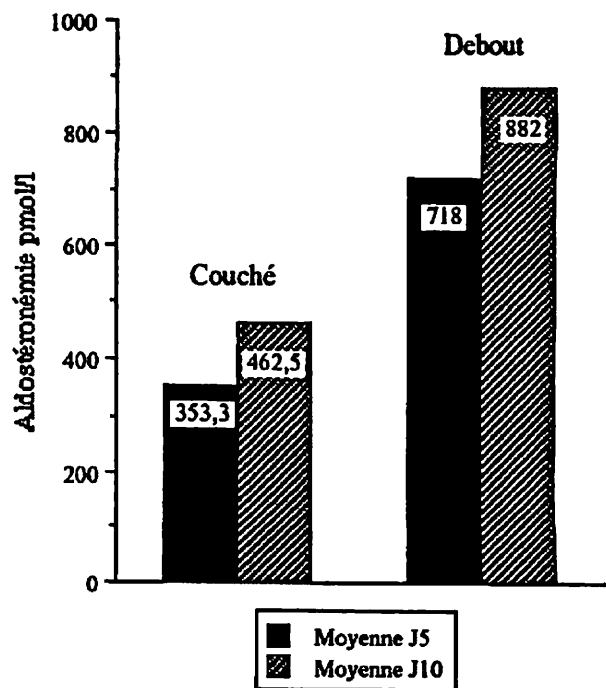


Fig. 16. - Moyenne de l'aldostérone plasmatique à la fin des périodes A et B.

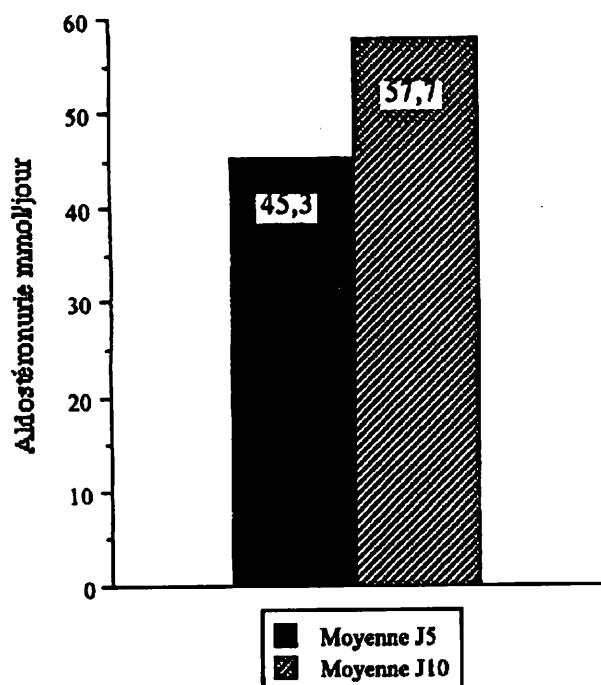


Fig. 17. - Moyenne de l'aldostérone urinaire à la fin des périodes A et B.

(fig. 12) ; parallèlement, l'élimination urinaire d'acide urique était plus élevée dans la même période (3 920 vs 3 660 mmol/jour) (fig. 13) mais non significativement.

La protidémie et l'hématocrite

Ils ne subissaient aucune variation à la fin de la période B (68 g/l et 39,7 %, respectivement) comparativement à la fin de la période A (67 g/l et 40,4 %, respectivement) (fig. 14 et 15).

La densité urinaire

Elle ne variait pas significativement entre la fin des périodes A et B (1 019 et 1 012, respectivement).

L'aldostérone

Dans le plasma

L'hormone était plus élevée, mais de manière non significative, à la fin de la période B comparativement à la fin de la période A, à la fois en position couchée (462,5 vs 353,3 pmol/l) et debout (882 vs 718 pmol/l) (fig. 16).

Dans les urines

L'aldostérone était plus élevée à la fin de la période B qu'à la fin de la période A (57,7 vs 45,3 mmol/jour) (fig. 17).

DISCUSSION

L'étude que nous avons réalisée chez des sujets obèses hospitalisés montre qu'une cure hydrique provoquée par l'ingestion de 1 800 ml d'eau de Volvic, s'accompagne indiscutablement d'une perte pondérale et bien sûr d'une augmentation de la diurèse. L'objectif principal semble ainsi bien atteint et prouve que l'eau ingérée en abondance n'est pas un frein à l'efficacité d'un régime hypocalorique. La perte pondérale est continue sur les dix jours de l'étude, même si elle est plus importante pendant les cinq premiers jours ; une rapide perte pondérale au début d'un régime hypocalorique bien conduit est en effet une notion habituelle.

On peut écarter la possibilité d'une rétention d'eau par les tissus, dans la mesure où l'apport en eau supplémentaire dans la deuxième période s'accompagne d'une augmentation de la diurèse dans les mêmes proportions. L'absence de modifications de l'hématocrite et de la protidémie semble également prouver l'absence d'hémodilution plasmatique liée à la cure hydrique.

Aucune des variations des électrolytes plasmatiques ou urinaires n'a atteint le seuil de la signification statistique, cependant, quelques tendances semblent apparaître dans l'étude des moyennes. Si les moyennes des natrémies et des kaliémies ne sont pas modifiées par la cure hydrique, l'élimination urinaire du sodium est un des paramètres qui a le plus varié dans le sens d'une augmentation. Ce résultat est à rapprocher de celui obtenu lors de l'étude antérieure [1] confirmant l'effet natriurétique de l'eau de Volvic, eau minérale naturelle oligométallique.

La réduction de l'azotémie à la fin de la deuxième période sans modification de l'azoturie, pourrait être la conséquence du régime hypocalorique contenant 17 p. cent de calories d'origine protidique contre, en moyenne, 20 p. cent avant diétothérapie. Il existerait ainsi une diminution relative de l'apport protidique qui ne retentirait sur l'azotémie qu'à partir du cinquième jour. Le fait que l'azoturie est identique dans les deux périodes s'explique probablement parce qu'on a déjà avec les 800 ml d'eau de Volvic de la première période une augmentation de l'élimination uréique, telle que nous l'avions précédemment constatée avec l'absorption d'un litre [1].

L'augmentation de l'uricémie dans la deuxième période peut être également le reflet de l'efficacité du régime hypocalorique qui a pour conséquence directe une augmentation du catabolisme protidique. Ici encore, on assiste à un véritable « effet Volvic » dans la mesure où l'augmentation de l'uricémie s'accompagne d'une augmentation de l'élimination urinaire de l'acide urique. Cette propriété uricosurique est en particulier intéressante dans la prévention des crises de goutte souvent induites par des régimes hypocaloriques mal conduits.

Enfin, les dosages de l'aldostérone montrent clairement l'apparition d'un hyperaldostéronisme secondaire à la fin de la deuxième période ; il existe en effet au dixième jour, une élévation de l'aldostérone plas-

matique en position couché et debout et une augmentation de l'aldostérone urinaire. Cet hyperaldostéronisme n'est pas la conséquence d'une hypovolémie, mais pourrait être induit par l'apport limité à six grammes de sel par jour, compte tenu d'un apport moyen de dix grammes de sel avant diétothérapie. L'hyperaldostéronisme ainsi provoqué n'entraîne ni modification tensionnelle, ni modifications électrolytiques. L'hyperaldostéronisme semble classique après cure de diurèse puisqu'il a déjà été rapporté avec des cures de consommation d'autres eaux minérales [2, 3].

Remerciements

Nous remercions le Professeur C. Pedoya qui a permis la réalisation de ce travail.

RÉFÉRENCES

1. Dabadie H., Dartigues J.F., Bernard M., Paccalin J. – Étude d'une eau minérale naturelle oligométallique (eau de Volvic) sur l'élimination urinaire en milieu hospitalier. Essai comparatif en double aveugle contre une eau d'adduction. *Press. Therm. Climat.*, 1989, 126, 17-21.
2. Delabroise A.M. et al. – Cure de diurèse ; effets comparés de l'eau de Vittel Grande Source et d'une eau peu minéralisée sur 27 variables urinaires et sanguines, chez 23 sujets sains. *Med. et Nutrit.*, 1990, 26, 15-29.
3. Maistre G. et al. – Bilans métaboliques chez des sujets sains de 55 à 62 ans soumis à une cure de diurèse, les uns à Vittel Grande Source, les autres avec une eau témoin hypominéralisée. *Press. Therm. Climat.*, 1988, 126, 205-211.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

Assemblée générale du 19 janvier 1994

Compte rendu

G. GIRAULT
(Paris)

C'était l'Assemblée Générale. Elle a eu lieu à France Magazine et a été ouverte à 14 h 30 par A. Alland qui comme tous ses prédécesseurs déplore le petit nombre de jeunes confrères qui fréquentent nos réunions.

Puis l'Assemblée procède aux élections.

Sont élus comme *Membres adhérents* :

Les Docteurs J.M. Auge, de Saint-Gervais : Parrains Docteurs P.L. Delaire et G. Girault ; Jocelyne Guilhot, de Montrond-les-Bains : Parrains Docteurs R. Capoduro et G. Girault ; Geneviève Combes, de Rennes-les-Bains : Parrains Docteurs A. et Cl. Authier ; J. Régis Goubert, des Fumades : Parrains R. Capoduro et G. Girault ; J.J. Dubost, de Royat : Parrains Docteurs J. Cheynel et J. Berthier.

Sont élus Membres titulaires :

Les Docteurs : Baguet, Ballini-Cammal, Barland-Laporte, Bouffard, Boutarel, Brillat, Corne, Daum, Duverdier, Fournier-Trémé, Jeambrun, Strebler.

Sont élus Membres honoraires :

Les Docteurs Aubiet-Cuvelier, Avril, L. Vidart.

A tous nous adressons nos amicales et confraternelles félicitations.

Le Trésorier, F. Larrieu présente le rapport financier.

Le Secrétaire Général, G. Girault le rapport moral.

Ces deux rapports sont adoptés à l'unanimité.

L'on entend ensuite les communications suivantes :

– *F. Larminaux* (Contrexéville) : Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêt dans l'éducation nutritionnelle ;

– *J. Thomas et E. Tomb* (Vittel) : La migraine et les larmes ;

– *Ch. Fouard* (Divonne) : Le thermalisme dans le champ de la psychosomatique ;

– *H. Ronot* (Paris) : Projet de musée pour une station thermale : Bourbonne-les-Bains.

S'étaient excusés :

Les Professeurs F. Besançon et Boulangé, les Docteurs Hours, Viala, F. Pain, V. Larauza, A. Debidour, H.R. Razzouk.

Étaient présents :

– Le Professeur Desgrez.

– *Les Docteurs* : R. Capoduro, R. Chambon, A. Jennet, P. Guichard des Ages, J.B. Chareyras, J.J. Dubost, F. Larminaux, J. Foglierini, J.M. Darrouzet, Ch. Fouard, Cl. Robin de Morhéry, C. Ambrosi, G. Fouché, J. Thomas, J.Cl. Dubois, M.J. Couteaud, R. et J. Louis, C. Juvanon.

– *Les Membres du Bureau* :

A. Alland, Président.

Cl. Loisy et J. Berthier, Vice-Présidents.

G. Girault, Secrétaire Général.

P.L. Delaire et A. Authier, Secrétaire(s) Général(aux) Adjoint(s).

F. Larrieu, Trésorier.

Ch. Althoffer et P. Savi, Trésoriers Adjoint(s).

P. Brillat et P. Jeambrun, Secrétaire(s) de Séance.

J. Follereau et P. Guichard des Ages, Archivistes.

Rapport moral pour l'année 1993

G. GIRAULT

(Paris)

L'année 1993 qui vient de s'écouler a marqué pour nous un grand changement.

En effet, nous avons pu, jusqu'à la saison thermale, nous réunir rue de l'Estrapade dans une atmosphère toute cordiale, marquée par une amitié déjà vieille de plusieurs années, presque de décennies ; amitié, confiance, chaleur du travail en commun, sans aucun but de promotion personnelle ou arrière-pensée d'intérêt particulier. Mais dès la fin de l'été des événements qu'il ne nous appartient pas de juger ou de commenter, ont interrompu cette douce habitude que nous devons comme je le rappelais chaque année, à l'amitié, à la générosité et à l'aide du Docteur Guy Ebrard.

On n'apprécie à leur juste valeur que les choses qui finissent et disparaissent ; par contre le souvenir de ce travail en équipe restera vivace jusqu'à la fin de nos jours.

Bien sûr, grâce à d'autres amitiés, moins anciennes mais aussi spontanées d'amicale confraternité, nous avons trouvé ce local, j'allais dire cet asile, pour nos travaux bien différents de ceux qui s'y déroulent habituellement mais qui sont imprégnés par le souci commun de défendre notre profession médicale dans ses multiples facettes et toujours avec le même dévouement désintéressé.

La confraternité, l'aide mutuelle, sont une vieille tradition de la Médecine ; sachons les garder toujours présentes et toujours bien vivantes... surtout à l'heure des difficultés.

Pour en revenir à cette année 1993, je vais vous rappeler ce qui s'est passé.

Au mois de janvier, notre Séance Nationale a été jumelée avec les Journées Nationales Thermales organisées par la Fédération Thermale et Climatique Française, les 11 et 12 janvier à la Porte Maillot.

*
**

Le Professeur Claude Laroche qui assurait la Présidence a souligné le caractère chronique et invalidant des maladies rhumatismales et des séquelles de traumatismes. Or l'augmentation du nombre des accidents notamment de la circulation et l'augmentation du nombre des personnes âgées favorisent à leur tour le nombre des invalides. Le thermalisme par son action curative et anti-algique permet de traiter à la

fois le soma et le psyché par les méthodes employées (notamment la rééducation fonctionnelle) et son environnement.

*
**

Le Docteur Nicolai Khaltav (OMS Genève) précise que les maladies rhumatismales augmentent de façon dramatique dans les pays en voie de développement et constituent le problème le plus important de santé publique dans ces pays et notamment la fièvre rhumatique et le RAA. En coopération à l'échelle internationale une étude a démontré la possibilité de réaliser des programmes communs de prévention dans des pays en voie de développement en Afrique, en Amérique, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique Ouest ; ce qui sera fait en trois phases :

– mise en place d'un programme pilote dans chaque pays ;

– programme à moyen terme conçu en vue de mesures de contrôle communes d'une durée de 2 à 5 ans ;

– extension du programme de chaque pays vers un effort à l'échelle nationale, y compris au niveau du plan national de santé.

Au cours de la phase un, une fréquence de 2,2 ‰ de cas de FR et RAA a été décelée, les cas récents enregistrés, mais la prophylaxie secondaire a été irrégulière. 24 398 représentants et enseignants de la santé ont été formés, des activités en matière de santé ont été organisées.

Les premiers résultats ont été surprenants et encourageants. Dans les pays étudiés, l'étude a montré la rareté des ressources en matière de soins médicaux et la mauvaise formation du personnel médical et paramédical.

Il n'existe pratiquement pas de réglementation du médicament mis en vente libre tant sur les marchés qu'en officine, qu'il s'agisse de médicament moderne ou de médecine traditionnelle.

La recherche des facteurs de risque doit être entreprise et développée et incorporée au programme Interhealth de l'OMS.

*
**

Le Professeur Charles Joël Menkès a ensuite traité « La rééducation fonctionnelle en rhumatologie ».

En présence d'un rachis douloureux, d'une articulation enraidie ou enflammée, il faut pratiquer une rééducation.

En cure thermale ce traitement a été appliqué dès l'antiquité, mais controversé dans les pays anglo-saxons et surtout dans la polyarthrite rhumatoïde. Une étude récente a montré l'efficacité du traitement thermal sur tous les critères habituels après application de boues associées ou non à des bains mais pas d'amélioration après bains d'eau du robinet. Cette amélioration est transitoire (3 mois). Pas d'effet secondaire ou peu, la vitesse de sédimentation n'a pas bougé ; le traitement médical de fond a été conservé.

L'amélioration articulaire paraît pouvoir dépendre de l'environnement, du repos physique, de la disparition de l'angoisse et de l'anxiété ; les lésions radiologiques même seraient corrélées avec l'état psychologique du malade.

*
**

Le Docteur J. Françon étant absent c'est le Docteur R. Capoduro qui a présenté le travail « Ce que le thermalisme apporte à la rééducation fonctionnelle ».

Quelle est donc la place de la rééducation fonctionnelle dans le thermalisme. Cette rééducation est représentée par la kinébalnéothérapie en piscine d'eau thermale ; utilisée d'abord à Nérès et Lamalou elle a ensuite été pratiquée à Aix-les-Bains et Dax, mais actuellement, toutes les stations ou presque utilisent cette technique. Néanmoins, il ne faut pas appeler kinébalnéothérapie le fait de mettre dans une piscine plus ou moins vaste des patients nombreux (jusqu'à 20 !) atteints de localisations douloureuses les plus diverses.

De plus le bassin doit être alimenté en eau thermale pouvant être désinfectée ; dans le cas contraire la piscine doit être alimentée avec l'eau du robinet et le patient doit alors aussitôt après avoir un bain ou une douche d'eau thermale.

La rééducation fonctionnelle devrait être pratiquée 2 à 3 fois par semaine pour permettre au malade de bénéficier des autres pratiques thermales.

La crénothérapie se distingue de la rééducation fonctionnelle par l'eau thermale utilisée, sa composition chimique et sa spécificité. Les travaux de J.J. Dubarry et de Tamarelle ont mis en évidence la pénétration de certains constitutants de l'eau.

Mais il faut aussi noter la diversité des pratiques thermales dont l'action est différente, certaines sédatives d'autres stimulantes. Enfin l'environnement favorise le repos, la relaxation, le bien-être psychique et moral, sans oublier l'éducation sanitaire qui répond à l'anxiété des malades désireux de mettre tout en œuvre pour obtenir la cédation de leurs douleurs.

Presse thermale et climatique, 1994, 131, n° 4

La crénothérapie présente un avantage sur la rééducation fonctionnelle seule, elle est beaucoup plus sédative, plus antalgique, et facilite cette rééducation chez des patients domiciliés loin de tout centre de traitement. En résumé, on enverra en priorité en cure thermale, les raideurs articulaires anciennes, douloureuses et invalidantes, chez des patients ne supportant pas les anti-inflammatoires ou les analgésiques.

*
**

« La Rééducation du lombalgique ». Les Docteurs J.F. Sevez (Aix-les-Bains), A. Authier (Rennes-les-Bains) et J.C. Moulard (Digne-les-Bains) ont réalisé un travail en collaboration. Les lombalgies représentent 60 p. cent des curistes venus pour rhumatologie. Outre les avantages communs à tous les curistes : repos de 3 semaines, éloignement du milieu professionnel et familial, ils bénéficient d'un traitement en eau chaude et sédative, de mouvements contrôlés par un médecin spécialiste qui leur explique les raisons de leurs douleurs et le mécanisme à mettre en œuvre pour la rééducation.

Outre ce traitement ils apprennent des techniques spéciales pour éviter les mouvements nocifs dans les gestes de la vie courante. Ces séances de l'école du dos ont lieu dans ou hors de l'établissement, 2 à 3 fois par semaine.

*
**

Le docteur Rémy Louis a présenté un travail en collaboration avec le Dr Pajault sur la rééducation des rhumatismes inflammatoires ceux-ci étant représentés par des polyarthrites rhumatismales, la spondylarthrite ankylosante et par quelques cas de rhumatisme psoriasique. Le traitement thermal a consisté en bains et vapeurs thermales.

Les rhumatismes inflammatoires seraient traités principalement dans les stations possédant des eaux sédatives oligométalliques ou chlorurées sodiques faibles. Il faut réviser nos positions et admettre que la cure thermale n'est pas nocive pour les rhumatismes inflammatoires à condition que le traitement prescrit soit réduit à des bains et vapeurs en évitant toute manœuvre intempestive.

C'est ainsi que la rééducation sera réduite à minima et réservée aux formes refroidies. Elle ne sera qu'un appoint à la thérapeutique thermale et réduite en quantité, légère et sans mobilisation ou prudente et uniquement au stade précoce de la maladie.

La cure thermale est alors très bien supportée, et les résultats bons et ce d'autant plus que la forme du rhumatisme est moins évolutive.

*
**

Pour la coxarthrose nous avons entendu le Docteur Lacoste (Rochefort-sur-Mer) rapporter son expérience et celles des Drs Cassanas (Balaruc) et Tessier (Dax).

A Balaruc les eaux sont chlorurées sodiques chaudes, calciques et magnésiennes, et utilisées sous forme de bains de 8 minutes et de douches au jet de 6 minutes ou de douches sous l'eau de 6 minutes.

L'application de péloïdes d'origine marine est quotidienne, locale, régionale ou générale, d'une durée de 15 à 20 minutes.

La kinésithérapie comporte des massages sous l'eau de 10 minutes et une rééducation en piscine de 20 à 30 minutes.

A Dax l'eau est chaude (62 degrés) sulfatée calcique et magnésienne.

Le péloïde est obtenu après maturation de 4 à 6 mois du limon adourien en présence d'eau thermale.

Le traitement consiste en bains, applications de boues, piscines de rééducation collectives avec douches de forte pression, la gymnastique collective n'est pas spécifique.

A Rochefort l'eau jaillit de deux petits puits artésiens à une température de 41 degrés. C'est une eau faiblement radioactive, sulfatée mixte, très minéralisée, polymétallique. Le traitement comporte des applications de péloïdes (de 15 à 45 minutes), des massages sous l'eau ou des douches générales. La rééducation se fait en piscine, sur un plan incliné, pendant 15 à 30 minutes pour les coxarthroses, mobilisation individuelle sous la surveillance d'un kinésithérapeute. Ne pas oublier qu'une mobilisation trop poussée peut être cause de crise inflammatoire.

A la suite de ces trois communications une discussion générale s'est amorcée sous la direction du Professeur Pelissier (Nîmes).

Les questions posées concernaient l'efficacité des cures thermales et l'existence ou non de travaux en démontrant l'efficacité.

A cette question le Professeur Menkès répond que ces travaux existent mais que tout le monde n'y croit pas et qu'on ne peut attribuer l'action bénéfique de la cure à tel ou tel élément.

D'autres questions concernaient les oligo-éléments, l'action de nouveaux médicaments rapidement abandonnés ou même les études contrôlées et le Professeur Chevalier a indiqué une méthode pour obtenir deux lots de malades parfaitement comparables sans qu'aucun ne soit privé de sa cure.

Mais c'est avec beaucoup de plaisir que nous avons entendu le Professeur Roques. En effet, il a séparé l'action bénéfique et importante de la *rééducation* en milieu thermal et la possibilité pour les stations thermales de favoriser la *réadaptation* de ces mêmes malades à leur milieu social, professionnel et familial, dès la fin de leur épisode aigu. C'est dans la station thermale que le malade apprendra à compenser les conséquences de son handicap pour en éviter l'aggravation, dans cet environnement favorable à la marche, à la gymnastique, aux entretiens concernant l'éducation sanitaire, la prévention etc.

On pourrait envisager : la matin, la crénothérapie et l'après-midi dans les mêmes lieux, la crénoréadaptation ; pour notre part pour avoir ébauché avec nos curistes une telle technique, nous ne pouvons que nous réjouir si cela se réalise. C'est d'ailleurs ce projet que nous avons défendu à l'OMS.

Pour terminer cette enrichissante journée, un dîner sur une péniche a permis d'admirer Paris somptueusement éclairé ce qui permettait de bien voir les détails architecturaux si nombreux sur ce parcours.

*

**

La deuxième journée était consacrée aux problèmes de l'hôtellerie et Dieu sait s'ils sont nombreux. Sous la présidence de Monsieur The ont été évoqués ceux posés par l'hôtellerie thermale (M. Huguet), cette hôtellerie qui a fait rêver du temps où la crise n'existait pas mais qui donne beaucoup de soucis à ceux qui actuellement veulent gérer efficacement en conservant le charme et les avantages offerts autrefois aux curistes mais dans le cadre d'un deux étoiles au lieu des palaces d'antan.

D'ailleurs, les goûts de la clientèle ont changé, devait dire J.F. Béraud et aux hôtels indépendants on essaye de substituer des chaînes hôtelières et notamment la chaîne Thermotel que M. Julien devait nous décrire.

Dans la discussion qui a suivi ces exposés, ont pris la parole les docteurs R. Flurin, J.M. Darouzet, M. Fourot-Bauzon, J.Cl. Dubois pour évoquer l'accès aux ascenseurs et aux divers salons pour les handicapés, les problèmes de régime et de diététique, l'allergie aux acariens et autres animaux domestiques, les effets nocifs du bruit.

*

**

L'après-midi de ce même jour, Jacques Chancel présidait la séance consacrée au patrimoine thermal qui est parmi les plus importants des villes thermales européennes.

Le Docteur A. Authier qui a organisé l'exposition « Thermalisme et livres anciens » souligne la disparition des hôtels prestigieux mais aussi des hommes illustres de toutes nationalités : écrivains, musiciens, célébrités politiques. L'attrait actuel pour l'archéologie favorise par contre les fouilles et la parution de livres sur la vie d'autrefois.

M. Jarasse s'intéresse aux thermes antiques mais surtout romantiques et à la vie que l'on y menait et qui en faisait des lieux de rencontre privilégiés. Ses souvenirs remontent à Plombières visitée lorsqu'il était enfant et dont l'atmosphère romantique ou Belle Epoque l'avait séduit.

Mais la notion de Patrimoine évolue avec le temps et Jacques Chancel demande à C. Jamot comment il voit la station thermale de demain. Il la voit comme un ensemble, un tout ; le site n'a pas été choisi, et ne peut bouger car il est conditionné par la présence des

sources thermales et du griffon, sites protégés par la loi et que l'on ne peut déplacer ce qui est une chance pour les stations thermales, implantées dans un cadre de montagne ou moyenne montagne, dans un site remarquable vanté de tout temps par la littérature et les peintres. Mais à ce site ont été ajoutés parfois des parcs thermaux au centre même de la ville (exemple à Vichy) et à l'avenir il faut implanter hôtels ou commerces en fonction de ces parcs thermaux qui existent plus ou moins étendus dans toutes les villes thermales et qui doivent devenir le centre de rencontres et de loisirs Monsieur P. Duvernois, Conservateur en Chef de la Bibliothèque inter-universitaire de Toulouse répond ensuite à Jacques Chancel qui lui demande s'il possède des ouvrages sur les stations thermales qui sont très nombreux, par exemple Montaigne à Plombières, Mme de Sévigné à Vichy et même Fernandel ou Brassens à Cauterets.

Etant très intéressé par le thermalisme et sa promotion, il a remis de l'ordre dans les collections et reste prêt à collaborer avec les stations qui le désirent pour mettre en place un patrimoine thermal.

*
**

« Modernité et savoir faire » était le dernier thème de la journée. M. Douat, architecte, pense que l'architecte est coupable de ce qu'il fait. Le patrimoine de demain se construit aujourd'hui ; il faut conserver les valeurs du patrimoine, notamment le calme, l'eau ; s'intéresser aux arbres, à la lumière.

Pour M. Nouvel, le problème du thermalisme est celui du plaisir et de l'eau qu'il faut résoudre en même temps que celui du coût des chambres, sans oublier le luxe des éléments dorés, fontaines... qui appartient à celui qui le regarde.

Le Docteur Corne et M. Goussebaire-Dupin ont donné leur avis sur la transformation du concept du thermalisme et son orientation vers des stations de prévention.

La communication a été traitée par M. Grémillon et M. Mackart ; ce dernier nous regaillardit en nous apprenant que Baden-Baden dont on nous parle sans arrêt pour la fréquentation n'a en réalité que 500 curistes par an.

C'est d'ailleurs ce qu'a souligné avec humour notre ami G. Ebrard dans son allocution finale conservant tout son optimisme sur l'avenir du thermalisme tant que les acteurs voudront jouer à l'unisson en y apportant le meilleur d'eux-mêmes.

*
**

Pendant les mois de février et novembre nous avons entendu les communications suivantes :

– D. Hours (Bourbon-Lancy) : Étude de l'efficacité de la cure thermique à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales à propos de 400 cas. Évaluation sur une année.

– R. Laugier et J.P. Gibert (Paris) : Les eaux « thermales » sont-elles obligatoirement chaudes par référence au critère thermométrique ? Résultats de recherches entreprises en Haute-Loire.

– M. Olivier-Koehret (Luxeuil) Crénothérapie des algies pelviennes à Luxeuil.

– E. Tomb, G. Faure, J. Thomas (Vittel) : Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibrage du système musculaire cervico-facial pendant la cure de Vittel.

– M. Dupuis (Neyrac) : Neyrac-les-Bains : techniques actuelles de cure et perspectives thérapeutiques.

– H. Ducros, C. Ducros, C. Morin (St-Honoré-les-Bains) : Profil des enfants adressés à St-Honoré-les-Bains pour une première cure thermique en 1992.

– B. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains) : Enquête psychosociologique auprès de 900 curistes aux Thermes Nationaux d'Aix-les-Bains.

– P. Brillat (Brides-les-Bains) : Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Évaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal ?

– J.P. Gibert, J.C. Soulé, R. Laugier (Chilly-Mazarin) : Le site de Bagnères-de-Bigorre. Un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante.

– R. Capoduro (Aix-en-Provence) : La gynécologie garde-t-elle des indications en crénothérapie ?

*
**

La journée régionale a eu lieu à Bagnoles-de-l'Orne les 13 et 14 mars.

Arrivée échelonnée des participants dont plusieurs se retrouvent à l'heure du déjeuner au Manoir du Lys ; c'est dans cette charmante demeure qu'ils doivent être hébergés et ils en sont ravis car le cadre est charmant, bucolique et l'accueil agréable et sympathique.

La partie médicale de cette réunion doit se tenir au Centre des Congrès de Bagnoles. Nous nous y rendons donc, tout confus d'y être précédés par le Professeur J.C. Verwaerde qui va présider cette séance, assisté de notre Président R. Capoduro qui adresse nos remerciements à ce Professeur venu tout spécialement de Caen pour nous.

C'est d'ailleurs lui qui ouvre la séance de travail pour nous parler des « Hépatites aiguës virales ».

On en distingue 5 variétés :

– L'Hépatite A

Elle est généralement paucisymptomatique et a une incubation de un mois. Il en existe 3 formes : maligne, cholestatique et à rechute.

– L'Hépatite E

On la trouve en Asie et en Afrique, contamination orale, pas de chronicité.

– L'Hépatite B

Contamination parentérale ou sexuelle, évolution chronique, asymptomatique.

– L'Hépatite Delta

Elle est greffée sur le virus B quand l'infection se négative.

– L'Hépatite C

Pas de signes cliniques, évolue vers la chronicité, origine alcoolique ou bactérienne.

Dans les suites de toute hépatite, surveiller les transaminases et les anticorps anti Hbs.

Le Docteur Henriot parle alors des « *Acrosyndromes vasculaires* » c'est-à-dire « Toute manifestation microvasculo-tissulaire localisée en territoire cutané des extrémités ».

On distingue: L'acrocyanose, la livedo, les engelures (perniose), l'acrorhigose, l'acrocholose, l'érythème palmaire ou palmo-plantaire, le phénomène de Raynaud (classique, forme syncopale pure, forme avec érythermalgie, forme cyanotique pure, forme pie), l'acroérythro.

Le Docteur Lochu avait choisi de nous entretenir des « *Héparines de bas poids moléculaire* ».

Apparues en 1976, elles ont des propriétés différentes de l'héparine ; elles sont indiquées dans la prévention des thromboses veineuses profondes chirurgicales.

Une visite du Club thermal a permis de visiter les cabines de soins et des opérations thermales, malheureusement le déclenchement de la sirène d'alarme a provoqué une rapide évacuation des lieux.

*
* *

Au mois de Décembre la réunion habituelle a été remplacée par une séance de FMC organisée à Montrouge à l'Hôtel Ibis.

Le thème retenu était « Thermalisme et pathologie vasculaire chez le diabétique ».

Le premier sujet était « *Diabète et thermalisme* » traité par A. Alland qui expose les travaux effectués pour expliquer l'action favorable des eaux de Vals sur le diabète.

– L'absorption d'eau de « Constantine », bicarbonatée sodique, remplaçant l'eau ordinaire au cours d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée, améliore la courbe d'hyperglycémie avec une accélération importante et rapide du taux de l'insulinémie, même avant la montée de la glycémie.

En fin d'une cure de 3 semaines, le taux d'insuline sanguine baisse malgré la diminution des antidiabétiques donc la tolérance glucidique est meilleure.

– Les travaux sur l'acide lactique et sur l'acide pyruvique montrent une diminution de ces acides après absorption d'eau de Vals avec en outre une augmentation de l'eau consommée.

– La consommation d'eau de « Constantine » entraîne une baisse du cholestérol pendant les semaines de cure et en même temps une amélioration du rapport cholestérol total sur cholestérol HDL. Cette cure hydrique n'agit pas sur les triglycérides mais elle diminue les apolipoprotéines B et aussi les apolipoprotéines A1, élément qui pourrait être péjoratif. Elle ne provoque pas de baisse des lipoprotéines A1. Au total diminution seulement des apolipoprotéines athérogènes.

Le deuxième sujet était : *Artériopathies diabétiques et thermalisme* présenté par J. Berthier. Il rappelle les atteintes vasculaires en général : macroangiopathies (coronaires, cérébrales, des membres inférieurs) et microangiopathies (rétiniennes et rénales). Le diabète est un facteur aggravant qui multiplie par 2, par 3 ou même plus les complications graves obstructives. Il faut donc une surveillance méthodique de la glycémie pour la contrôler mais aussi des traitements locaux (pieds) et généraux (médications d'ordre circulatoire : anti-agrégants plaquettaires et vaso-dilatateurs), traitements chirurgicaux (mauvaise indication pour la fémorale superficielle), thermalisme.

Dans ce dernier traitement il faut noter l'intérêt des insufflations de gaz thermaux de Royat, l'intérêt de la marche, de l'hydrothérapie, des injections locales de gaz. Ce traitement thermal donne des améliorations importantes, prolongées surtout au niveau des pieds sur les douleurs de type névritique.

Le troisième sujet était traité par le Professeur Cormier, Chirurgien vasculaire « *La place de la Chirurgie dans la pathologie artérielle et diabétique* ».

Il fait d'abord le point sur les possibilités artérielles de la chirurgie dans les artériopathies chez les diabétiques. Il insiste sur la fragilité tissulaire expliquant la possibilité de certaines complications spontanées ou secondaires telles que gangrène ou ténosynovites infectieuses. Il existe souvent chez ces malades, au niveau des artères, une médiocalcose impliquant le recours à la bande d'Esmarch pour éviter l'utilisation des clips. Les insuffisances de revascularisation sont plus fréquentes chez les diabétiques mais une fois la revascularisation obtenue les résultats à distance sont aussi bons que chez les non diabétiques. Il décrit alors les techniques chirurgicales : pontage, revascularisation par les dilatations endoluminales, utilisation des lambeaux musculaires du grand dorsal. Ces techniques permettent de traiter les lésions artérielles même basses : pédieuses, artères interdigitales.

Les amputations basses sont de plus en plus limitées, les amputations hautes sont exceptionnelles.

Très belle iconographie. Discussion intéressante et animée.

*
**

Pendant toute cette année, les membres de notre Société ont continué de participer à des réunions, assemblées, séminaires ou FMC, ainsi qu'à des congrès européens ou internationaux. Il faut faire connaître le thermalisme français, le meilleur à la fois du point de vue médical mais aussi organisation. N'ayons aucun complexe, sauf, peut être du point de vue accueil.

Pendant cette année aussi nous avons perdu plusieurs de nos Membres. Deux sont décédés : le Docteur J. Dietrich, très attaché au thermalisme et à notre Société, qui, jusqu'à la fin, s'est enquis de la marche des stations en particulier celles de l'Est et d'Alsace auxquelles il était resté très attaché.

Mais aussi le Docteur Chevalier, Correspondant National et habitant Paris.

Quelques-uns ont abandonné la Médecine Thermale ; d'autres ont été radiés pour non-paiement de cotisation.

Nous devons aussi adresser toutes nos félicitations au Docteur J.Cl. Dubois qui s'est vu attribuer la médaille Vermeil de l'Académie au titre des Eaux Minérales et à Monsieur Popoff qui a obtenu le prix Évian.

Notre Société comportait au mois de janvier 1994 :

- Membres Adhérents	97
- Membres Titulaires	90
- Membres d'Honneur	46
- Membres Honoraires	29
- Correspondants Nationaux	7
- Membres Étrangers	35
Soit un total de	304 Membres.



POUR VOTRE SANTÉ, LES STATIONS THERMALES EUROOTHERMES.

AX-LES-THERMES
Ariège
Rhumatismes
O.R.L. Voies Respiratoires

CAUTERETS
Hautes-Pyrénées
O.R.L. Voies Respiratoires
Rhumatismes

LES EAUX-BONNES
Pyrénées-Atlantiques
O.R.L. Voies Respiratoires
Rhumatismes

DIGNE-LES-BAINS
Alpes de Haute-Provence
Rhumatismes
O.R.L. Voies Respiratoires

BAGNERES-DE-BIGORRE
Hautes-Pyrénées
Rhumatismes
Stress, État Dépressif
O.R.L. Voies Respiratoires

CHATEL-GUYON
Auvergne
Voies Digestives-intestins
Affections Tropicales
Obésité, Excès de Poids,

LA BOURBOULE
Auvergne
O.R.L. Voies Respiratoires
Troubles de croissance
Dermatologie

ROCHFORT-SUR-MER
Charente-Maritime
Rhumatismes
Dermatologie
Phlébologie

CAPVERN-LES-BAINS
Hautes-Pyrénées
Reins, Foie, Vésicule, Goutte
Obésité, Excès de poids
Rhumatismes

EUROOTHERMES 
LE RENDEZ-VOUS SANTE

CILAOS
Ile de La Réunion
Rhumatismes
Appareil Digestif
Maladies Métaboliques

Pour recevoir une documentation gratuite, retourner ce coupon à : EUROOTHERMES. 87 av. du Maine - PARIS - Tél. : (1) 43 27 12 50

NOM		PRÉNOM		P.T.O.	
ADRESSE		TEL			
CODE POSTAL	VILLE	AX-LES-THERMES	<input type="checkbox"/>	LES EAUX-BONNES	<input type="checkbox"/>
		BAGNERES-DE-BIGORRE	<input type="checkbox"/>	LA BOURBOULE	<input type="checkbox"/>
		CAPVERN-LES-BAINS	<input type="checkbox"/>	DIGNE-LES-BAINS	<input type="checkbox"/>
		CAUTERETS	<input type="checkbox"/>	ROCHFORT-SUR-MER	<input type="checkbox"/>
		CHATEL-GUYON	<input type="checkbox"/>	CILAOS	<input type="checkbox"/>

Rapport du Trésorier pour l'année 1993

(exercice clos le 31 décembre 1993)

F. LARRIEU
(Paris)

Dépenses

- Frais Secrétariat	27 935,69
- Guide Rosenwald (Insertion et achat du guide)	2 152,52
- Location Salle Réunion novembre 1993	600,00
- Frais de voyages et réceptions	15 650,60
Total	46 338,81

Recettes

- Subventions	26 104,00
- Cotisations 1993	47 821,20
- Participation de membres à des repas	320,00
Total	74 245,20

Excédent 27 906,39

Subventions

- Société Eurothermes	10 000,00
- Maison Cognon Morin	5 000,00
- Boots Pharma	5 104,00

Villes Thermales

- Mairie La Roche-Posay	1 000,00
- Mairie de Plombières	500,00
- Mairie de Vichy	500,00
- Mairie de Bagnoles-de-l'Orne	2 500,00

Sociétés Hydrothermales

- La Roche-Posay	1 500,00
Total	26 104,00

Portefeuille au 31/12/1993	190 327,06
- 11 Natio-Epargne-Trésor	103 279,66
- 6 Inter-Cash Fr Monétaires	87 047,40
- Bénéfice réalisé en 1993	19 019,06
Au 6 janvier 1994 solde du compte	83 673,13

La cotisation pour l'année 1994 restera fixée à 500 F

Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville

Intérêts dans l'éducation nutritionnelle

F. LARMINAUX
(Contrexéville)

RÉSUMÉ

La station thermale ayant une expérience dans le domaine métabolique, est un endroit privilégié pour une prise en charge globale de la surcharge pondérale et de l'obésité. La cure thermale offre des conditions psychologiques favorables au bon déroulement du suivi diététique qui doit comporter une éducation nutritionnelle du patient (conférences, entretien particulier, stage pratique de cuisine). La station de Contrexéville propose soit une cure traditionnelle de 3 semaines soit une cure de 2 semaines (non remboursée par la SS) appelée « cure pondérale » proposant l'ensemble des prestations thermales, biologiques, diététiques et les activités de détente.

Mots clés : Cure thermale – Obésité – Nutrition.

SUMMARY

New aspects of thermal treatment at Contrexéville emphasis on nutritional education. – Thermal resorts with an experience in metabolism are a good choice for overall management of overweight and obesity problems. Thermal treatment offers favourable psychological conditions for a suitable dietetic follow-up, which should also include patients' nutritional education (talks, private consultations, practical cooking sessions). Contrexéville proposes either a traditional 3-week treatment, or a 2-week stay (not reimbursable by Social Security), called « weight treatment », featuring all thermal, biological, dietetic and leisure activities.

Key words : Thermal treatment – Obesity – Nutrition.

Le traitement de la lithiase rénale et de la goutte qui sont les indications traditionnelles de la cure à Contrexéville sont des affections médicales où l'implication nutritionnelle est reconnue.

Le rôle du médecin thermal dans ces indications est, outre la prescription thermale et la surveillance clinique de la cure, essentiellement éducatif (apprentissage de la cure de boisson et des règles diététiques) dans un but de prévention des récidives.

Il n'est pas question à Contrexéville de délaisser ces indications traditionnelles mais depuis près de 15 ans la Station s'est logiquement orientée vers les maladies métaboliques et la surcharge pondérale, souvent associée d'ailleurs à des complications métaboliques où dans ce cas nos eaux de diurèse prennent tout leur intérêt.

QUE PEUT APPORTER LA STATION THERMALE DE CONTREXÉVILLE DANS LA SURCHARGE PONDÉRALE ET L'OBÉSITÉ ?

Les pratiques thermales externes sont particulièrement utiles en cas d'insuffisance veino-lymphatique ou d'atteinte rhumatismale dégénérative fréquemment associées à l'obésité de type gynoïde.

La cure de boisson indispensable à tout régime hypo-calorique, s'adresse également aux complications métaboliques : hyperuricémie, hypercholestérolémie, diabète de type II, plus volontiers liées à l'obésité de type androïde.

De plus les eaux sulfatées calciques et magnésiennes de Contrexéville apportent des sels minéraux, notamment du magnésium, utiles en cas de régime associé.

Mais un des atouts majeurs de la cure thermale est d'offrir des conditions matérielles et psychologiques favorables au suivi d'un régime et surtout à l'éduca-

238, rue Ziwer-Pacha, 88140 CONTREXÉVILLE.

Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales,
séance du 19 janvier 1994.

tion nutritionnelle, mais aussi à la prise de conscience des bienfaits d'une activité physique régulière.

La cure est aussi un moment de rencontre, de discussion entre des patients présentant des problèmes analogues ; la coupure avec le milieu familial et professionnel est particulièrement propice dans le cas où la prise de poids fait suite à des troubles du comportement alimentaire d'origine conflictuelle.

A ce titre nous proposons à Contrexéville des animations à nos curistes :

- diverses activités physiques encadrées par des animateurs sportifs,
- des activités de détente (promenades, visites, veillées),
- des séances de relaxation, de yoga.

Cela permet de rendre la cure plus agréable, plus vivante, d'éviter l'ennui préjudiciable lors de toute mesure de restriction calorique car cela expose aux risques de grignotage ou d'abandon, de lutter contre le facteur stress lui-même pourvoyeur de troubles du comportement alimentaire et de renouer avec l'activité physique et le contact avec la nature.

Il s'agit donc d'être dans les meilleures dispositions psychiques possibles pour affronter les régimes alimentaires à venir ou ne pas retomber dans les erreurs nutritionnelles du passé.

Bien entendu ces conditions favorables offertes par le séjour thermal doivent s'accompagner de prescriptions diététiques où le rôle du médecin thermal, de la diététicienne et des hôteliers devient capital.

QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSONS-NOUS DANS LE DOMAINE DE LA SURCHARGE PONDÉRALE ?

- La cure thermique de 3 semaines avec prise en charge de la Sécurité sociale convient parfaitement avec quelques spécificités.

La première consultation médicale est bien-sûr très importante car, outre la prescription thermique proprement dite, elle doit comporter la prescription diététique. Pour la première cure, nous conseillons le recours à la diététicienne pour la réalisation d'une *enquête alimentaire* qui servira de base pour la prescription du régime hypocalorique mais qui aura surtout le mérite de révéler les principales erreurs et déséquilibres nutritionnels. Les résultats pourront être utilement transmis au médecin traitant pour le suivi post-cure.

L'entretien avec la diététicienne est à la charge du patient pour un prix modeste. De même toutes les activités physiques encadrées, les activités de détente, les conférences diététiques sont proposées pour une somme forfaitaire versée à l'OTSI.

Les hôteliers de Contrexéville pratiquent tous la cuisine diététique adaptée à la prescription médicale qui doit être inscrite sur l'ordonnance thermique.

Les diététiciennes ont un rôle de conseil et de contrôle du respect des consignes diététiques. En pratique les hôteliers sont habilités à réaliser des menus à 1 000, 1 200, et 1 400 Kcal/jour adaptables avec suppléments éventuels.

Si le curiste est en meublé, la prescription détaillée du régime devra être faite par le médecin ou la diététicienne sur indication médicale.

- La « cure pondérale » : (hors prise en charge par la Sécurité sociale).

Pour les patients pouvant difficilement s'absenter trois semaines pour des raisons socio-professionnelles, il a été créé une cure de deux semaines appelée « cure pondérale » qui est un forfait comprenant :

- l'hôtellerie et la restauration diététique,
- la cure d'eau minérale et les soins thermaux comprenant trois soins quotidiens choisis en fonction des cas,
- une séance de relaxation quotidienne,
- un bilan biologique à l'arrivée dans la station comprenant :

NF - VS

Glycémie - Hémoglobine glycosylée

Créatinine - Urée - Acide urique

Cholestérol total - Triglycérides

Gamma - GT

Calcémie - Magnésium plasmatique

Culot urinaire - Albuminurie - Glycosurie

- Deux entretiens personnalisés avec la diététicienne avec enquête alimentaire, établissement du programme diététique d'après-cure ; le curiste pourra également assister aux différentes conférences et cours pratiques de diététique qui ont pour thèmes :

- alimentation et art de vivre,
- les desserts,
- les sauces,
- le cholestérol et les lipides,
- les repas d'affaire...

En effet la cure thermique est un moment particulièrement favorable pour faire passer l'information nutritionnelle.

Cette « cure pondérale » est encadrée par trois consultations médicales à la charge du patient.

En conclusion :

La station thermique, si elle s'en donne les moyens, requiert tous les éléments propices au traitement et à la prévention des surcharges pondérales et des désordres métaboliques puisqu'elle permet une prise en charge médico-diététique, où le rôle éducatif doit

être primordial, mais aussi physique et psychologique du patient, dans un environnement favorable à l'écart des soucis quotidiens.

Nous avons vu l'importance des activités de détente et de relaxation car il s'avère que les problèmes psycho-affectifs sont très souvent impliqués dans la perturbation du comportement alimentaire.

De plus la station de Contrexéville, grâce aux vertus thérapeutiques de ses eaux s'adapte tout naturellement aux complications métaboliques des surcharges pondérales et des obésités modérées telles que le diabète non insulino-dépendant, l'hyperuricémie et les hyperlipidémies.



La migraine et les larmes

J. THOMAS *, E. TOMB
(Vittel)

RÉSUMÉ

Les auteurs avaient remarqué que certains migraineux présentaient, au moment des accès migraineux, et, dans certains cas, entre les accès, un larmolement uni ou bilatéral. Ils ont entrepris une enquête prospective pendant l'année 1993, précisant ainsi la localisation et la fréquence de ce larmolement, y associant une étude sur certains troubles rhinopharyngés, notamment une impression de narines bouchées. Cette étude porte sur 83 observations. 42 fois, il n'y avait aucune anomalie oculaire ou rhinopharyngée. 41 fois, les auteurs ont relevé soit un larmolement isolé (10 cas) soit un larmolement associé à une obstruction nasale (15 cas), soit une obstruction nasale isolée (16 fois). Le larmolement est bilatéral 19 fois, unilatéral 6 fois. Si les céphalées sont bilatérales, 19 fois, l'écoulement est le plus souvent bilatéral, 17 fois. Si la migraine est strictement unilatérale, 6 fois, le larmolement est 2 fois sur 6 bilatéral, mais le plus souvent, 4 fois sur 6, unilatéral, 3 fois du côté de la migraine, 1 fois de l'autre côté. Dans tous les cas de migraines, l'examen clinique met en évidence une sensibilité des muscles buccofaciaux. Sur les 19 cas où la migraine était bilatérale, 17 fois, l'hypersensibilité musculaire était retrouvée des deux côtés, 2 fois d'un seul côté. Sur les 6 cas de migraine unilatérale avec larmolement, 2 fois l'hypersensibilité musculaire buccofaciale était bilatérale, 4 fois sur 6, elle était unilatérale, et toujours du côté de la migraine. Chez les sujets suivis pendant trois semaines à Vittel, suivant une cure hydrique d'eau de Source Hépar, des soins hydrothérapeutiques et de kinésithérapie sédative, et un traitement local corrigeant l'irritation des muscles buccofaciaux, les migraines s'atténuent considérablement et le plus souvent disparaissent totalement, de même que le larmolement et les anomalies rhinopharyngées.

Mots clés : Migraines - Larmes.

SUMMARY

Migraine and Tearing of the eyes. - The authors had noticed that in certain people with migraine, there occurred at the time of acute migraine and in some cases between attacks, a certain tearing in one or both eyes. A study was undertaken in 1993 to locate the spot and note the frequency of the tearing and establish their relationship with a study of certain nose and throat ailments especially in connection with the sense of a stuffed nose. 83 cases were observed. In 42 there occurred no ocular or nose and throat anomalies. In 41 the authors noticed either an isolated case of tearing (10 cases) or tearing related to a nasal block (15 cases) or an isolated nasal block (16 cases). In 19 cases the tearing occurred in both eyes and in 6 it occurred in one eye. If the migraine are bilateral (both sides), which it was in 19 cases, the tearing occurs most often in both eyes, 17 times. If the migraine is strictly unilateral, 6 times, the tearing is in two out of six cases bilateral, unilateral in three cases on the same side as the migraine, once on the other side. In all cases of migraine, the clinical examination gives evidence of a certain sensitivity of the facial muscles around the mouth (bucco-facial). Out of 19 cases in which the migraine was bilateral, in 17 cases the muscular hypersensitivity was found to exist on both sides, twice on one side. Out of the six cases of unilateral migraine with accompanying tearing, twice the buccofacial muscular hypersensitivity was bilateral, 4 out of 6 times it was unilateral, and always on the side of the migraine. In cases that were followed up for three weeks in Vittel, in conjunction with hydrotherapy from the mineral water of Source Hépar, with hydrotherapeutic care and kinetherapeutic sedation and local treatment to obviate irritations of buccofacial muscles, the migraines decrease considerably, and more often disappear completely, as do the tearing and the nose and throat anomalies.

Key words : Migraine - Tears.

* Villa Sainte-Marie, avenue du Casino, 88800 VITTEL.
Communication présentée à la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales, séance du 19 janvier 1994.

Nous suivons et traitons à Vittel de nombreux migraineux, et, comme l'ensemble du corps médical, nous avons considéré longtemps que la symptomatologie de la migraine se limitait à l'accès céphalalgique aigu qui entre dans la définition de l'International Headache Society (IHS) [5] et que les examens cliniques et paracliniques n'apportaient rien de spécial. Nous avons pu, en fait, par un bilan méthodique, relever une série de symptômes dont le plus significatif et le plus constant, est une hypersensibilité musculaire buccofaciale, retrouvée entre les accès migraineux. Une autre constatation du point de vue biologique, est celle d'une hypomagnésémie, surtout en ce qui concerne le magnésium érythrocytaire [10]. Dans une communication présentée à la Société Française d'Hydrologie [12], nous avons évoqué l'existence de manifestations rhinopharyngées, parfois très importantes. Certains migraineux signalent spontanément la survenue d'un larmoiement, au moment des accès surtout. Nous avons entrepris une étude systématique et prospective sur ce problème de larmoiement, chez des sujets migraineux consultant pendant l'année 1993. Nous rapportons les résultats de cette investigation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette enquête porte sur 83 migraineux et migraineuses.

Comme toujours, nous avons retenu les critères suivants définissant le terrain migraineux :

- accès céphalalgiques uni ou bilatéraux, durant 4 à 72 heures,
- céphalées ayant au moins deux des caractères suivants : unilatérales, pulsatiles, modérées ou sévères, aggravées par l'activité physique,
- durant la céphalée, présence d'au moins un des symptômes suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie.

Cette définition paraît d'ailleurs discutable sur certains points. Ainsi, le mal de tête, par définition, est unilatéral, toujours du même côté, ou alternativement d'un côté ou de l'autre, et nombre d'accès vrais sont bilatéraux d'emblée ou secondairement, sans que, pour autant, on ne puisse écarter le diagnostic de migraine. Certains accès chez un sujet durent moins de 24 heures, pour se prolonger ailleurs un temps plus long. L'ensemble des caractères cliniques permet, en règle, d'établir ou de réfuter le diagnostic de migraine.

En ce qui concerne la notion de larmoiement, elle repose aussi sur les données de l'enquête clinique, qui cherche à préciser certaines modalités :

- larmes d'un côté ou des deux,
- pendant les accès migraineux uniquement, ou persistant entre les accès,

- importance de l'écoulement lacrymal et la gêne qu'il entraîne,
- son évolution en cas d'amélioration thérapeutique de la migraine.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CLINIQUE PROSPECTIVE DE 1993

Fréquence du larmoiement

Les résultats sont schématisés sur le tableau I. Sur les 83 cas retenus, nous avons constaté l'existence de larmoiement dans 25 cas, soit dans une proportion de 30,12 p. cent.

Côté du larmoiement

Celui-ci est bilatéral 19 fois. Il est unilatéral 6 fois.

Lorsque le larmoiement est bilatéral, c'est le plus souvent des deux côtés à la fois, mais 2 fois, il était localisé tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant le côté de la migraine, dont le siège variait, à droite et à gauche.

L'écoulement des larmes, quand il est bilatéral, est le plus souvent sensiblement identique d'un côté et de l'autre. Deux fois, il était bilatéral, mais dominant d'un côté, une fois à droite, une fois à gauche.

Le larmoiement se produit en général pendant la migraine. Il débute et s'arrête avec l'accès migraineux. Dans un cas, le larmoiement, bilatéral pendant la migraine, se reproduisait entre les accès migraineux au cours de bâillements. Une fois le larmoiement se produisait non pendant les migraines, mais entre elles, en cas de lumière intense. Dans un cas, à un écoulement bilatéral pendant la migraine s'associait un écoulement lacrymal entre les accès, tous les matins au réveil.

RELATIONS ENTRE LE CÔTÉ DE LA MIGRAINE ET LE CÔTÉ DU LARMOIEMENT (tableau II)

Sur les 25 cas de migraines avec larmoiement :

- 19 fois, la migraine est bilatérale, c'est-à-dire avec une symptomatologie algique droite et gauche à chaque accès, pouvant prédominer d'un côté, ou se localisant alternativement à droite ou à gauche. Sur ces 19 cas, 17 fois, le larmoiement est bilatéral. 2 fois, le larmoiement est unilatéral (une fois à droite, une fois à gauche) ;
- 6 fois, la migraine est unilatérale.

TABLEAU I. - Larmolement retrouvé dans 30,1 % des cas

Migraines Larmolement Enquête prospective 1993
Larmolement 25 fois sur 83 cas de migraine = 30,1 % Bilatéral : 19 fois Unilatéral : 6 fois

TABLEAU II. - Côté du larmolement et de la migraine

Migraines Larmolement Enquête prospective 1993	
Migraine Localisation	Larmolement Localisation
Bilatérale 19 fois	Bilatéral 17 fois Unilatéral 2 fois
Strictement unilatérale 6 fois	Bilatéral 2 fois Unilatéral 4 fois - homolatéral 3 fois - hétérolatéral 1 fois

Sur ces 6 cas :

- 2 fois, l'écoulement lacrymal est bilatéral,
- 4 fois, il est unilatéral :
- 3 fois du même côté que la migraine,
- 1 fois du côté opposé.

Ce bilan de 25 cas, associant migraines et larmolement, met en évidence les faits suivants.

Dans l'ensemble, quand la migraine est bilatérale, avec larmolement, celui-ci est le plus souvent bilatéral (17 fois sur 19).

Lorsque la migraine est unilatérale, et que le larmolement s'y associe, il peut être bilatéral (2 fois sur 6) ; il est le plus souvent unilatéral (4 fois sur 6) : dans ce cas, le larmolement est localisé du même côté que la migraine (3 fois sur 4), mais il n'est pas impossible qu'il se produise de l'autre côté de la migraine (1 fois sur 4, ici).

LOCALISATION DU LARMOLEMENT PAR RAPPORT AUX MUSCLES CERVICO-FACIAUX SENSIBLES A L'EXAMEN

Notre expérience de la migraine nous a appris que, pratiquement dans tous les cas de migraine, on retrouvait, à un examen méthodique, une sensibilité anormale de certains muscles faciaux, uni ou bilatéralement. Nous avons pu constater que, lorsque la

TABLEAU III. - Migraines unilatérales et larmolement
Irritation musculaire buccofaciale

Côté du larmolement dans les 6 cas de migraines unilatérales	
Migraine Localisation unilatérale 6 fois	Irritation musculaire Localisation - bilatérale 2 fois - unilatérale 4 fois et toujours du même côté que la migraine

migraine est bilatérale, la sensibilité musculaire anormale est à la fois droite et gauche, portant de façon variable sur les muscles ptérygoïdiens internes, ptérygoïdiens externes, masséters, temporaux, frontaux, trapèzes. A l'inverse, dans les cas où la migraine est strictement unilatérale, la sensibilité ne frappe, en règle, que les muscles du même côté. Cela nous guide dans le siège de l'irritation locale, laquelle, à nos yeux, a un rôle de premier plan dans la pathogénie des migraines. L'épine irritative se trouve alors du côté de l'hypersensibilité des muscles, surtout des ptérygoïdiens externes, sternocléidomastoïdiens et scalènes.

Le tableau III schématise les 6 cas où la migraine est strictement unilatérale. On constate que, sur ces 6 cas, l'hypersensibilité musculaire était bilatérale 2 fois, que, dans les 4 autres cas, l'irritation musculaire est unilatérale, du même côté que la migraine (on a vu, par contre, que le larmolement se situe une fois sur ces 4 cas, du côté opposé à celui de la migraine). Ici, comme dans la plupart de nos autres observations de migraine sans larmolement, quand la migraine est strictement unilatérale, l'examen retrouve obligatoirement ou presque, une irritation isolée de ce même côté. Une hypersensibilité musculaire buccofaciale unilatérale à l'examen a plus de valeur étiopathogénique qu'un larmolement unilatéral.

ASSOCIATION LARMOLEMENT ET TROUBLES RHINOPHARYNGÉS CHEZ LES MIGRAINEUX

Notre expérience nous a montré également que, souvent, la migraine s'accompagne aussi de manifestations rhinopharyngées, dont la plus fréquente consiste en une impression de narines bouchées, de congestion nasale, apparaissant au moment de la migraine, mais persistant souvent entre les accès migraineux. Sur les 83 migraines de cette série, notre étude prospective nous a permis de retrouver 31 fois (37,35 %) de telles manifestations rhinopharyngées.

Si l'on tient compte de l'existence, isolée ou associée, de ces deux symptômes, larmolement et obs-

TABLEAU IV. – Larmoiement et obstruction nasale chez les migraineux

<i>Migraines Larmoiement Obstruction nasale Enquête prospective 1993</i>	
Effectif total	83
Aucun trouble	42
Migraine avec 1 des 2 troubles ou les 2	41
– Larmoiement seul	10
– Larmoiement et obstruction nasale	15
– Obstruction nasale seule	16

truction nasale, leur répartition se fait selon les données du tableau IV.

Cette étude comparative présente un certain intérêt pour la compréhension des mécanismes pathogéniques, du larmoiement, de l'obstruction nasale, mais aussi de la migraine elle-même. Au total, cette étude portant sur le larmoiement et les phénomènes rhinopharyngés montre que, dans la moitié des cas, il y a ou larmoiement ou obstruction nasale ou les deux manifestations associées.

DISCUSSION

Le larmoiement fait donc partie de la symptomatologie de la migraine. Il doit être recherché par un interrogatoire méthodique. Le plus souvent, le sujet migraineux n'en parle pas spontanément car, vis-à-vis de l'importance de la céphalée, ce symptôme est d'un intérêt moindre.

Cette notion de larmoiement associé à la crise migraineuse est rarement signalée dans la littérature. Nous en avons relevé quelques échos, mais sans étude systématique. Ainsi, dans l'article de H. Massiou [7], l'auteur, au chapitre « clinique », s'exprime ainsi : « la présence de symptômes est très évocatrice : troubles digestifs... asthénie... pâleurs du visage, plus rarement obstruction nasale (ce que nos patients, nous l'avons dit, qualifient de « narines bouchées »), ou au contraire, catarrhe muqueux, hyperlacrymation ». Pour M.G. Bousser et J.Cl. Baron [2] « les troubles de la sphère oculofaciale sont très fréquents : il s'agit de troubles évoquant un dysfonctionnement neurovégétatif, une rougeur exagérée de la face avec, souvent hyperémie conjonctivale et hyperlacrymation ou plus souvent, une pâleur intense avec « yeux enfoncés »... D'autres anomalies plus rares ont de la valeur : obstruction nasale, uni ou bilatérale, ou au contraire catarrhe muqueux abondant... ».

Il est classique d'opposer la migraine commune aux « algies vasculaires de la face » qui ont effectivement

des particularités cliniques : algies du sujet jeune, survenant presque exclusivement chez l'homme, avec des douleurs orbitofrontales, strictement unilatérales, débutant et cessant brusquement, très violentes, continues, par accès de 120 à 180 minutes au maximum, se renouvelant plusieurs fois par jour, tous les jours pendant plusieurs semaines, pour s'arrêter et ne reprendre qu'après plusieurs mois, souvent deux fois par an, surtout au printemps et en automne. Or, dans cette variété de céphalées anorganiques, les auteurs s'accordent pour signaler l'existence d'un larmoiement homolatéral très fréquent, dans une proportion de 50 à 80 p. cent des cas [3, 4, 6]. Cette variété de céphalées est, en fait, beaucoup plus rare, de l'ordre de 5 cas pour 10 000 habitants, alors que le pourcentage de migraineux est de l'ordre de 5 à 10 p. cent, 100 fois plus élevé. Notre expérience est très modeste sur ce chapitre, un seul cas, peut-être 2, car les cas limites existent, et notre impression est qu'il ne s'agit que d'une particularité clinique de la migraine, ayant la même étiologie, avec les mêmes troubles musculaires, buccofaciaux, les mêmes troubles biologiques, hypomagnésémie, une réponse voisine aux effets de certains médicaments, les mêmes possibilités de guérison selon nos principes thérapeutiques. Les réactions lacrymales relèvent sans doute de la même pathogénie.

Reste à discuter l'origine de ces larmoiements. Comme pour la pathogénie de l'accès céphalalgique aigu lui-même, on peut discuter de l'action de certaines substances, intervenant directement ou à distance, la sérotonine, les catécholamines, la phénylalanine, l'histamine, les peptides vasoconstrictifs, les acides gras, les prostaglandines. Il peut s'agir aussi bien de phénomènes réflexes à une irritation nociceptive à distance, d'origine neuromusculaire. Nous pouvons évoquer ici le travail de D. Besse et J. Condorcet, et intitulé : « Le sternocléidomastoïdien ; son rôle dans les céphalées d'origine cervicale, et traitement » [1]. Evoquant le rôle de l'irritation du sternocléidomastoïdien dans les céphalées d'origine cervicale, ce qui rejoint nos constatations sans que nous adoptions la même orientation thérapeutique, ces auteurs notent dans ce cadre nosologique : « des troubles neurovégétatifs peuvent s'associer, soit à l'œil (larmoiement, œil rouge), soit au nez (congestion nasale).

La part de la dystonie neurovasculaire mérite qu'en quelques mots, nous évoquions une de nos observations de larmoiement : Madame L. est atteinte d'un larmoiement continu depuis environ deux ans. Consultations multiples et bilan de deux ophtalmologistes qui ne trouvent aucune cause locale. Notre examen clinique nous permet de retrouver une irritabilité musculaire buccofaciale très importante. Les incisives inférieures sont toutes érodées. La mâchoire est crispée. Dans les deux minutes qui suivent la pause d'un appareil de décontraction musculaire [11], l'écoulement lacrymal se tarit, à la plus grande satisfaction de l'intéressée. Quelques jours plus tard, l'appareil est retiré avant la toilette matinale et le brossage des dents.

Il n'est pas remis, par oubli. En fin de matinée, le larmolement reprend. Grande déception. C'est seulement vers midi que cette femme remarque qu'elle n'a pas remis son appareil de décontraction musculaire. Il est posé à nouveau. 10 minutes après, le larmolement s'arrête. Ce résumé d'une observation princeps nous amène, en guise de conclusion, à noter l'évolution du larmolement chez nos patients traités en cure à Vittel. On peut dire que, pratiquement dans tous les cas, 80 à 90 p. cent des cas, chez nos curistes, après trois semaines de séjour, avec une consommation, à doses

appropriées, d'eau de Source Hépar, avec des soins locaux et généraux par hydrothérapie et kinésithérapie de décontraction, avec et surtout correction locale des causes de dystonies musculaires buccofaciales, les migraines s'atténuent considérablement ou disparaissent [8, 9, 11] et le larmolement se tarit. Parallèlement les manifestations rhinopharyngées diminuent, et le plus souvent, la respiration se fait tout à fait normalement, ce qui permet de conclure que céphalées, larmes, troubles rhinopharyngés, relèvent du même processus pathogénique.

RÉFÉRENCES

1. Besse D., Condorcet J. – Le sternocléidomastoïdien, son rôle dans les céphalées d'origine cervicale et traitement. In : Simon L., Touchon S., Hérisson Ch. – *Acquisitions rhumatologiques. Céphalées et migraines*. Edit., pp. 75-78, Paris, Masson, 1993.
2. Bousser M.G., Baon J.Cl. – *Migraines et algies vasculaires de la face*. 196 p., Rueil-Malmaison, Sandoz, 1979.
3. Ekborn K.A. – A clinical comparison of cluster headache and migraine. *Acta Neurol. Scand.*, 1970, 46 (Suppl. 41), 1-48.
4. Frieman A.P., Mikropoulos E.H. – Cluster headaches. *Neurology* 1958, 8, 653-663.
5. Headache classification committee of international headache society. – Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 1998, 8, 1-85.
6. Lance J.W. – *Mechanism and management of headache*. 3^e éd., London Butter Worth, 1978.
7. Massiou H. – Migraines et algies vasculaires de la face. Aspects cliniques. In : Simon L., Touchon J.J., Hérisson Ch. – *Acquisitions rhumatologiques. Céphalées et migraines*, pp. 15-26. Paris, Masson, 1993.
8. Thomas J., Tomb E. – Premiers cas de migraines traitées par rééquilibration du système neuromusculaire cervicofacial. Discussion pathogénique. *Presse Therm. Climat.*, 1991, 128, 49-52.
9. Thomas J., Tomb E., Faure G., Bauer G. – Faut-il modifier nos conceptions sur la pathogénie et le traitement des migraines ? *Presse Therm. Climat.*, 1991, 128, 53-58.
10. Thomas J., Thomas E., Tomb E. – Serum and erythrocyte magnesium concentration and migraine. *Magnesium Research*, 1992, 5, 127-130.
11. Tomb E., Thomas J., Thomas E., Faure G. – Hypomagnésémie érythrocytaire et irritabilité des muscles cervicofaciaux chez les migraineux. Incidences thérapeutiques. In : Simon L., Pelissier J., Hérisson Cl., 18^e série, *Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation*, pp. 470-473. Paris, Masson, 1993.
12. Tomb E., Thomas J., Faure G. – Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalgiques traités par rééducation musculaire cervicofaciale pendant la cure à Vittel. *Presse Therm. Climat.*, 1994, 131, 105-109.



JOURNÉE NATIONALE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

Séance solennelle du 9 février 1994

La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique

Compte rendu

G. Girault
(Paris)

La Journée Nationale s'est tenue à la Maison de la Chimie et a été ouverte à 9 h 15 par le Président A. Alland qui rappelle les dates des futures séances, puis passe la Présidence au Docteur Daniel Wallach, Maître de Conférences des Universités, Médecin des Hôpitaux.

Le sujet traité est : « La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique ».

Cette affection est traitée de la même manière par le dermatologue de ville et le dermatologue thermaliste à ceci près que le médecin thermaliste rajoute à son traitement des techniques thermales. Cette intervention a été suivie avec beaucoup d'intérêt par l'assemblée.

Il appartenait au Docteur J.M. Sonneck de préciser le type de malades fréquentant la station, les traitements prescrits et suivis, le déroulement de la cure, les résultats obtenus.

Après cet excellent exposé ont pris la parole :

les Docteurs Wallach, Delaire, Hardy, Alland, Razzouk, Marciano, Paccalin, Fourot-Bauzon.

Dr Wallach : vous avez bien montré que le dermatologue thermal est un dermatologue à part entière qui utilise en plus les techniques thermales. Le non-usage des dermocorticoïdes peut s'assimiler à une non-assistance à personne en danger et le conseil donné par le médecin thermal a des chances d'être mieux suivi.

Dr Delaire : bravo pour ton discours, il était parfait. Je voudrais revenir sur quelques points :

Les corticoïdes refusés par les parents : l'avantage de la cure pour faire accepter ces traitements est que nous voyons les parents tous les jours et il est plus facile ainsi de les convaincre.

Les incidents et accidents pendant la cure : il ne faut pas les minimiser. Ils sont nombreux du fait du milieu chaud et humide en particulier l'herpès doit être dépisté car il est catastrophique sur le plan sanitaire.

Les animaux à poils : il faut aussi supprimer les animaux à plumes, il ne reste donc que le poisson rouge, la tortue et le boa.

Les meublés en cure : c'est effectivement un très grave problème.

Le retour des curistes à la station : le rapport avec les propriétaires de la station est difficile si on ne fait pas revenir les gens en cure.

La cure responsabilise le patient car il paie une partie de ses dépenses.

Dr Hardy : il manque une chose c'est le mot espérance car la dermatite atopique a la vocation de naturellement guérir à 80 %. Il faut donc cultiver cette espérance. La confirmation de la vocation à guérir se précise d'année en année.

Dr Wallach : la dermatite atopique se termine avec l'adolescence. Cette amélioration vient compliquer

l'évaluation du traitement. Il est difficile d'interpréter ce qui se passe pour ceux qui ne reviennent pas en cure.

Dr Alland : le problème du thermalisme est celui de la cohabitation de l'eau et du feu, feu des passions des parents qui rejettent les corticoïdes, du patient dans son langage corporel, des locations... Ce qui ressort, c'est qu'un bon résultat dure jusqu'à janvier, février. Pourquoi ? C'est le cas dans à peu près toutes les stations, quelle que soit la maladie ? Est-ce que cela est dû au terrain ou au mauvais moment de prescription thermale. Y a-t-il un moment privilégié pour une cure ? Ou bien le processus est-il le même pour tous ?

Dr Sonneck : le bon résultat jusqu'en janvier, février, est obtenu partout. La moyenne est de trois cures, la maladie finit par guérir. Le thermalisme a une efficacité supplémentaire dans les traitements symptomatiques ce qui n'est pas forcément satisfaisant en santé publique mais pas si mal. Les facteurs externes sont très importants : la réactivité aux acariens, la poussière, les problèmes polliniques. L'évolution est différente pour ceux qui ne font pas de cure. Le thermalisme augmente le temps de rémission par rapport aux autres thérapeutiques. Il ne faut pas prescrire de cure en avril à un atopique.

Dr Razzouk : je ferai plusieurs commentaires :

- la méthodologie : vous avez raison de refuser le double aveugle. Par contre on peut prendre le patient pour son propre témoin.

- L'enquête rétrospective n'est pas si mauvaise si on peut sonder les sujets qui ne reviennent pas.

- Il reste une notion administrative. L'administration confond la maîtrise et la démedicalisation, le problème est d'avoir des structures propres pour travailler et faire de la recherche et de la concertation, comme le Centre de Recherche Européen Climatologique que nous avons créé.

Dr Wallach : avez-vous eu l'occasion de présenter ces résultats aux caisses et aux enseignants de CHU.

Le Docteur G. Kanny (CHRU) nous entretient alors de l'« atopie digestive en pédiatrie ».

Cette allergie est qualitative et il faut la distinguer de la fausse allergie, de l'intolérance, de la toxicité et de la névrose alimentaire. Le diagnostic est établi par l'interrogatoire, l'examen clinique, l'enquête catégorielle alimentaire, les tests biologiques et de provocation.

Sont intervenus :

les Docteurs Wallach, Sonneck, Delaire, Alland, Fourot-Bauzon.

Dr Wallach : merci d'avoir mis un peu de clarté dans un sujet très difficile. On a vécu la période de désensibilisation aux pneumo-allergènes, actuellement les choses se sont déplacées et l'allergie alimentaire présente des tableaux variés.

Quel est le pourcentage des enfants ayant une dermatite atopique sans symptômes digestifs pour lesquels l'enquête et l'éviction seront bénéfiques ?

Quels sont les signes d'appel pour dire qu'il y a allergie alimentaire ? est-ce que les lésions autour de la bouche sont sensibles et spécifiques ?

Dr Kanny : le pourcentage est biaisé par notre recrutement car nous avons des patients avec des dermatites sévères. Tous ces enfants sont améliorés par éviction, surtout pour le jeune enfant de moins de 3 ans. Ensuite c'est surtout les pneumallergènes qui sont en cause.

La diversification est trop précoce. L'immaturation du tube digestif des enfants et en particulier des atopiques est un facteur d'allergisation.

Dr Wallach : la responsabilité de l'arachide est nouvelle à la fois dans l'allergie alimentaire et dans la dermatite atopique.

Dr Kanny : les dermatologues doivent la rechercher. Les rares cas d'asthme mortel le sont avec l'arachide.

Dr Sonneck : le tableau cutané pour lequel on a des causes alimentaires est différent de ce qu'il est s'il n'y a pas de cause alimentaire, en particulier s'il existe un eczéma des plis il n'y a pas de cause alimentaire. Si l'eczéma siège surtout sur les convexités il existe souvent des facteurs alimentaires.

Avez-vous des eczémas atopiques de cause alimentaire où les Prick tests sont négatifs ?

Dr Kanny : en pratique non, c'est un problème de concentration de l'allergène testé.

Dr Alland : y a-t-il des allergies à l'huile d'olive ?

Dr Kanny : dans l'Est, l'huile d'olive est peu utilisée !

Dr Alland : a-t-on un ordre d'idée de la fréquence de l'allergie dans les zones de culture de l'arachide (notamment en Afrique) et dans les populations immigrées.

Réponse : le diagnostic d'allergie est peu porté en Afrique. L'allergène est thermolabile.

Dr Alland : est-ce que les aliments pour animaux sont à l'origine du même type de pathologie ?

Réponse : je ne sais pas.

Dr Delaire : pour le dermatologue, l'aide de l'allergologue est importante, mais c'est rare que l'allergologue connaisse bien l'atopie. Les fruits secs et les oléagineux sont à supprimer.

Dr Wallach : vous diriez que tous les atopiques sont justiciables d'une enquête allergologique ou de tests de provocation ou qu'il faut les limiter à ceux qui ne réagissent pas aux traitements bien conduits comme il en existe souvent chez les adultes ?

Dr Kanny : l'allergie à l'œuf guérit vers 7-8 ans. Les résultats sont meilleurs chez les petits.

Dr Fourot-Bauzon : avant 3 mois, on parlait autrefois de maladie de Leiner Moussus ; maintenant on dit eczéma. Est-ce qu'on maintient cette différence actuellement ?

Dr Wallach : l'eczéma débute à 35 % avant 3 mois. Le Leiner Moussus a diminué avec les progrès de l'hygiène corporelle.

A la suite de ces discussions le Docteur C. Loisy nous a parlé de la « crénotherapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant ».

Ces manifestations sont fonction de l'âge du sujet, elles peuvent être aiguës ou chroniques et sont recherchées par l'anamnèse, les régimes d'exclusion-réintroduction, les tests cutanés et de provocation, le screening biologique, le schéma décisionnel.

Les résultats sont bons ou même très bons dans le cas d'allergène non alimentaire.

Interventions des Docteurs : Wallach, Fouché,

Le Docteur Wallach conclue cette matinée :

Il y a intérêt à confronter expériences et pratiques différentes. Le contrôle de la qualité des résultats doit être mis en place par le médecin thermaliste lui-même.

J'adresse mes félicitations aux orateurs.

Après un rapide déjeuner de travail, la séance reprend sous la Présidence du Docteur H. Razzouk, Agrégé à titre étranger.

Il donne la parole au Docteur Paul Marciano, pédo-psychiatre des Hôpitaux qui va répondre à la question :

« Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? »

On ne peut pas dire que l'on retrouve chez tous ces enfants des caractères hérités de leur mère ou de la famille mais on peut parler de données génétiques, d'effet d'allergènes de complaisance somatique, de certaines affections ou de facteurs psycho-dynamiques, d'éléments inter-actifs etc. Mais il y a un aspect pluri-factoriel et l'enfance constitue en quelque sorte l'âge d'or de la psychosomatique.

Interventions : Dr Razzouk, Delaire, Alland

Dr Razzouk : cette prise en charge de l'enfant asthmatique n'implique-t-elle pas une prise en charge de la famille ? En Allemagne, il est question de prendre en charge la psychothérapie de la mère.

Dr Marciano : l'enfant agit sur son milieu familial ou institutionnel, il est difficile de prévoir une trajectoire psychologique de l'enfant.

Dr Delaire : la guérison n'est pas forcément synonyme de bien-être. Les enfants entre eux sont très cruels, plus que les adultes, et surtout en ce qui concerne les dermatoses. Alors comment réagissez-vous quand on vous dit que l'homme est bon par nature ?

Dr Marciano : la maladie si elle dure longtemps peut être l'unique modalité de cristallisation des conflits. Si elle disparaît il faut des processus pour les enfants et pour les parents afin de rétablir ces conflits. Il faut inventer d'autres processus de sublimation. Je crois que l'homme est bon par nature, on ne fait pas consciemment le choix d'une maladie dermatologique par rapport à une autre.

Dr Alland : il était peu évident de faire le lien entre l'hydrologie et la pathologie atopique. Vous avez mis en évidence cette notion de langage corporel où on voit un enfant à manifestation respiratoire qui finit par avoir les nerfs à fleur de peau et qui a certaines expressions de verbalisation dans le corps, de modifications de son anatomie, de manifestations de ses mauvaises humeurs. Je pense que les manifestations auto-punitives sont secondaires.

Dr Marciano : le symptôme n'a pas forcément une valeur péjorative. Les attaques sadiques du moi me semblent premières. La sécurité n'est jamais innée ; L'enfant vit très précocement en situation d'insécurité.

Madame Barruel, psychothérapeute, parle ensuite de son « expérience pendant 3 années à La Roche-Posay ».

L'enfant eczémateux est différent des autres et se sert des sentiments qu'il inspire, crainte et rejet.

La vie au milieu d'un groupe d'enfants où il se sent à la fois semblable et différent et où il n'est plus exclu est un élément très favorable.

Interventions : Docteurs : Razzouk, Marciano, Alland, Delaire, Brillat, Fourrot-Bauzon.

Dr Razzouk : merci pour cet exposé qui démontre un travail d'équipe.

En station hydroclimatique nous observons que l'éloignement du milieu familial est salutaire dans la majorité des cas. La « parentectomie » permet à l'enfant d'y acquérir une autonomie sans y intégrer sa mère.

Dr Marciano : j'ai été très intéressé par ce que vous avez dit. Vous vous efforcez de mettre à disposition un cadre pour les enfants et c'est important de créer les circonstances pour que les enfants puissent advenir à une possibilité d'expression de leurs difficultés. Il y a une notion de sécurité de base. En fait les soins ne sont jamais identiques mêmes si les pratiques le sont.

Dr Alland : tout individu comme tout enfant a besoin d'un cadre, de rites, de limites de référence. Le mérite a été de faire prendre conscience à l'équipe qu'on n'a pas la même chose à faire avec tous les enfants. Vous avez dédramatisé en disant ou en faisant dire « Quentin a besoin d'affection ». Est-ce que le fait de nommer l'enfant n'est pas déjà créer ou légaliser ?

F. Barruel : c'est difficile de généraliser. Ici il y a Quentin et ses puéricultrices et cela a été vrai dans ce cadre. Ensuite c'est l'interaction qui dit quel est le besoin en face.

Dr Brillat : avez-vous eu des cas où la psychothérapie s'est révélée avoir des effets négatifs du fait du temps court ?

F. Barruel : il s'agit plutôt de discussions, de déculpabilisation surtout et de relaxation.

Dr X. : avez-vous des suivis de patients d'une cure à l'autre ? Quel est le coût ?

F. Barruel : non. C'est gratuit pour les curistes.

Dr Fourot-Bauzon : il ne faut pas que cela soit institutionnalisé.

A La Bourboule, en maison d'enfants, le médecin fait appel au psychologue s'il le juge nécessaire. Lorsque l'enfant est avec sa famille, le médecin peut conseiller de rencontrer le psychologue pour enfant. Mais il ne peut être question de psychothérapie structurée dans un temps aussi court. Ce ne sont pas les mêmes enfants qui sont en maison d'enfants et avec leurs parents. L'action du médecin ne peut donc pas être la même. Avec les parents, on peut juger du pouvoir de l'enfant sur sa famille (couple, frères et sœurs) ; en maison d'enfants, la dépréciation physique est plus importante. Il faut sentir un réel désir de guérir chez l'enfant et chez ses parents.

Dr Delaire : je suis favorable à la présence d'un psychothérapeute en cure. Mais la ville de cure ne doit pas devenir un asile psychopathologique. C'est au médecin de décider cas par cas des besoins d'une aide psychologique.

Le Docteur H. Razzouk, pneumologue, Agrégé, traite alors un sujet qu'il connaît particulièrement bien : « Atopie et affections respiratoires de l'enfant ».

L'allergie est une maladie causée par une réponse immunitaire à un ou plusieurs allergènes environnementaux.

L'atopie est une allergie héréditaire humaine apparaissant de façon spontanée.

Les allergènes sont de plusieurs types :

- Type 1 IgE
- Type 2 cytotoxique
- Type 3 semi retardée, excès Ac Ag
- Type 4 hypersensibilité à médiation cellulaire.

L'atopie est une maladie génétique complexe dont le phénotype est variable et diagnostiquée au niveau de la pathologie, des symptômes, des IgE globales et spécifiques.

Lien entre hérédité et atopie : l'asthme est héréditaire.

Epidémiologie : Constante augmentation de la rhinite allergique et de l'asthme bronchique.

Les enfants asthmatiques peuvent avoir des parents allergiques ou normaux (Schwartz).

Les allergènes peuvent être dans l'atmosphère, se trouver dans l'habitat, dus à une affection ou être une pollution atmosphérique.

Il faut donc développer l'écologie, développement adapté au site, architecture bioclimatique, habitat conditionné et adapté à la santé.

Le traitement doit être médicamenteux, en phase aiguë ; protecteur au long cours, de fond, désensibilisation spécifique.

Interventions : Docteurs Alland, Paccalin, Fouché, Delaire

Dr Alland : vous avez mis en évidence l'augmentation progressive du nombre de cas pathologiques. Avez-vous pu chiffrer le coût en 1960 et le coût actuel d'un asthmatique pour voir le coût d'une urbanisation anarchique et déshumanisée ?

Dr Razzouk : tout le monde est effrayé par ce coût, mais comment prendre en charge cette maladie ? 20 % des cas sont graves et seulement 1 % sont adressés en cure. Il y a un manque de compréhension et d'information.

Dr Paccalin : l'interniste que je suis, sait que l'asthme tue. Mais l'asthme est souvent un fourre-tout : par exemple, un reflux gastro-œsophagien peut simuler une crise d'asthme. Donc il faut faire attention quand on porte le diagnostic.

D'autre part, tout le monde ne peut pas vivre à Briançon ! où en êtes-vous de l'électricité atmosphérique en liaison avec les travaux qui sont faits à Arcachon ? l'ionisation a-t-elle un intérêt ?

Dr Razzouk : les paramètres non conventionnels jouent un rôle important au niveau de la concentration des particules dans l'atmosphère. C'est un travail important fait à Berne, Bologne, Arcachon, Briançon, mais cela va doucement en raison du coût élevé.

Dr Fouché : en pratique qu'est-ce qui permet d'orienter un patient en station climatique ou hydroclimatique ?

Dr Razzouk : on devrait pouvoir faire des investigations sur les caractéristiques climatiques des stations thermales. Il faut essayer de travailler ensemble. La station thermale a les 2 atouts en même temps.

Conclusion du docteur Delaire : L'atopie est une maladie chronique, génétique et multiforme.

Docteur Hérété La cure pulmonaire chez l'enfant à Amélie.

L'auteur commence par une présentation et un historique de la station. Les thermes apparaissent dès le premier siècle puis comme pour la majorité des stations thermales les invasions des barbares s'accompagnent de la destruction des bâtiments et des griffons ; au Moyen-Âge débute une reprise des établissements surtout orientés pour les classes défavorisées et c'est à partir d'Henri IV que la renaissance des bains se manifeste davantage.

Les eaux sont des eaux sulfurées sodiques et chlorurées faibles. Les indications sont à visée essentiellement pulmonaires : infections, dilatation des bronches, séquelles de pneumopathies, asthme. Les pratiques thermales sont externes et très nombreuses. Il faut noter l'importance d'un climat très doux qui convient particulièrement aux pulmonaires, qui est à la fois sédatif et tonique et qui a été pendant de nombreuses années conseillé au 3^e âge.

Le dîner traditionnel a réuni tous ceux qui s'intéressent à l'Hydrologie et à notre Société et lui apportent leur concours.

Etaient présents à cette journée :

Les membres du Bureau :

Président : A. Alland (Vals).

Vice-Présidents : C. Loisy (Vichy), et G. Berthier (Royat).

Secrétaire Général : G. Girault (Paris).

Secrétaire(s) Général(ux) Adjoint(s) : P.L. Delaire (La Roche-Posay), A. Authier (Rennes-les-Bains).

Trésorier : F. Larriou (Contrexéville).

Trésorier Adjoint : C. Althoffer (Luxeuil).

Secrétaires de Séance : P. Brillat (Brides), P. Jeambrun (Lons-le-Saunier).

Archivistes : J. Follereau, P. Guichard des Ages.

Les Professeurs : Paccalin, Boulangé, Duchenne-Marullaz, Cl. Laroche, P. Many, J. Cottet, J. Chevallier.

Les Docteurs : P. Fleury, Fouché, Founau, Hardy, Juvanon, Luchaire, Merle, Merle-Ferrier, H. Michel, P. Obel, A. Pajault, P. Vlasto, Fourot-Bauzon, Médecin

Conseil National Rossignol, D. Wallach, Razzouk, J. Thomas, J. Françon.

Monsieur le Sénateur Jeambrun, Monsieur l'Inspecteur Général Planque, Monsieur P. Bergeaud.

S'étaient excusés

Les Docteurs Avril, Barland, Capoduro, Delabroise, Delmas-Marsallet, Dive-Laire, M. Fabre, Fumeau-Demay, R. Gouzy, R. James, R. Jean, V. Larauza, O. Verge, J. Viala, A. Monroche.

Les Professeurs : Canellas, Desgrez, Cornet, Cottin.

Les Médecins Conseils :

National Cousteix,

Régional Chevalier, Dat, Graille, Mabriez, Nègre, Rat, Trutt, T. Zakia.

Le Professeur B. Glorion, Président du Conseil National de l'Ordre, le Docteur J. Gras, Président F.M.F., Docteur Maffioli, Président CSMF, Messieurs les Maires de Royat, Dax, Monsieur le Député Maire de Lons-le-Saunier, Monsieur Philippe Langenieux-Villard, Le Docteur Lacarin, Monsieur J.L. Bérot, Monsieur J.Cl. Ebrard.



La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique, ou : la gestion de la chronicité

D. WALLACH
(Paris)

L'invitation de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales à participer à cette séance consacrée à la dermatite atopique m'a permis de réfléchir à ce qu'un dermatologue « de ville », libéral ou hospitalier, peut attendre du dermatologue « de ville d'eau », à qui il envoie, pour trois semaines, un petit atopique.

La première réflexion concerne le type de médecine pratiqué. C'est le même, à ceci près, qui est important, que le dermatologue thermal dispose, non seulement de tous les outils de la dermatologie en général, mais, en plus, de l'outil thermal. On ne choisit pas la médecine thermique par rapport à la médecine traditionnelle, comme certains choisissent l'homéopathie ou l'acupuncture, mais on ajoute les techniques thermales, et l'ambiance climatique, aux autres traitements. C'est dire que seule une notion temporelle, et géographique, sépare les deux praticiens. L'un soigne, onze mois par an, sans thermalisme, l'autre trois semaines par an, avec thermalisme. On conçoit donc que la cure ne saurait être une rupture, ou une négation, par rapport à la prise en charge inter-cures. Outre que la confraternité, et la nécessaire confiance du malade en ses médecins, n'y résisterait pas, cette rupture serait le plus sûr moyen d'obscurcir les résultats de la cure par une rechute, voire un rebond, dû à l'arrêt des traitements antérieurs.

C'est donc en parfaite harmonie avec la prise en charge inter-cures que la cure ajoutera les techniques thermales, tout en manipulant avec prudence et sagacité les autres traitements. Si, classiquement, on attend, par exemple, de la cure, un sevrage en dermo-corti-

coïdes, objectif bien utopique le plus souvent, le Dr. J.-M. Sonneck montre, dans sa très complète communication, que pour certains patients au contraire, la période de la cure va constituer le moment privilégié, par l'intensité de la relation thérapeutique qu'elle permet, pour apprendre à utiliser ces médicaments, et à en tirer tous les avantages.

Les indications des cures thermales sont représentées par les maladies chroniques, c'est-à-dire de gravité intermédiaire entre les maladies aiguës vite terminées, spontanément ou grâce aux traitements, et les maladies d'évolution fatale quoi qu'on fasse.

Pour ces maladies chroniques, de cause mystérieuse comme la dermatite atopique, nous ne disposons que de traitements symptomatiques, anti-inflammatoires au sens le plus large du terme. Ces traitements ont en commun deux caractéristiques :

1 - Ils n'agissent que pendant qu'ils sont administrés. A l'arrêt, le patient retrouve ses symptômes, aussi intenses qu'auparavant, et s'il n'est pas prévenu, et instruit des moyens d'éviter ces rechutes, sa déception sera considérable. Il en déduit volontiers que le traitement est inefficace, alors qu'en fait il est efficace, et souvent de façon très satisfaisante, mais seulement tant qu'on le prend. Une mauvaise interprétation de l'efficacité des traitements symptomatiques est la cause essentielle des escalades injustifiées que subissent certains patients, et d'autant plus qu'ils changeront de médecin, induisant chez leurs nouveaux thérapeutes le louable désir de faire mieux que leurs confrères, qui malheureusement risque souvent de ne causer que plus d'effets secondaires.

2 - Ces traitements symptomatiques anti-inflammatoires ont des effets secondaires, et en général l'efficacité et les effets secondaires sont à peu près parallèles : le plus puissant est également le plus mal toléré, sauf heureuses exceptions.

Hôpital Tarnier-Cochin, 89, rue d'Assas, 75006 PARIS.

Communication présentée à la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales. Journée Nationale, 9 février 1994.

De ces caractéristiques des maladies inflammatoires chroniques et de nos armes actuelles, on peut déduire les grands principes de la prise en charge : il s'agit de mettre en œuvre le traitement le plus efficace au moindre coût iatrogène, et de s'y tenir, avec souvent une dégression prudente une fois l'amélioration obtenue. C'est ici que s'insère le traitement thermal et climatique, dénué d'effets secondaires, et qui permettra d'alléger le traitement de fond et son coût, en inconfort, coût financier, effets secondaires.

Toutes les considérations sur le thermalisme butent sur la difficulté d'en évaluer les effets. On sait qu'en matière de médicaments il est deux situations : soit l'efficacité est spectaculaire (pénicilline pour les pneumocoques) et immédiatement démontrée, soit elle est modeste et il faut recourir à des méthodes sophistiquées.

Pour les médicaments, la méthode des essais comparatifs, sur laquelle il existe une abondante littérature, est à peu près adaptée.

Pour les autres techniques (chirurgie, méthodes physiques, thermalisme,...) la méthode des essais comparatifs ne peut être employée qu'avec beaucoup de difficultés. En ce qui concerne le thermalisme, il est à peu près admis qu'elle est inadaptée : quels contrôles, quels groupes témoins ?

Le risque est évidemment, faute de pouvoir démontrer avec une technique aussi rigoureuse que celle des médicaments l'efficacité du thermalisme, de le voir déclaré inefficace, au grand dam des patients qui en bénéficient avec régularité.

A l'heure où l'évaluation médicale commence à être perçue comme une ardente nécessité, il revient à l'ensemble de la communauté médicale thermale de relever ce défi. Déjà, on commence à définir des critères objectifs d'efficacité des cures, à la fois pendant son déroulement et pendant la période suivante. C'est un premier pas. Il faut encore faire preuve d'imagination, et de rigueur, pour achever de convaincre les « thermo-sceptiques ».



La dermatite atopique de l'enfant en cure thermique

J.-M. SONNECK
(Saint-Gervais-les-Bains)

RÉSUMÉ

La dermatite atopique représente plus de 80 p. cent des indications thermales en dermatologie pédiatrique. La dermatite atopique avec réactivité aux pneumallergènes en représente la meilleure indication. Si la cure thermique est un acte thérapeutique elle représente aussi une période favorable à l'éducation médicale familiale. Les soins thermaux doivent être considérés comme une thérapie adjuvante qui ne s'oppose en rien aux traitements classiques éventuellement poursuivis ou entrepris pendant la cure.

Mots clés : Dermatite atopique – Thermalisme.

SUMMARY

Thermal treatment of children's atopic dermatitis. – In dermatological pediatrics, atopic dermatitis represents more than 80 % of the indications for thermal treatments. Atopic dermatitis with respiratory reactivity to allergens is the best indication. In addition to its therapeutic effects, thermal treatment can also represent an occasion for the patient's family to improve its medical education. Thermal treatment should be considered as an accessory therapy : it should not interfere with traditional treatment, which can be undertaken or continued at the same time.

Key words : Atopic dermatitis – Thermalism.

Je voudrais dans cet exposé vous livrer un jugement personnel concernant la dermatite atopique de l'enfant en cure thermique. Mes constatations et mes réflexions ne reposeront pas sur des études scientifiques contre série témoins (il n'en existe d'ailleurs pas) et elles n'engageront que leur auteur.

Le thermalisme a intéressé ces dernières années : 625 000 personnes / an dont 42 000 enfants, parmi elles : 13 700 en dermatologie.

Il existe 12 centres thermaux à orientation dermatologique en France métropolitaine, 13 si on inclut un centre qui possède l'orientation muqueuse pure.

En fait l'activité thermique dermatologique est concentrée actuellement dans deux centres qui assurent 80 p. cent de cette activité : La Roche-Posay (60 %) et Saint-Gervais (20 %).

En ce qui concerne le thermalisme pédiatrique, 42 000 enfants effectuent une cure thermique chaque année. Parmi eux 4 000 l'effectuent en première indi-

cation dermatologique. Les statistiques nous apprennent que 3 500 enfants ont été suivis en 1992 dans ces deux stations thermales. Plus de 80 p. cent d'entre eux effectuaient une cure pour un eczéma atopique.

L'indication la plus fréquente du thermalisme dermatologique pédiatrique concerne donc la dermatite atopique.

LA BONNE INDICATION THERMALE ?

Il est communément admis, même dans l'esprit des décideurs acquis au thermalisme, que le thermalisme s'adresse aux maladies chroniques sans espoir de guérison, après échec des thérapeutiques classiques (le thermalisme ne serait plus une thérapeutique classique ?), arme de l'ultime recours, pour ne pas désespérer des patients pour lesquels nous sommes désarmés.

Non ! Cette vision est digne du docteur Knock... le bon cas n'est pas le patient suffisamment malade pour justifier un acharnement thérapeutique allant jusqu'à

La Résidence, 74170 SAINT-GERVAIS-LES-BAINS.

Communication présentée à la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales. Journée Nationale, 9 février 1994.

faire appel au thermalisme, mais suffisamment en bonne santé pour revenir souvent et longtemps...

Comme tous les médecins, le médecin thermaliste veut « guérir » ses patients et la bonne indication du thermalisme est représentée par les dermatoses pour lesquelles le rapport : coût/efficacité est bon tant sur le plan individuel que collectif. L'atopie en fait partie.

La médecine thermale est peu connue du monde médical : Yves Girault, professeur à l'université de Montréal, dans une étude menée pour la Fédération thermale et climatique et publiée en juillet 1993 montre :

- que les médecins ne connaissent pas le thermalisme,
- que les malades s'auto-prescrivent leurs cures,
- qu'il s'agit, dans l'esprit des médecins interrogés d'une médecine efficace pour les maladies psychosomatiques.

Dans ces conditions qui sont les jeunes curistes qui fréquentent les centres thermaux ?

Ils appartiennent à trois catégories :

- les enfants avec refus parental absolu d'utilisation des dermocorticoïdes ;
- les enfants atteints d'eczéma atopique classique pas toujours préoccupant qui se sont le plus souvent auto-prescrits leur cure thermale ;
- les enfants adressés par des confrères dermatologues, bien pris en charge, pour lesquels des facteurs internes prédominent, qu'ils soient alimentaires ou psychologiques, ce qui explique la chronicité et les difficultés évolutives.

Les premiers avec refus absolu des dermocorticoïdes arrivent souvent dans un état cutané impressionnant avec des lésions croûteuses et impétiginisées, un prurit intense, l'enfant est souvent agité et fatigué par manque de sommeil. Il est accompagné par une mère aux idées thérapeutiques très arrêtées et qui souvent, a trouvé chez un confrère la caution scientifique d'une telle attitude ! Ce parti pris est d'ailleurs souvent justifié par des erreurs passées dans la prise en charge thérapeutique. Il s'agit pour nous d'une excellente indication car la cure thermale sera l'occasion, avec tact, de pratiquer un véritable enseignement parental, leur apprendre ce qu'est l'état atopique, les risques à laisser un enfant avec des lésions évolutives et surinfectées, les principes thérapeutiques et les raisons des échecs antérieurs. La partie délicate sera de réapprendre le bon maniement des dermocorticoïdes qui est pour nous :

- le moins possible et le moins souvent possible,
- dès le début de la phase évolutive (ne pas attendre la diffusion secondaire des lésions),
- applications strictement réservées aux zones atteintes et prurigineuses,

- une application par jour,
- arrêt thérapeutique sans observer de phase dégressive,
- en utilisant un dermocorticoïde de classe III en première intention.

Dans ces situations les résultats sont le plus souvent remarquables. Mais il faut agir avec tact et réserve face à des parents pour qui la « cortisone » est synonyme de poison et à des médecins prescripteurs de cure qui peuvent se sentir désavoués. Par ailleurs les parents se demandent pourquoi venir en cure pour se faire prescrire un dermocorticoïde... Ceci illustre bien le fait que le médecin thermaliste n'est pas un « arroseur prestataire de service » mais un thérapeute agissant librement en fonction de son expérience, de ses connaissances et convictions. Le dermatologiste thermal est un dermatologiste à part entière disposant en plus d'une arme thérapeutique originale au même titre qu'un dermatologiste disposant des installations de puvathérapie.

Les seconds sont les enfants entrant dans un cadre classique c'est-à-dire avec un eczéma à prédominance sur les convexités dans la première enfance, se localisant ensuite dans les grands plis, pour prédominer à l'adolescence comme à l'âge adulte en cervico-facial et thoracique haut. Le problème est celui de la prise de conscience de la nature plurifactorielle du déclenchement des crises. Curieusement, peu vivent dans un environnement hypo-allergénique alors qu'ils connaissent une réactivité aux acariens ! Les crises saisonnières polliniques ne sont pas comprises et conduisent à des découragements et abandons thérapeutiques préjudiciables. La reconnaissance et la prise en compte des facteurs déclenchants est certainement un élément psychologique apaisant qui leur permet de mieux vivre avec leur dermatose. La consommation en dermocorticoïdes est parfois excessive avec nécessité de sevrage au niveau du visage.

La troisième catégorie concerne les patients adressés par des confrères dermatologues. Ils ne sont pas les plus nombreux ! Leur prise en charge thérapeutique est souvent bonne, mais les facteurs déclenchants peuvent ne pas être maîtrisés : réactivité aux acariens et vie dans un environnement de moquettes par exemple. Les eczémats sont d'évolution un peu désespérante en raison de l'existence de facteurs internes ou externes difficiles à contrôler, qu'il s'agisse de facteurs alimentaires, polliniques ou psychologiques. En ce qui concerne les facteurs alimentaires nous vivons encore dans le souvenir des régimes d'exclusion draconniens, sans base scientifique, générateurs de troubles carenciels potentiellement graves. Si bien que de nombreux pédiatres dermatologues ou allergologues avaient décidé une bonne fois pour toutes de condamner toute forme de régime chez l'enfant atopique. Cette position extrême doit être révisée à notre sens car depuis quelques années des progrès ont été faits dans le domaine des investigations. Pour de rares derma-

tites atopiques ces investigations permettent de déboucher sur des régimes sélectifs précis et temporaires.

En fonction de la qualité de la prise en charge thérapeutique des patients curistes, le médecin thermaliste, dermatologue, aura des pôles multiples :

- simple prestataire de services,
- médecin consultant (non vécu comme concurrent car éloigné géographiquement). Il peut conseiller un confrère sur l'utilité ou l'inutilité à certaines explorations et thérapeutiques,
- thérapeute pour les patients sans prise en charge médicale véritable. Cette prise en charge thérapeutique sera de qualité car il pourra suivre son petit patient quotidiennement à l'occasion des séances de douches filiformes et adapter ainsi précisément la thérapeutique. La cure réalise alors véritablement une hospitalisation sans en avoir ni les contraintes ni le coût.

DÉROULEMENT DE LA CURE THERMALE

Déroulement quotidien de la cure

Les soins thermaux associent le plus souvent cure de boisson, pulvérisations générales ou segmentaires, bains généraux ou segmentaires et douches filiformes. L'existence d'un espace thermal réservé aux enfants est certainement souhaitable afin que l'enfant dispose au sein du centre thermal d'un climat favorable adapté à son jeune âge et d'une certaine ambiance de la part du personnel délivrant les soins thermaux. Cet espace favorise en outre les contacts entre les mamans. Néanmoins le déroulement de certains soins particuliers, par exemple des douches filiformes, avec les adultes ne pose pas de problème particulier.

Traditionnellement les soins thermaux débutent tôt, il faut donc veiller à ce que les enfants fassent partie des contingents les plus tardifs afin de ne pas rajouter une source de fatigue à une thérapeutique générant un besoin supplémentaire de sommeil. Aménager une période de repos en début d'après-midi est indispensable pour les jeunes enfants. Il faudra y veiller particulièrement chez les enfants effectuant une cure en double handicap c'est-à-dire pour leur dermatose mais aussi une autre manifestation de l'atopie, en général ORL ou pulmonaire (10 % des enfants à Saint-Gervais).

Lorsque cela est nécessaire le traitement de la dermatose est associé aux soins thermaux : antiseptie, antibiothérapie générale, émollients, crèmes hydratantes et dermocorticoïdes utilisés judicieusement. Ces derniers sont appliqués selon les principes déjà énoncés : après 48 h de soins thermaux, sur les zones prurigineuses, une fois par jour, en arrêtant dès que le prurit a perdu son caractère gênant. Moins de cinq applications suffisent en général. Il s'agit d'un véritable réapprentissage de la vie avec la dermatose de l'enfant

d'autant que le mode de séjour dans des locations parfois exigües fait vivre la famille au rythme du prurit nocturne de l'enfant. Que de fois n'entendons nous pas dans la bouche des mamans : « Docteur j'ai mal lorsque je le vois ou l'entend se gratter ! ». Il nous faut bien expliquer à sa famille que le prurit non seulement n'est pas maîtrisable mais peut être source de plaisir pour l'intéressé et qu'il convient alors de l'ignorer ou de le respecter. Une acceptation de ce fait permettra toujours de progresser sur le plan thérapeutique en diminuant notamment la consommation en dermocorticoïdes.

Bien que l'action du thermalisme doive classiquement se juger sur le long terme nous veillons à ce que l'enfant termine sa cure avec un tégument en bon état.

Des incidents peuvent émailler la cure. Ils sont le fait d'épidémies de maladies infectieuses : varicelle, viroses exanthématiques ou non. Le thermalisme réalise un brassage de populations venant d'horizons divers ne partageant pas la même histoire immunologique. Les microbes des uns trouvent chez les autres un terrain vierge sur le plan immunologique où ils pourront se développer. Bien que la contagion survienne dans les jours précédant les manifestations cliniques nous préférons interrompre immédiatement la cure en cas de survenue de maladie infectieuse. La vie en collectivité tolère très mal les manquements à cette règle.

Modalités de séjour

L'enfant peut faire sa cure avec un accompagnant, dans une famille d'accueil ou une maison à caractère sanitaire. Les possibilités sont diverses parmi les 12 centres thermaux à indication dermatologique reconnue. Le séjour en famille d'accueil ou en maison médicale à caractère sanitaire pose le problème des relations médicales avec les parents.

La présence d'une personne accompagnante est souhaitable pour la première cure : la cure est un médicament global qui dépasse largement la simple administration d'eau thermale. Elle aura d'autant plus d'effets que s'y associera, non seulement une information mais aussi une éducation sanitaire des parents. Le médecin thermaliste dispose d'un temps suffisant pour être un « formateur » aussi bien pour les patients que pour les parents. Ses qualités dans ce domaine, sa force de persuasion permettront non seulement de transmettre des informations sur la dermatose mais inciteront aussi l'enfant et les parents à modifier leurs habitudes dans le sens souhaité :

- contrôle des facteurs d'environnement domestiques et ménagers : suppression des lessives industrielles qui lavent plus blanc que blanc, des assouplissants, facteurs irritatifs,
- traque de la poussière avec modification éventuelle de l'habitat,

- interdiction du port de bijoux fantaisie afin de ne pas favoriser la sensibilisation aux métaux,
- interdiction des animaux domestiques à poils,
- lutte contre le tabagisme familial pour limiter le tabagisme passif,
- orientation des activités sportives en déconseillant certains sports tels que les activités en gymnase poussiéreux ou l'équitation. Ces conseils donnés très tôt permettront d'éviter les petits drames liés à l'interruption d'une activité plaisante dans laquelle l'enfant s'est investi, voire réussit,
- conseils d'orientation professionnelle recommandant d'éviter la coiffure ou certains métiers du bâtiment.
- bonne gestion des dermocorticoïdes. La gestion thérapeutique des dermocorticoïdes conditionne la qualité des résultats thérapeutiques : une utilisation forcenée est aussi nocive que l'absence d'utilisation.

Il est évident que la responsabilité parentale et médicale sont grandes dans le domaine de l'eczéma atopique de l'enfant. L'absence de compréhension de la maladie incite les parents à rechercher le médecin « miracle », la thérapeutique « miracle », les conduisant dans une quête médicale incessante, source de multiplication des dépenses de santé. Le séjour thermal permet de donner des idées claires aux parents et de renvoyer une famille apaisée car non culpabilisée.

Choix des conditions de séjour

La période de séjour thermal peut avoir une importance lorsque des facteurs polliniques sont présents. Il vaut mieux attendre la fin de la période pollinique (de la station thermale !) pour effectuer la cure.

Les conditions de séjour doivent être soigneusement préparées. Certaines familles choisissent pour des raisons de goût mais aussi d'économie l'hébergement en camping. L'enfant atopique peut être exposé alors à plusieurs facteurs déclenchant une poussée :

- les pollens de l'environnement,
- des prurigos parasitaires,
- le rôle du soleil parfois nocif (exceptionnel chez l'enfant, parfois chez l'adolescent),
- l'action irritative des herbes.

Il s'agit d'un mode de séjour peu favorable bien que possible. Par ailleurs, en cas d'intempéries, de tels séjours apportent rarement satisfaction.

Les familles résident parfois dans des locations dont la propreté peut laisser à désirer ; les oreillers en plumes, les moquettes et couvertures poussiéreuses sont à l'origine de belles poussées allergiques cutanées ou respiratoires à l'occasion des cures thermales !

Afin de pallier à ces inconvénients certaines initiatives locales ont été prises mais la communication peut être difficile entre les différents partenaires sociaux au sein de la station thermale et les loueurs de meublés

non informés des impératifs concernant l'hébergement d'une population allergique. Les responsabilités sont diluées, l'action lente à porter ses fruits. Il est indispensable que les stations thermales puissent offrir aux curistes des locations au label « hypo-allergénique » :

- hygiène de l'habitat,
 - absence de moquettes et tentures,
 - traitement acaricide avec aspiration industrielle deux fois par an, voire peintures acaricides,
 - absence d'acceptation d'animaux domestiques,
 - literie en mousse.
- Cette politique de bon sens se heurte malheureusement à des difficultés multiples :
- absence de conscience du besoin,
 - difficultés et coûts des mises à niveau,
 - risques de dévalorisation du parc locatif non conforme,
 - gestion et contrôle de qualité du label chez les partenaires privés,
 - arrière-pensées politiques locales chez les décideurs...

RÉSULTATS

Nous avons pour habitude de dire à nos curistes en première cure et quelque soit leur âge, « vous jugerez l'action de la cure sur l'évolution pendant l'année à venir. Vous avez 7 chances sur 10 pour que votre eczéma soit plus calme avec des poussées moins intenses et moins fréquentes jusqu'en janvier ou février prochain. Il s'agit alors d'un bon résultat de cure. Une atténuation pendant deux mois correspond à un mauvais résultat, l'amélioration étant à mettre sur le compte de la prise en charge thérapeutique pendant les trois semaines de cure ».

Peu d'études sont disponibles pour évaluer l'efficacité du thermalisme. Elles sont toutes de nature rétrospective et sans séries témoins. Leur intérêt n'est pas nul même si elles sont criticables.

En 1990, le Dr Augé, de Saint-Gervais, présente un mémoire en vue de l'obtention du certificat d'hydrologie.

« Devenir de 100 curistes porteurs d'eczéma atopique 10 ans après une première cure effectuée en 1980 » 100 questionnaires sont envoyés :

- 44 retours avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée »
 - 33 réponses sur les 56 restants
- nombre de cure effectuées : 2 à 3
- pourquoi n'êtes-vous pas revenus ?
- | | |
|--|------|
| guéris : 25 % ne suivent plus aucun traitement | |
| suffisamment améliorés : | 47 % |
| insuffisamment améliorés : | 19 % |
| échec complet : | 6 % |

L'effet de la crénothérapie est jugé par les intéressés comme très satisfaisant ou satisfaisant pour 84 p. cent des répondants.

Une autre étude menée en 1992 à Saint-Gervais :

« devenir des perdus-de vue après une première cure à Saint-Gervais en 1990 » enquête réalisée par questionnaire. A partir de notre fichier géré par informatique il apparaît que 46 p. cent des patients ayant fait une première cure en 1990 ne sont pas revenus en 1991. Que sont-ils donc devenus ?

320 questionnaires envoyés, 206 retours soit 64 p. cent de répondants ce qui est très important dans ce genre d'enquête. 84 concernaient des eczémateux tous âges confondus.

Évolution 3 mois après le séjour thermal :

amélioration : 64 %, pas de changement : 31 %, aggravation : 2 %.

Traitement suivi :

quotidiennement : 34 %, de temps en temps : 43 %, plus de traitement : 22 %.

Souhait de cure en 1991 :

oui : 32 %, non : 67 % (maladie suffisamment améliorée 2/3 des cas).

Cure effectuée dans une autre station en 1991 : 15 % des cas.

Le nomadisme thermal est peu fréquent mais normal dans cette proportion si l'on veut bien admettre que certains patients ont des résultats favorables dans certains centres thermaux et pas dans d'autres.

Cette enquête montre en outre que le mythe des « trois cures thermales » doit être combattu. Si nos statistiques montrent que nos curistes présents en 1993 ont effectué en moyenne 3 à 4 cures, certains s'estiment suffisamment améliorés après une seule cure.

En fin de cure, le médecin thermaliste indique si une nouvelle cure lui semble utile. En ce qui nous concerne deux échecs consécutifs doivent certainement faire interrompre l'expérience thermale. Les eczémateux avec facteurs alimentaires prédominants, rares dans notre expérience, répondent mal à la crénothérapie, il est donc inutile de poursuivre après un premier échec.

POUR UNE POLITIQUE D'ÉVALUATION DU THERMALISME

Nous sommes à une époque où une action thérapeutique doit être évaluée comme efficace ou être condamnée à apparaître comme inutile. Il est donc indispensable que l'évaluation du thermalisme soit faite sous peine un jour de disparaître du champ du remboursement par les organismes sociaux. Dans le

domaine qui nous intéresse aujourd'hui, l'eczéma atopique chez l'enfant, dermatose dont l'histoire naturelle est d'évoluer vers la disparition avant l'adolescence, il faut pratiquer des études contre séries témoins. Nous nous heurtons à des difficultés structurelles :

Il n'est pas question de nier la responsabilité du monde thermal à faire la preuve de l'efficacité des thérapeutiques proposées. Mais celui-ci n'est pas en situation favorable pour remplir ce contrat. En effet les médecins thermalistes ne sont que les exécutants d'une technique thérapeutique préconisée par le médecin traitant. Ils ne peuvent en aucun cas être autorisés à effectuer un tirage au sort pour savoir qui sera traité et qui servira de cas témoin. La constitution de groupe témoins est difficile à réaliser.

Toute expérimentation clinique passe donc par une coopération étroite entre les médecins thermalistes et les médecins prescripteurs répartis sur l'ensemble du territoire national, ce qui pose d'importantes difficultés de communication. C'est pourquoi il faut développer les relations avec le monde universitaire régional afin d'initier des études épidémiologiques prospectives. Le monde médical thermal doit acquérir une formation épidémiologique de base pour rester ou redevenir crédible.

POUR UNE REPRISE DE L'ENSEIGNEMENT DU THERMALISME DANS LE CURSUS UNIVERSITAIRE

Il faut que la médecine thermale, thérapeutique qui possède un indice de satisfaction de plus de 75 p. cent soit enseignée durant le cursus des études médicales. Ceci s'imposera si nous parvenons à faire la preuve qu'elle concourt à la réduction des dépenses de santé. En attendant il faut que les sociétés médicales des stations thermales soient à l'origine d'une mobilisation pour la propagation d'un savoir en voie de perdition.

En mettant en place des moyens d'étude épidémiologique de la population suivie. Les moyens informatiques sont devenus indispensables.

En nouant des relations avec le monde universitaire régional et l'industrie pharmaceutique afin de les sensibiliser à la richesse unique de la clientèle thermale qui concentre en un même lieu et sur une période courte de grandes séries de maladies homogènes, permettant des études épidémiologiques irréalisables ailleurs.

En proposant leurs services pour une transmission du savoir dans les associations de formation continue, chez les étudiants en formation dans les hôpitaux généraux de leur secteur géographique.

Crénothérapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant

C. LOISY, J.C. MONTEIL, N. PLANES SAUTEREAU, G. LESEC, S. BEORCHIA

(Vichy)

RÉSUMÉ

Les manifestations de l'allergie digestive (réaction anormale aux aliments, de mécanisme immunologique) doit être distinguée de l'anaphylaxie alimentaire (réaginique), des fausses allergies alimentaires (histamino-libération) et des intolérances alimentaires (enzymopathies). Leur expression diffère suivant l'âge du sujet : sévères et bruyantes chez le nourrisson, d'allure surtout digestive chez l'enfant, elles sont essentiellement, chez l'adulte, de type extra-digestif. Parmi les moyens de diagnostic, la méthode de référence est le Schéma Décisionnel de Monneret-Vautrin. Nous utilisons également l'évaluation de la densité des cellules duodénales à IgE par immunofluorescence. De nombreux travaux, *in vitro* et *in vivo*, ont mis en évidence l'effet anti-anaphylactique et anti-histaminique de certaines eaux thermales. Les travaux concernant les résultats du traitement des allergies digestives par les eaux thermales font état d'une activité très favorable de la crénothérapie vis-à-vis des allergies digestives d'origine alimentaire, d'un effet nettement moins évident quand l'allergène n'est pas alimentaire et soulignent les résultats meilleurs obtenus chez l'enfant plutôt que chez les sujets adultes.

Mots clés : Allergie digestive – Enfant – Thermalisme.

SUMMARY

Thermal treatment of child's digestive diseases of allergic origin. – Digestive allergy (i.e. abnormal reaction to food, whose mechanism is immunological) should not be confused with food anaphylaxis (reaginic), false food allergies (histaminic release), and intolerance to certain foods (enzymopathies). Their manifestations differ depending on the subject's age : while severe and noisy when babies are concerned, they are mostly digestive for children and essentially extra-digestive when adults are concerned. The diagnostic method of reference is Monneret-Vautrin's Decisional Diagram. We also use the IgE duodenal cell density ratine by immunofluorescence. Several experiments, both *in vitro* and *in vivo*, have demonstrated the anti-anaphylactic and anti-histaminic effect of thermal waters. Publications describing the results of thermal water treatment of digestive allergies confirm its positive action on digestive allergies caused by food, whereas for allergens which are not of food origin, results are not as good. Also, these publications mention the fact that results for children are better than those for adults.

Key words : Digestive allergy – Child – Thermalism.

L'allergie alimentaire englobe les réactions anormales aux aliments de mécanisme immunologique, en réservant le terme d'*anaphylaxie alimentaire* aux accidents dus à une hypersensibilité réaginique, de type I.

Par contre, les réactions anormales à un aliment ne répondant pas à un mécanisme immunologique doivent être désignées, suivant leur mécanisme, sous le terme de *fausses allergies* (apport excessif de bioamines, histaminolibération) ou d'*intolérances alimentaires* (enzymopathies).

Les manifestations de l'allergie alimentaire sont fonction de l'âge du sujet, car, au fil des ans, la barrière immunitaire de la muqueuse digestive améliore progressivement sa résistance vis-à-vis de l'agression allergique.

De ce fait, si, chez le nourrisson, l'allergie alimentaire provoque souvent des lésions très importantes de la muqueuse (et corrélativement, des manifestations sévères et bruyantes), chez l'enfant, les lésions muqueuses sont moins importantes et l'allergie alimentaire revêt le plus souvent un masque digestif. Chez l'adulte, par contre, la symptomatologie est surtout extra-digestive (cutanée ou respiratoire).

L'allergie alimentaire est fréquente chez l'enfant, et ses manifestations sont surtout intestinales : diarrhée, crises douloureuses abdominales itératives, s'accom-

Tirés à part : Dr C. Loisy, 123, bd des États-Unis, 03200 VICHY.

Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales,
Journée Nationale du 9 février 1994.

pagnant de symptômes évocateurs : urticaire, eczéma, prurigo, œdème de Quincke, asthme et parfois migraines (ces troubles étaient autrefois considérés comme faisant partie d'entités étiquetées « crises acétonémiques », « crises abdominales paroxystiques de l'enfance », « insuffisance hépatique » ou encore « crises de foie », etc.).

Ces symptômes peuvent se présenter cliniquement de façon aiguë par mécanisme réaginique (allergie au lait de vache) – ou prendre une allure chronique (Maladie cœliaque, Maladie de Heiner...).

Il importe de constater que certains de ces troubles disparaissent en général de façon spontanée vers l'âge de 10 ans (pour être parfois remplacés par d'autres manifestations cliniques : migraines, troubles dyspeptiques...) : la possibilité d'une guérison spontanée doit donc être prise en compte dans l'évaluation de l'effet des traitements.

EFFETS EXPÉRIMENTAUX DE L'EAU THERMALE SUR LES MANIFESTATIONS ALLERGIQUES

Nombreux sont les travaux expérimentaux qui ont mis en évidence l'effet anti-histaminique et anti-anaphylactique des eaux thermales. Nous avons retenu ici les plus classiques :

Effet protecteur de l'eau thermale de Vichy vis-à-vis du choc anaphylactique chez le lapin (Justin-Besançon, Debray, Lacour) – que l'eau thermale soit mélangée in vitro à la dose sensibilisante ou déchaînante (pouvoir anagotoxique) — ou qu'elle soit injectée in vivo, avant ou entre les deux injections (pouvoir phylactique) [1] :

- sans inactiver ou détruire l'histamine, l'eau thermale possède une action frénatrice ou suspensive de ses effets,

- les solutions synthétiques, reproduisant artificiellement la composition chimique de l'eau thermale, ont une activité très inférieure, non significative.

Effet sur le phénomène de Schultz-Dale (effet de l'histamine sur la corne utérine du Cobaye) : le phénomène est annulé en présence d'eau thermale de Pougues-les-Eaux (Chiray et coll.) [1].

Retard du temps d'apparition de la réaction de Lewis (provoquée par l'injection intra-dermique d'histamine) quand on ajoute de l'eau thermale fraîche de Vichy à la dose d'histamine (Cuvelier, de La Tour et Tronche) [3].

Activité anti-histaminique de l'eau de Châtel-Guyon vis-à-vis de l'iléon de cobaye. Cette activité apparaît très diminuée si l'on utilise une eau synthétique (solution de chlorure de magnésium).

L'effet anti-histaminique de la cure de Vichy a été étudié chez l'Homme : chez 30 sujets allergiques dont le pouvoir histaminopexique du sérum était en

moyenne de 2,50 p. cent avant la première cure, celui-ci s'est progressivement élevé à la fin de chaque cure, pour atteindre 12,53 p. cent à la fin de la troisième cure (Loisy et Varenne), avec une amélioration corrélative des symptômes [1].

MÉTHODES D'INVESTIGATION

Anamnèse – Cahier alimentaire

Régimes d'exclusion-réintroduction – (diète Vivonex)

Tests de Provocation [c'est la « pierre de touche » en matière d'allergie alimentaire, mais ils doivent être effectués en milieu hospitalier]

Tests cutanés (Prick-tests aux aliments)

Screening biologique

- IgE dans les selles (PRIST - radio-immunologie) (André et Coll.)

- IgE sériques spécifiques chez enfant (RAST fx5)

- Dosage radio-immunologique des IgE spécifiques (RAST), allergène par allergène

- Mast-CLA-DHS (Dome, Hollister, Stier) : IgE sériques pour 36 allergènes alimentaires

Évaluation par immunofluorescence de la densité des cellules duodénales productrices d'IgE

- Réponse positive si plus de 6 cellules à IgE pour 3 Unités tissulaires.

- Méthode très fiable (André, André, Descos, Cavagna) : – 100 % de réponses positives chez 220 sujets porteurs d'une allergie alimentaire dûment authentifiée, – 100 % de réponses négatives chez 120 sujets sains (non parasités) [4].

- Son inconvénient est de n'apporter que la preuve d'une sensibilisation, sans identification des allergènes.

Dans notre pratique, nous utilisons le schéma décisionnel proposé par Monneret-Vautrin [5] :

- enquête alimentaire approfondie,

- débrouillage par Prick-tests,

- identification des IgE spécifiques (par Mast-Cla ou RAST),

- Tests de provocation (quand cela est possible).

Dans d'assez nombreux cas, soit d'emblée (pour obtenir la preuve d'une sensibilisation), soit quand la démarche classique est négative, nous effectuons l'évaluation de la densité en cellules duodénales à IgE.

RÉSULTATS

Si l'on s'en tient très strictement aux résultats de la Crénothérapie vis-à-vis des manifestations digestives de l'allergie chez l'enfant, les travaux publiés sont peu nombreux.

Delarbère [1] constate un excellent résultat de la cure de Vichy sur les manifestations cutanées rattachées à une origine allergique alimentaire chez les enfants :

- 65 % de guérisons définitives,
- 35 % d'améliorations,

alors que pour l'urticaire d'origine alimentaire chez l'adulte, l'effet de la cure est moins favorable (Bonnet) [3] ;

- 17 % de guérisons,
- 34 % d'améliorations.

Ceci n'étonnera pas les Médecins thermaux qui connaissent les résultats à la fois meilleurs, plus solides, et surtout plus rapides de la crénothérapie chez l'enfant.

L'étude concernant le traitement thermal des allergies alimentaires (diagnostiquées par la technique uti-

lisée à l'époque : Exclusion-réintroduction suivant le protocole de Rinkel) et que l'un de nous a présentée au 1^{er} Congrès d'Allergie Alimentaire et Digestive en 1963 (Loisy) concerne 77 sujets (enfants et adultes). Un résultat favorable de la cure sur les symptômes digestifs et extra-digestifs d'origine allergique a été observé chez 64,5 p. cent des sujets porteurs d'une allergie digestive d'origine alimentaire, avec 23,7 p. cent de résultats partiels et 11,8 p. cent d'échecs alors qu'en cas d'allergène non alimentaire, les bons résultats tombent à 12,5 p. cent, les résultats partiels à 37,5 p. cent et les échecs à 50 p. cent. Nos conclusions, à l'époque (et nous gardons la même opinion aujourd'hui) étaient que la cure thermale (tout au moins celle de Vichy) possède une activité très favorable sur les symptômes de l'allergie digestive d'origine alimentaire, mais que cet effet apparaît très nettement inférieur en cas d'allergène non alimentaire [2].

Enfin, une réflexion est menée actuellement concernant un travail destiné à vérifier l'effet de la cure de Vichy sur la densité des cellules duodénales productrices d'IgE chez nos patients allergiques alimentaires, en effectuant chez eux une évaluation des cellules duodénales à IgE avant et après la cure de Vichy.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie exhaustive de cette question se trouve dans les volumes suivants (par ordre alphabétique) :

1. Loisy C. - Thérapeutique Thermale de l'Allergie Digestive. In : 1^{er} Congrès International d'Allergie Alimentaire et Digestive, pp. 319-342, Vichy-Wallon, 1963.
2. Baillet P., Bonnet G., Chaire J., Debidour A., Flurin R., Loisy C., Molinier P., Passa J. - Rapport sur la crénothérapie des affections allergiques dans les stations thermales françaises. *Presse therm. climat.*, 1971, 108, 12-34.
3. Flurin R. et coll. - Crénothérapie des Affections Allergiques. In : *Thérapeutique Thermale et Climatique*, pp. 373-380, Paris, Masson, 1972.
4. Monneret-Vautrin D.A., André C. - *Immunopathologie de l'allergie alimentaire et fausses allergies alimentaires*. Paris, Masson, 1983.
5. Monneret-Vautrin D.A., Kanny G., Gérard H. et al. - Détermination des IgE spécifiques aux allergènes alimentaires par le Mast-Cla. Corrélation avec les Tests cutanés et le RAST. *Rev. Fr. Allergol.*, 1990, 30, 225-231.
6. André C., Galvain S., Beorchia S., Planes Sautereau N., Jean C., Borot E., Richard E., Lesec G., Loisy C. - Food allergy and Common migraine : study of IgE cells in duodenal biopsy and effect of Cromoglycate. *Headache Quarterly*, 1991, 2, 38-44.
7. Jean R., Flurin R., Loisy C. - Cures Thermales et Climatiques. In : Charpin J., Vervloet D. - *Allergologie*, pp. 1133-1137. Paris, Flammarion, 1992.



Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ?

P. MARCIANO

(Béziers)

RÉSUMÉ

Nous avons, à l'occasion de ce travail, insisté sur la distance qu'il convient désormais de prendre par rapport à la notion de typologie de l'enfant atopique et de ses parents même si l'on accorde aux liens inter-actifs entre l'enfant et ses parents, une certaine spécificité : en effet, on retrouve de manière assez fréquente des mécanismes dépressifs avec une certaine complaisance parentale devant les manifestations de l'enfant. Nous avons insisté aussi sur l'aspect pluri-factoriel des maladies somatiques qui interviennent de manière très fréquente durant l'enfance qui constitue une sorte « d'âge d'or » pour ce type de manifestations. Nous avons, par ailleurs, insisté sur la notion d'anatomie imaginaire et sur la « fragilité » ou la complaisance de certains « organes-cibles » qui sont alors soumis à de véritables « attaques sadiques » de la part d'autres parties du Moi de l'enfant. Nous avons osé le rapprochement entre certaines de ces attaques auto-centrées et les mécanismes auto-immuns qui interviennent dans l'allergie. Enfin, il nous paraît important de considérer le symptôme atopique comme ayant une authentique valeur expressive pour l'enfant : – Il est le témoin de sa souffrance interne et des tentatives de métabolisation et d'élaboration qu'il effectue. – Il est aussi le témoin de tentatives d'autonomisation de l'enfant et dont les manifestations atopiques sont le révélateur.

Mots clés : Lien inter-actif – Anatomie imaginaire – Attaques auto-centrées.

« Notre tâche n'est pas d'usurper la place de la pathologie organique, mais de déceler partout la " contribution psychique " ».

S. FREUD.

Le titre de cette communication illustre bien le fait que la clinique psychologique de l'allergie chez l'enfant, demeure le lieu de multiples paradoxes.

Service de Psychiatrie de l'Enfant. Centre Hospitalier, 2, boulevard Ernest-Perréal, 34525 BÉZIERS Cedex.

Communication présentée à la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales. Journée Nationale, 9 février 1994.

SUMMARY

Is there a psychological profile of the atopic child ? – Our work emphasizes the relative value to be attributed now to the notion of typology of the atopic child and his parents, although some specificity of the parents-child interactive ties is recognized : in fact, depressive mechanisms often occur, with a certain parental complacency towards the child's behaviour. We have also emphasized the multi-faceted aspect of somatic diseases which very often occur during childhood, a kind of « golden age » for this type of manifestation. Also we insist on the notion of imaginary anatomy and on the « fragility » or the complacency of certain « target organs » which suffer « sadistic attacks » from other portions of the child's ego. We furthermore endeavoured to compare some of these self-attacks to the anti-immune mechanisms occurring in an allergy. Finally, we believe it is important to consider the atopic symptom as having a real expressive value for the child : – as witness of his inner suffering and of his attempt to metabolize and elaborate such suffering ; – also as witness of the child's attempted autonomization, as evidenced by the atopic manifestations.

Key words : Interactive ties – Imaginary anatomy – Self-centered attacks.

En effet, on ne peut pas vraiment parler de typologie de l'enfant atopique. Cette formulation n'est plus tout à fait de mise ni d'actualité. Elle n'est pas non plus très pertinente sur le plan de la compréhension des mécanismes en jeu. On ne reconnaît donc plus un profil spécifique à l'enfant allergique.

De concert, la notion de profil spécifique de la mère de l'enfant allergique a elle aussi vécu. On parlait, en effet, de types de mères que l'on définissait ainsi : anxieuse..., surprotectrice..., faisant montre d'une hyper-sollicitude et en général, ne s'occupant de l'enfant que lorsqu'il était malade.

On souhaiterait ainsi remiser au rang des accessoires inutiles, ces notions dans la mesure où d'autres, plus

récentes ont pris le pas sur les premières. On parle en effet plus volontiers de mécanismes interactifs et de participation « active » de l'enfant dans les désordres relationnels familiaux. Ainsi, le faisceau des projecteurs s'est déplacé à partir de la mère pour essayer d'embrasser la dynamique familiale.

Cependant, ces premières notions, même si elles ne sont pas toujours pertinentes, reviennent dans nos constatations cliniques de manière récurrente. Force est alors de constater que l'on repère, de manière assez précise, un certain nombre de traits psychologiques les plus fréquemment rencontrés.

Ainsi, on pourrait dire, avec certaines précautions, que les enfants atopiques, sont en général angoissés. On rencontre chez eux un sentiment d'insécurité de fond assez facilement réactivable. Il existe aussi des manifestations dépressives avec, de manière concomitante, ce que l'on pourrait dénommer « une faiblesse narcissique ».

Il existe aussi des attitudes régressives et une grande dépendance par rapport au milieu familial en général et à la mère en particulier.

NOTION DE LIEN PSYCHOSOMATIQUE

Si l'on parle d'un contexte psychologique particulier et de ses relations avec les manifestations somatiques de type allergique, c'est que l'on pressent et sous-entend d'étroites inter-relations : c'est ce que l'on a coutume de ranger de manière générique sous l'appellation : « Lien psychosomatique ».

On le considère désormais comme pluri-factoriel. On pense, en effet, qu'il existe de nombreux mécanismes combinés pour l'apparition des manifestations allergiques. Il en est ainsi :

- des données génétiques ;
- des effets des allergènes et de l'incidence des variations écologiques ;
- de la complaisance somatique si précisément décrite par Freud comme une sorte de prédisposition, une fragilité de l'organe ayant une place toute particulière dans l'anatomie imaginaire de l'enfant ;
- l'apparition précoce et répétitive, d'affections rebelles comme les rhino-pharyngites et les otites, peuvent favoriser chez l'enfant l'émergence progressive du sentiment qu'il peut ainsi, par l'intermédiaire de ses maladies, « convoquer » comme il est coutume de dire, ses parents.

Ainsi, est alimenté son fantasme de toute puissance et l'impression qu'il peut avoir une incidence précise sur le psychisme des parents et ses modulations. Il peut ainsi arriver à provoquer angoisse, dépression, sollicitude, rejet chez ses propres parents en peuplant leur appareil psychique de ses propres « mauvais objets », ou mauvais sentiments si l'on se réfère à la terminologie Kleinienne ;

- enfin, les mécanismes psychologiques proprement dits. Nous allons les détailler dans le paragraphe suivant.

Facteurs psycho-dynamiques

Il convient de faire référence en premier lieu à ce que l'on a coutume d'appeler désormais « *L'anatomie imaginaire* ». Il s'agirait de la représentation qu'a l'enfant de son corps, de la disposition des organes entre eux, de leur fonctionnement respectif et de leur fonctionnement d'ensemble. Cette anatomie imaginaire n'a, bien entendu, rien à voir avec l'anatomie et la physiologie telles que nous les connaissons.

Ainsi, par exemple, cette représentation et cette mentalisation précoce du fonctionnement du corps de l'enfant, connaissent leurs prémices, lorsque celui-ci s'efforce de se représenter la façon dont sont « confectionnés » les bébés. Il en est ainsi des premières théories sexuelles infantiles : l'enfant imaginant dès lors, qu'en mangeant de manière plus importante qu'à l'accoutumée, les mamans arrivent ainsi à grossir et à porter les bébés.

Par ailleurs, en ce qui concerne les mécanismes d'expulsion, il faut faire une mention toute particulière aux « théories cloacales primitives ». L'enfant se représentant confusément les orifices de la mère, et identifiant alors l'enfant au produit fécal.

C'est ainsi qu'une fonction, un organe, peuvent alors revêtir une importance toute particulière en fonction de l'économie psychique de l'enfant et de son parcours évolutif. Cette économie personnelle s'inscrit de manière très étroite avec l'économie parentale : l'enfant s'identifiant souvent dans ces processus de compréhension, aux mécanismes de pensées des adultes.

Dans le cadre de cette anatomie imaginaire, on ne saurait enfin omettre les travaux importants de Didier Anzieu concernant le « Moi-Peau ». Il a su mettre en exergue la fonction protectrice de cette enveloppe corporelle qui permet à l'enfant d'identifier très précisément l'intérieur et l'extérieur. Celui-ci peut intérioriser alors l'image de son corps comme un contenant efficace.

Rôle persécuteur des « objets partiels internes ». L'espace psychique de l'enfant est peuplé d'objets partiels bons et mauvais. Il en est ainsi des affects des émotions, des sentiments que sont ainsi la faim, la soif, l'angoisse, la peur, la tristesse, voire la dépression et l'insécurité...

Mélanie Klein a très précisément décrit comment l'enfant pouvait avoir recours aux processus de clivage pour projeter à l'extérieur les mauvais objets qui le persécutent à l'intérieur. Ce fonctionnement par clivage intervenant à l'image des « processus schizo-paranoïdes » qu'elle a su mettre en évidence chez le très jeune enfant.

On sait, aussi, que lors des processus maturatifs, l'enfant a comme « tâche » de reprendre à son compte, de réintérioriser donc ses mauvais objets partiels. Il se les approprie pour essayer de faire cohabiter, en son intérieur, de manière la plus harmonieuse possible, ses bons et mauvais objets.

De concert, l'enfant développe des processus suffisamment efficaces de mentalisation contre son angoisse. Ainsi, il parvient à trouver apaisement et sécurité.

Nous savons donc, à l'image de ce que nous venons d'évoquer succinctement, combien certains enfants développent par l'intermédiaire de certaines parties de leur Moi, de véritables attaques sadiques contre d'autres parties de ce même Moi. Ces graves conflits internes sont animés le plus souvent par des forces auto-agressives et auto-punitives comme si l'enfant cherchait à « sanctionner » ses fantasmes illicites. En particulier ses fantasmes œdipiens au cours desquels il nourrit des idées d'annulation, voire de mort contre le parent rival avec de concert des inclinations incestueuses avec le parent du sexe opposé.

Ces manifestations « auto-centrées » sur certaines parties du sujet finissent par provoquer des effets délétères du fait de la sensibilité et de la fragilité de ces organes cibles : « élus » de manière préférentielle, là encore en fonction de l'anatomie imaginaire de l'enfant et des flux particuliers de son économie psychique qui orientent préférentiellement ses attaques sadiques sur certains organes par rapport à d'autres. On reconnaîtra là un certain nombre de mécanismes qui ressemblent de très près à ce que l'on sait actuellement des processus auto-immuns.

Les éléments inter-actifs occupent une part extrêmement importante dans la survenue des manifestations atopiques et l'on peut dire :

– l'enfant « englué » dans ses manifestations régressives, rend par là même sa mère indispensable... il la conforte progressivement dans le sentiment qu'elle peut avoir d'être absolument nécessaire pour les soins essentiels donnés à son enfant. La mère peut alors avoir la possibilité d'exercer une « super-fonction maternante ». La maladie est donc l'occasion pour elle de se révéler soignante, efficace, indispensable... comme si sans elle, il n'existait « point de salut » ;

– par ailleurs, l'enfant peut donner en quelque sorte corps aux phobies de la mère qui répète de manière anxieuse et fébrile : « J'ai toujours peur qu'il lui arrive quelque chose... ». Ce quelque chose finissant par arriver de manière récurrente et l'on assiste alors à une majoration de l'anxiété des parents et ainsi de suite.

Il faut ajouter enfin que l'enfance est couramment décrite comme « l'âge d'or » pour les maladies psychosomatiques.

On assiste en effet, à une prééminence du langage du corps du fait, justement, des déficits des processus de mentalisation et de sublimation de l'enfant.

Ainsi, les sentiments d'ambivalence vis-à-vis des parents, avec la culpabilité qui y est liée, les tensions inhérentes aux conflits œdipiens, la prise de conscience pour l'enfant que sa maman n'est pas exclusivement bonne..., favorisent l'émergence de processus anxieux, d'affects dépressifs qu'il doit s'efforcer de mentaliser et de sublimer.

Cependant, les processus psychiques de l'enfant sont parfois dépassés et l'on assiste alors à des phénomènes de somatisation qui viennent ainsi témoigner de l'importance des conflits et de leur tentative de résolution souvent inefficace.

QUELQUES REMARQUES QUANT AUX PROCESSUS ÉVOLUTIFS

Il est difficile, selon nous, d'affirmer l'existence d'une personnalité psychosomatique. En effet, un même enfant peut présenter des manifestations asthmatiques jeune, et en être indemne à un âge plus avancé.

De surcroît, la séquence asthme, eczéma, n'est pas obligatoire.

Ainsi, lorsque les processus de maturation sont satisfaisants, quand on note aussi la prééminence des « forces progressives » et quand les processus de sublimation s'avèrent efficaces, on note progressivement une diminution très sensible des manifestations allergiques jusqu'à leur disparition.

Par ailleurs, on sait que certaines mères, voire certains parents, vivent des paroxysmes anxieux liés à certains âges de leur enfant et pas à d'autres. Ceci en fonction de leur propre histoire, laquelle les a amenés à percevoir certaines périodes de l'enfance comme plus vulnérables que d'autres.

A l'inverse, quand la maladie se poursuit avec la persistance des bénéfices secondaires chez l'enfant et la prévalence des « forces régressives », celui-ci finit alors par se dédouaner de tout travail de métabolisation personnelle de ses conflits. Ce serait, en quelque sorte, sa mère ou ses parents qui deviennent alors pour lui une sorte d'appareil psychique accessoire. Ils sont alors « sommés » de pratiquer ce que l'on pourrait appeler de manière analogique, de la « mentalisation assistée ».

N'omettons pas, aussi, d'insister sur la véritable fonction persécutrice que peut revêtir parfois la maladie de l'enfant sur les parents tellement ils sont ébranlés dans leur équilibre personnel. Ceux-ci peuvent, de surcroît, se montrer tout à fait complaisants comme si, ils acceptaient mollement les effets persécuteurs de la maladie de leur enfant... recherchant par ce biais quelques actions punitives en retour cette fois de leurs propres fantasmes agressifs inconscients.

Enfin, nous voulions dire que la guérison de l'allergie ne signifie pas forcément mieux être sur le plan psychologique. On sait, en effet, combien dans cer-

taines circonstances, la maladie joue un rôle nécessaire dans l'économie psychique de l'enfant, qu'elle lui permet, paradoxalement, de négocier certaines étapes maturatives et qu'elle peut être aussi l'occasion de développer des forces progredientes.

Pour conclure, nous pourrions dire :

– on a, en effet, raison de critiquer la notion de typologie chez l'enfant atopique et chez ses parents ;

– il n'en demeure pas moins qu'il semble exister une certaine spécificité dans les liens **inter-actifs**. On retrouve, en effet, fréquemment, les paramètres suivants : dépendance, dépression de l'enfant devant une mère qu'il a du mal à accepter comme pas totalement « bonne », fantasmes de toute puissance infantile..., complaisance parentale devant les manifestations de l'enfant... besoin de la mère de se sentir indispensable... ;

– retenons cependant l'aspect pluri-factoriel du lien psychosomatique avec, entre-autres, des mécanismes psychologiques dominés par des sortes d'attaques de certaines parties du sujet contre d'autres.

Ceci en fonction de la représentation qu'a l'enfant de son anatomie et du fonctionnement de ses organes,

ce que nous avons rangé sous l'appellation générique « d'anatomie imaginaire ».

Nous avons insisté sur ces sortes d'attaques auto-centrées et nous avons osé le rapprochement avec ce que nous connaissons sur le plan immunologique, des processus auto-immuns intervenants dans l'allergie ;

– nous avons dit aussi que l'enfance constituait en quelque sorte « l'âge d'or » de la psychosomatique. L'enfant peut connaître, en effet, des déficits de mentalisation et de sublimation devant l'importance des processus anxieux et dépressifs qu'il peut vivre et qui submergent alors ses propres possibilités ;

– d'autre part, en ce qui concerne la prise en charge, il nous paraît précieux de combiner à côté du traitement somatique lui-même, une action psychothérapique en direction de l'enfant avec un travail de « guidance parentale ».

Nous voulions dire enfin que le symptôme atopique peut avoir une authentique valeur pour l'enfant dans la mesure où il est pour lui la modalité expressive privilégiée de sa souffrance et qu'il correspond souvent à des processus actifs de métabolisation de cette même souffrance. Il n'est donc pas rare de constater les étapes maturatives franchies par certains enfants après des épisodes somatiques importants et résolutifs...



Synthèse de la Journée Nationale d'Hydro-Climatologie Médicale

Paris, le 9 février 1994

P.L. DELAIRE
(La Roche-Posay)

L'*atopie* est une maladie :

- chronique,
- génétique,
- polymorphe,

car atteignant de nombreux organes : la peau, les poumons, le système digestif, etc.

C'était donc un sujet qui s'adaptait particulièrement bien à notre Journée solennelle d'Hydrologie Pédiatrique.

Le Dr Wallach, l'un des dermatologues pédiatres hospitaliers les plus réputés (et de plus, ami du thermalisme !), nous a bien fait comprendre que le thermalisme n'était pas une médecine *alternative* mais positive car *s'ajoutant* à l'arsenal habituel. La cure entre dans le cadre général de la conduite à tenir devant une maladie chronique où le sujet ne comprend pas pourquoi il y a récurrence dès l'arrêt du traitement symptomatique.

Ensuite, le Dr J.-M. Sonneck nous a montré sa grande expérience de dermatologue dans la dermatite atopique de l'enfant. Après nous avoir indiqué les différents groupes de recrutement, il nous a convaincus (s'il en était besoin) de la réelle efficacité « à long terme » du thermalisme dans cette dermatose affligée.

Ensuite Madame le Dr Kanny nous a parlé de l'allergie alimentaire en pédiatrie qui est surtout protéinique

(lait-œufs...) en n'oubliant pas le rôle majeur des huiles végétales (arachide en particulier). Hélas, il est très difficile en pratique d'avoir une opinion très précise sur la responsabilité véritable des allergènes alimentaires dans l'atopie de l'enfant, mais les progrès de l'allergologie sont tels qu'on peut penser qu'elle prendra de plus en plus d'importance dans l'avenir.

Dernier exposé de la matinée : celui du Dr Loisy avait pour thème *la crénothérapie de l'appareil digestif de l'enfant*. Les symptômes de l'allergie digestive sont surtout intestinaux (douleurs, diarrhée, etc.) et bien sûr tout à fait évocateurs lorsqu'ils sont associés à d'autres signes d'atopie respiratoire ou cutanée. L'orateur nous a montré l'intérêt d'une méthode d'exploration (que j'ignorais personnellement), la technique d'évaluation par immuno-fluorescence de la densité des cellules duodénales productrices d'IgE. Il nous a rappelé aussi, fort justement, que *seule l'eau thermale sortant du griffon* a une activité réellement prouvée sur les organes digestifs.

L'après-midi, nous avons eu le plaisir d'écouter d'abord l'exposé clair, net, précis, du Dr Marciano, pédo-psychiatre qui nous a montré l'importance de la somatisation de la maladie chez l'enfant qui est un être ayant beaucoup de mal à s'exprimer. Et son corps est donc le lieu privilégié de son angoisse.

Ensuite Florence Barruel, psychologue, nous présente son expérience thermale concrète qu'elle a acquise en trois années d'exercice dans la station de La Roche-Posay où elle s'aide de différentes techniques de relaxation.

Enfin, nous aurons la chance d'écouter à nouveau notre ami Hassan Razzouk, l'un des chercheurs français les plus expérimentés en climatologie, cette science fondamentale, en pleine évolution, mais qui ne semble pas du tout passionner ni le corps médical en général, ni même les thermalistes en particulier (hélas !).

C'est le Dr Hérété qui a terminé cette journée en nous faisant mieux connaître Amélie-les-Bains et à travers son histoire celle de la majorité de nos stations thermales. Mais les indications évoluent, au lieu des anciens curistes militaires c'est d'enfants et de jeunes enfants qu'il nous parle, et nous montre ainsi l'efficacité du climat, des eaux et du traitement.

CONCLUSION

Cette réunion a montré encore une fois l'intérêt de confronter nos expériences différentes pour garder, comme l'a dit Daniel Wallach, « ce qu'il y a de meilleur chez chacun d'entre nous ».

Mais à l'heure où la santé exige maintenant des chiffres, il faut absolument que nous arrivions nous-mêmes à quantifier nos résultats pour les rendre crédibles aux yeux de tous les sceptiques, ce qui rend obligatoire une mise en commun de nos résultats.

J'espère que tous les brillants orateurs auront à cœur de laisser leur message par écrit pour que notre belle réunion d'aujourd'hui ne reste pas confidentielle.



Vie des Stations

Projet de Musée du Thermalisme à Bourbonne-les-Bains

H. RONOT

(Paris)

A Bourbonne-les-Bains, la rénovation du Musée s'inscrit dans un processus de profonde transformation de la station gérée dans son développement par la vétusté de son Établissement thermal.

Fort heureusement, en 1976, l'ancien concessionnaire, qui récusait toute initiative, fut remplacé par M. Jacques Poncet, P.-D.G. de Therma-France, qui entreprit aussitôt le travail le plus urgent, la reconstruction de l'Établissement thermal, doté enfin d'un équipement moderne, de 1976 à 1978.

La municipalité, animée par M. André Noiro, élu maire en 1989, décida de soutenir l'effort du concessionnaire. Elle avait parfaitement compris qu'une entreprise d'urbanisme était absolument indispensable à Bourbonne ; elle fut réalisée en 1990 grâce à l'acquisition, par la Ville, de l'Hôpital militaire thermal qui occupait une surface importante au cœur de Bourbonne et dont une partie fut détruite pour remodeler la Place des Bains trop exigüe.

M. Paul Krautter, adjoint au Maire pour les Affaires Culturelles depuis plusieurs décennies, a pu faire aboutir le projet de rénovation du Musée dans une orientation thermique.

La Direction des Musées a chargé le jeune et dynamique conservateur des Musées de Langres et de Bourbonne-les-Bains, M. Benoit Decron, récemment sorti de l'École du Patrimoine, de diriger la réalisation de ce projet d'autant plus intéressant qu'il n'existe pas en France de Musée véritablement axé sur le Thermalisme et conçu selon des données muséographiques modernes.

L'emplacement de l'ancien Musée a été conservé. Son contenu où dominaient les vestiges des installations thermales, datant de l'époque gallo-romaine, était présenté dans la porterie de l'ancien château, édifiée à la fin du XVI^e siècle. Cette porterie s'ouvre dans l'enceinte contre laquelle sont adossés de vastes bâtiments qui étaient autrefois les dépendances du château. Ces bâtiments anciens, restaurés, dans lesquels des travaux de chauffage et d'éclairage viennent d'être effectués, sont prêts à abriter les salles d'exposition.

Reste à résoudre le délicat problème d'un Musée à dominante scientifique. Au printemps 1993, Mlle Magali Carrère, ethnologue de formation, a apporté son aide au Conservateur du Musée en recherchant à Bourbonne tout ce qui pourrait être utilisé pour enrichir le futur Musée. Elle apprit ainsi que j'avais décidé de donner à la Ville une importante documentation réunie au cours d'une quarantaine d'années. Se rendant compte que ce type de Musée échappait à la compétence d'un Conservateur de Musée d'art et d'histoire, Mlle Carrère m'a demandé un entretien au cours duquel j'ai attiré son attention sur la nécessité de présenter un certain nombre de faits susceptibles de répondre à la curiosité des touristes et surtout au légitime désir des malades de connaître le mode d'action du traitement thermal et de savoir ce que représente la cure thermique dans l'arsenal thérapeutique d'aujourd'hui.

C'est sous forme de panneaux explicatifs qu'il faut condenser les données scientifiques qu'il s'agisse de l'analyse chimique de l'eau thermale, de la composition des gaz thermaux, des pratiques thermales, de l'action pharmacodynamique de la cure et surtout des indications thérapeutiques qui se sont précisées au cours de ce siècle à partir d'études tant expérimentales que cliniques, c'est-à-dire la rhumatologie et la traumatologie avec, récemment, une indication inattendue mais efficace, l'Oto-rhino-laryngologie.

Il est évident qu'en raison de leur caractère scientifique, le texte de ces panneaux, afin de satisfaire à des critères de clarté et de précision, doit être rédigé par des personnalités compé-

tentes. La présentation de ces panneaux qui, seuls, pourraient paraître ennuyeux, doit s'inscrire au milieu de tous les documents graphiques ou autres, susceptibles de faire revivre la station à travers les siècles depuis l'époque gallo-romaine.

L'histoire des installations thermales est facile à reconstituer depuis cette époque en raison des nombreux objets retrouvés au cours des fouilles des siècles derniers au voisinage des sources. Du Moyen-Âge à la fin du XVIII^e siècle, le traitement thermal a consisté uniquement en bains à domicile, chez l'habitant, pour les personnes aisées et pour les autres en bains et douches données dans les anciennes piscines aménagées sous des halles de bois.

Les établissements thermaux depuis le projet de l'architecte de Louis XVI, Pierre-Adrien Par (1783), jusqu'à nos jours, constituent un thème intéressant à présenter aux visiteurs.

Il en est de même avec l'Hôpital militaire thermal, construit de 1730 à 1734. Il a droit à une place non négligeable dans ce Musée, car il a connu une grande activité pendant deux siècles et demi et a contribué à porter le renom de Bourbonne dans la France entière.

Une évocation des curistes célèbres, photocopies de leurs portraits ou textes, est de nature à rendre plus vivante la visite du Musée. On a le choix entre des militaires tels que les ducs de Villars et d'Harcourt, maréchaux de France sous le règne de Louis XIV ; Marmont, Moncey, Oudinot et Sébastiani, maréchaux du Premier Empire ; des écrivains tels que Diderot et Chateaubriand ; un diplomate tel que Talleyrand ; un artiste tel que Renoir.

Le corps médical ne doit pas être oublié, car il y a toujours eu, chaque siècle, en moyenne deux ou trois médecins qui ont œuvré pour faire connaître la valeur thérapeutique de Bourbonne. Citons pour le XIX^e siècle deux médecins doublés d'humanistes : Athanase Renard, auteur d'œuvres littéraires et thermales, maire de Bourbonne et député de la Haute-Marne sous le règne de Louis-Philippe, et Émile Bougard, dont la *Bibliotheca borvomensis* reste un indispensable ouvrage de référence.

14, rue d'Aumale, 75009 PARIS.

Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales. Séance du 19 janvier 1994.

Serait-il indiscret de rappeler que le Thermalisme social existait bien avant la création de la Sécurité Sociale et la prise en charge des cures thermales par les Caisses d'Assurance-Maladie. En effet, pendant près de deux mille ans et jusqu'à la Révolution ce furent les communautés religieuses qui assurèrent aux malades pauvres l'hébergement, la subsistance et les soins médicaux. Au cours du XIX^e siècle, la relève est effectuée par la Ville et le corps médical comme en témoigne, notamment, le rapport du Docteur Émile Bougard, inspecteur des Eaux thermales, daté de 1851. Sur 1 331 curistes 481 sont gratuits.

Bien entendu, Bourbonne doit être présenté dans son cadre géographique, avec ses monuments, ses parcs et ses

environs touristiques. Mais, pour situer sa place dans le Thermalisme de la France, il me paraît souhaitable de la montrer sous la forme d'un graphique marquant d'une façon tangible la constante progression de la fréquentation de Bourbonne par les malades à partir de 1813 date de la première liste de curistes. Ce dépouillement des listes, que j'ai mené dans les archives jusqu'en 1864, doit être poursuivi jusqu'à ce jour. Dans l'état actuel de la question, ce travail révèle la montée progressive du nombre des curistes de 550 environ en 1813 à près de 3 000 à la fin du XIX^e siècle, puis à 4 500 à la veille de la guerre 1939/1945. Mais ce qu'il faut souligner, c'est le bond en avant réalisé depuis la reconstruction en 1978, de l'Établissement thermal,

doté d'un équipement moderne. Et, par voie de conséquence, Bourbonne, avec un chiffre qui dépasse les 15 000 curistes, se place dans le peloton de tête des stations thermales françaises.

NDRL : Henry Ronot a exercé la médecine thermale pendant plus de quarante ans à Bourbonne-les-Bains. Ancien élève de l'École du Louvre et docteur ès-lettres, il pense servir la cause du Thermalisme en présentant ici sa conception d'un Musée du Thermalisme, conception valable pour toutes les stations thermales de France, en regrettant que Bourbonne n'ait pas adopté la formule moderne d'Éco-Musée, plus vivante et plus attractive.



**Villes d'eaux
histoire du thermalisme
Colloque n° 10 du CTHS**

(Clermont-Ferrand,
octobre 1992)

PARIS, Éditions du CTHS, 1994

L'Auvergne, « cœur de France où toute eau est souvent minérale », a inspiré aux chercheurs du 117^e congrès national des sociétés savantes, réunis à Clermont-Ferrand, sous l'égide du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, une réflexion historique large et complète sur le thème du thermalisme, embrassant toutes les époques, du Moyen Âge avec Michel de Montaigne au tout récent deuxième conflit mondial qui a vu Evaux-les-Bains se transformer en centre d'internement. Un clin d'œil est lancé, en passant, aux fontaines « thérapeutiques » de Bretagne, renouant avec le grand débat quasi universel sur l'eau, le sacré et la santé. Un voyage, tout autant coloré que richement documenté nous entraîne du pays forézien au Lyonnais, à la Savoie et au Bugey avec la découverte inattendue des origines de stations thermales déjà oubliées ou en passe de l'être telles que : Sail-les-Bains, Orliénas et Charbonnières, Thoys en Bugey, et oblige à évoquer Jean-Louis Alibert, fondateur de la dermatolo-

gie française mais aussi premier titulaire de la Chaire de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris et auteur d'un très renommé « Précis historique sur les eaux minérales les plus usitées en médecine ». Cette promenade thermale se poursuit dans le détail, la rigueur et la qualité, dans la capitale auvergnate, à Royat, au Mont-Dore, à Chaudes-Aigues, et dans la « reine des villes d'eaux » à Vichy. Des escapades heureuses et inattendues nous entraînent en Champagne à Sermaize-les-Bains, en pays de Bray à Forges-les-Eaux, et même en Hainaut à Saint-Amand-les-Eaux. Un clin d'œil à l'Europe, actualité oblige, nous conduit à Aix-la Chapelle !

L'histoire, si passionnante soit-elle, n'en occulte pas pour autant, en marge d'une étude prioritaire des stations et leur vie au quotidien et dans le temps, une réflexion socio-économique et parfois sociologique sur « la cure thermale – indicateur sociologique ». Ainsi, nous sont donnés d'excellents chapitres sur le corps médical thermal en France de 1919 à 1939, sur l'hospitalisation thermale dans l'Allier au 19^e siècle, sur le thermalisme social d'hier et d'aujourd'hui et en point d'interrogation jeté vers l'avenir, les pages de O. Bessy : « Le thermalisme en d'autres termes – Analyse sociologique et enjeux économiques ».

Aucune facette importante du thermalisme n'aura été oubliée : la promotion touristique et thermale par le développement du chemin-de-fer est évoquée pour l'Aquitaine et Midi-Pyrénées, à la faveur de l'action dynamique de la Compagnie des chemins de fer du Midi ; l'architecture « haute-couture » de nos grandes cités thermales, trouve un site privilégié à Vichy ; la littérature, enfin, trouve en la personne du romancier-médecin Paul Vigné d'Oceton un émule d'André Gide.

Analyser en quelques lignes plus de 500 pages de communications si diverses, mais assurément toutes d'excellentes qualités historiques et rédactionnelles était un pari perdu d'avance... Une page suffit à peine à faire l'éloge de ce superbe ouvrage, richement documenté, rigoureusement présenté, parfaitement imprimé, rehaussé d'une iconographie de qualité... qui devrait sans nul doute satisfaire tout particien thermal exigeant, avide d'histoire de sa discipline et peut-être aussi de sa région, et découvrant dans le plaisir de lire que des membres érudits de sociétés savantes, des historiens et des chercheurs, des étudiants en voie de consécration universitaire par leur thèse de doctorat, partagent avec lui les fondements d'une réflexion qui leur est commune.

R.C.

ERRATA

Deux erreurs se sont malencontreusement glissées dans le n° 3/3^e trimestre 1994 :

« à la page 143, « Allocution du Président sortant », 2^e colonne – lignes 17 et 18, il convient de lire : Henri Founau et Bernard Luchaire ;

– à la page 185 de l'article intitulé « Autre façon de concevoir la pathogénie et le traitement de la migraine » (auteurs : J. Thomas et coll.), chapitre « l'hypomagnésémie des migraineux », il convient de lire : « Notre dernier bilan porte sur 112 contrôles du magnésium érythrocytaire chez les migraineux et donne une valeur moyenne de 49,4 mg, chiffre sensiblement identique à celui de 1979 pour 1 000 cas, ce qui confirme donc la réalité de l'hypomagnésémie des migraineux ».

Le Secrétariat de Rédaction s'excuse auprès des auteurs et des lecteurs.

RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

Eurothermes, Stations thermales, p. 236.

Informations

Les différentes étapes de la :

MISSION THERMALISME 1993

- Président, Docteur Guy Ebrard, Président de la Fédération Thermale et Climatique Française.

* La Mission, installée le 7 juillet 1993 par le Docteur Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la Santé, a remis son rapport le 28 avril 1994. Parmi les nombreuses et très détaillées propositions présentées dans le rapport il faut relever :

- l'obligation de « **confirmer la crédibilité du thermalisme français** » par une nouvelle forme de l'évaluation scientifique et de la recherche et par une réforme de l'enseignement rétablissant dans le cursus des études médicales l'enseignement obligatoire de l'hydroclimatologie dans le cadre de l'enseignement de la Thérapeutique ;

- la nécessité de promouvoir « **une autre dynamique pour les Établissements Thermaux** » par une double réforme statutaire et tarifaire.

- l'instauration d'« **un nouveau partenariat avec l'Assurance Maladie** » en appliquant aux Établissements thermaux les principes définis par la loi Hospitalière du 31 juillet 1991 relative aux Établissements d'hospitalisation privés, et en maintenant pour les assu-

rés sociaux le remboursement du traitement thermal ;

- le renforcement d'« **une rigoureuse exigence de qualité** » concernant les différents acteurs intervenant dans la prestation de soins : médecins, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(ère), ainsi que l'hospitalisation thermale par la définition, dans la loi hospitalière, d'un cadre réglementaire des Hôpitaux Thermaux.

** Après étude des propositions faites, le Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville et le Ministre délégué à la Santé, ont arrêté un certain nombre de mesures « destinées à conforter la situation du thermalisme au plan scientifique, sanitaire, économique et social » :

- **au plan scientifique** : les ministres ont souhaité renforcer les études d'évaluation scientifique des activités thermales par un développement de bases méthodologiques et des actions de formation du corps médical par l'enseignement de l'hydrologie médicale ;

- **au plan sanitaire** : il est décidé d'assujettir les établissements thermaux à la procédure d'autorisation définie par la loi hospitalière de 1991, et de revoir les réglementations concernant l'eau minérale et le fonctionnement des établissements thermaux.

- **au plan économique et social** : le gouvernement n'entend pas remettre en cause le principe du remboursement des cures thermales par la Sécurité Sociale. Les Ministres ont décidé, également, de réexaminer l'obligation d'entente préalable avant la prise en charge.

*** « Dans l'ensemble, la déclaration d'intention que constitue le communiqué ministériel du 30 août 1994, énoncé ci-dessus, doit être accueillie de manière confiante, puisqu'il exprime la volonté du gouvernement de conforter la situation du thermalisme dans divers domaines essentiels... Le communiqué publié par le Ministre d'État et le Ministre délégué à la Santé ne donne qu'une première série de décisions de nature à redresser le marasme actuel du thermalisme... Tout ne peut se faire en un jour, le constat et les propositions d'un ouvrage de 300 pages peuvent au mieux se profiler dans un communiqué de 40 lignes... ».

* Rapport Mission Thermalisme 1993. SICOM Ed.

** Communiqué de Presse, Cabinet du Ministre délégué à la Santé, 30 août 1994.

*** Entretien avec le Docteur Guy Ebrard in « Gazette Officielle du Thermalisme, n° 35, août-septembre 1994, 16, rue l'Estrapade, 75005 PARIS ».

R.C.

Société Médicale d'Aix-les-Bains
et Centre de Recherches
Rhumatologiques

41^e SEMAINE de RHUMATOLOGIE AIX-les-BAINS 5, 6 et 7 AVRIL 1995

Sous le patronage de la Société Française de Rhumatologie et de la Ligue Française contre le Rhumatisme, la Société Médicale d'Aix-les-Bains et le Centre de Recherches Rhumatologiques organisent du 5 au 7 avril 1995 la 41^e Semaine de Rhumatologie d'Aix-les-Bains.

Cette manifestation est traditionnellement présidée par le Président de la Société Française de Rhumatologie qui sera le Professeur M.F. Kahn de Paris.

Au cours de ces Journées auront lieu deux tables rondes. La première sur « **Le rhumatisme psoriasique en 1995** », aura lieu le jeudi matin 6 avril et sera dirigée par le Professeur M.F. Kahn de Paris, la seconde, médico-chirurgicale sur « **L'épaule dégénérative** » sera dirigée par le Professeur A. Apoil de Paris et aura lieu le vendredi 7 avril au matin.

La journée du mercredi 5 avril et l'après-midi du vendredi 7 seront consacrées à des communications libres qui traiteront des actualités cliniques et thérapeutiques en rhumatologie.

Le jeudi après-midi 6 avril aura lieu la 59^e Réunion Scientifique annuelle de la Société Médicale, avec pour thème « **L'imagerie dans la pathologie dégénérative lombaire** », et sera diri-

gée par le Professeur M. Bochu de Lyon, avec la collaboration du Professeur J.D. Laredo de Paris.

Les renseignements devront être demandés

au Docteur Alain Herbert :
Tél. 79 88 64 64

au Docteur Jean-Paul Bernard :
Tél. 79 35 14 87

au Docteur Daniel Briançon :
Tél. 79 61 11 55

SEMAINE de RHUMATOLOGIE d'AIX-les-BAINS

boîte postale 234

73102 AIX-les-BAINS cedex

Tél. 79 35 17 52

Fax 79 88 91 06

THERMALIES 95

Les 13^{es} Thermalies, Salon International de la Talassothérapie, du Thermalisme et de la Santé, auront lieu du dimanche 26 au jeudi 30 mars 1995, au Parc des Expositions de la Porte de Versailles à Paris, jumelées au Médec 95 dans le cadre de la Semaine Internationale des professions et technologies de santé.

La Presse Thermale et Climatique

1994 (Vol. 131)

N° 1	pp. 1- 56
N° 2	pp. 57-120
N° 3	pp. 121-204
N° 4	pp. 205-276

TABLE DES MATIÈRES

TABLE PAR SUJETS

Abréviations: MO: mémoire original - SFHCM: Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales.

2,3-DPG érythrocytaire

- Un effet inattendu de la cure thermale à Balaruc-les-Bains : alcalose respiratoire et augmentation du taux du 2-3 diphosphoglycérate érythrocytaire, (MO) 10-13.

A

Activités sociothérapeutiques

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Affections rhumatismales

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Age

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Alcalose respiratoire

- Un effet inattendu de la cure thermale à Balaruc-les-Bains : alcalose respiratoire et augmentation du taux du 2-3 diphosphoglycérate érythrocytaire, (MO) 10-13.

Allergie digestive

- Crénothérapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant, (SFHCM) 258-260.

Anatomie imaginaire

- Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? (SFHCM) 261-264.

Arsenic

- La recherche thermale à La Bourboule, (MO) 125-136.

Atopie

- Synthèse de la Journée Nationale d'Hydro-Climatologie Médicale. Paris, le 9 février 1994, (SFHCM) 265-266.

Attaques auto-centrées

- Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? (SFHCM) 261-264.

B**Bagnères-de-Bigorre**

- Le site de Bagnères-de-Bigorre : un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante, (SFHCM) 161-170.

Bains bouillonnants

- Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, (MO) 137-139.

Balaruc-les-Bains

- Un effet inattendu de la cure thermale à Balaruc-les-Bains : alcalose respiratoire et augmentation du taux du 2-3 diphosphoglycérate érythrocytaire, (MO) 10-13.

Barbotan

- Étude pharmacodynamique de l'interaction de l'eau minérale de Barbotan et de la paroi veineuse humaine, (MO) 16-20.

Boue de Neyrac

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

Bourbon-Lancy

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Brides-les-Bains

- Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Évaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal ? (SFHCM) 148-160.

C**Centre de Recherche Thermal en Rhumatologie et Phlébologie**

- Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, (MO) 14-15.

Céphalée

- Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibration musculaire cervicofaciale pendant leur cure à Vittel, (SFHCM) 105-109.

Composition minérale de l'eau

- Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? (MO) 5-9.

Conflit antérieur

- Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, (MO) 209-214.

Consommation médicamenteuse

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Coût moyen

- Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, (MO) 209-214.

Crénothérapie

- Expérience personnelle de huit années de lithotripsie urinaire. Évolution de la mentalité des médecins et des malades vis-à-vis de la maladie lithiasique. Incidences sur le thermalisme, (SFHCM) 26-35.
- Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, (MO) 209-214.
- Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix les Bains. Thermes Nationaux rhumatologiques et Thermes de Marlioz ORL et stomatologiques, (MO) 215-221.

Crénothérapie pédiatrique

- Synthèse de la Journée Nationale d'Hydro-Climatologie Médicale. Paris, le 9 février 1994, (SFHCM) 265-266.

Cure d'amaigrissement

- La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, (MO) 222-229.

Cure hydrique

- La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, (MO) 222-229.

Cure thermale

- Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Évaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal ? (SFHCM) 148-160.
- Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêts dans l'éducation nutritionnelle, (SFHCM) 238-240.

D**Dermatite atopique**

- La dermatite atopique de l'enfant en cure thermale, (SFHCM) 253-257.
- La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique, ou : la gestion de la chronicité, (SFHCM) 251-252.

Dermatologie

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

Déséquilibre musculaire

- Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibration musculaire cervicofaciale pendant leur cure à Vittel, (SFHCM) 105-109.

E**Eau de Volvic**

- La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, (MO) 222-229.

Eau minérale

- Étude pharmacodynamique de l'interaction de l'eau minérale de Barbotan et de la paroi veineuse humaine, (MO) 16-20.

Eau thermale

- La recherche thermale à La Bourboule, (MO) 125-136.

Eaux minérales

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

Eaux minérales sulfurées

- Critères de protection des sources de Kamena-Vourla (Grèce). Cet exemple local des eaux géothermales s'inscrit dans le cadre général de la pollution, (MO) 61-71.

Écoulement fissural

- Le site de Bagnères-de-Bigorre : un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante, (SFHCM) 161-170.

Effet iatrogène

- Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, (MO) 14-15.

Effets secondaires

- Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix les Bains. Thermes Nationaux rhumatologiques et Thermes de Marlioz ORL et stomatologiques, (MO) 215-221.

Efficacité

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Enfant

- Crénothérapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant, (SFHCM) 258-260.

Épidémiologie

- Prévalence de l'érysipèle en milieu de cure thermale phlébologique, (MO) 21-23.

Épidémiologie

- Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Évaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal? (SFHCM) 148-160.
- Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix les Bains. Thermes Nationaux rhumatologiques et Thermes de Marlioz ORL et stomatologiques, (MO) 215-221.

Erysipèle

- Prévalence de l'érysipèle en milieu de cure thermale phlébologique, (MO) 21-23.

Essai thérapeutique

- La recherche thermale à La Bourboule, (MO) 125-136.

Excrétion urinaire

- Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? (MO) 5-9.

G**Gaz carbonique**

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

Géothermalité

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

H**Hydratation**

- Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? (MO) 5-9.

I**Indications gynécologiques**

- La crénothérapie garde-t-elle des indications en gynécologie ? (SFHCM) 171-174.

Insuffisance veineuse et lymphatique

- Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, (MO) 137-139.

Ions sulfurés

- Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, (MO) 209-214.

L**La Bourboule**

- La recherche thermale à La Bourboule, (MO) 125-136.

Larmes

- La migraine et les larmes, (SFHCM) 241-245.

Laser-doppler

- Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, (MO) 137-139.

Libre choix

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Lien inter-actif

- Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? (SFHCM) 261-264.

Lithiase rénale

- Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? (MO) 5-9.
- Expérience personnelle de huit années de lithotripsie urinaire. Évolution de la mentalité des médecins et des malades vis-à-vis de la maladie lithiasique. Incidences sur le thermalisme, (SFHCM) 26-35.

Lithotripsie

- Expérience personnelle de huit années de lithotripsie urinaire. Évolution de la mentalité des médecins et des malades vis-à-vis de la maladie lithiasique. Incidences sur le thermalisme, (SFHCM) 26-35.

Livradois-Forez

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

M**Massif Central**

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

Mercaptans

- Critères de protection des sources de Kamena-Vourla (Grèce). Cet exemple local des eaux géothermales s'inscrit dans le cadre général de la pollution, (MO) 61-71.

Microcirculation

- Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, (MO) 137-139.

Migraine

- La migraine et les larmes, (SFHCM) 241-245.

Milieu hospitalier

- La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, (MO) 222-229.

Milieu thermal

- Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, (MO) 14-15.

Moyens crénothérapeutiques

- La crénothérapie garde-t-elle des indications en gynécologie ? (SFHCM) 171-174.

Mycologie

- Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, (MO) 14-15.

Mycoses interdigitoplantaires

- Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, (MO) 14-15.

N**Névroses**

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Neyrac-les-Bains

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

Noradrénaline

- Étude pharmacodynamique de l'interaction de l'eau minérale de Barbotan et de la paroi veineuse humaine, (MO) 16-20.

Nutrition

- Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêts dans l'éducation nutritionnelle, (SFHCM) 238-240.

O

Obésité

- Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Évaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal ? (SFHCM) 148-160.
- La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Étude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, (MO) 222-229.
- Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêts dans l'éducation nutritionnelle, (SFHCM) 238-240.

Obstruction nasale

- Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibration musculaire cervicofaciale pendant leur cure à Vittel, (SFHCM) 105-109.

Occlusion dentaire

- Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibration musculaire cervicofaciale pendant leur cure à Vittel, (SFHCM) 105-109.

P

Périmètres de protection

- Critères de protection des sources de Kamena-Vourla (Grèce). Cet exemple local des eaux géothermales s'inscrit dans le cadre général de la pollution, (MO) 61-71.

Personnes âgées

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Profil sociologique

- Enquête psychologique auprès de 900 curistes des Thermes Nationaux d'Aix-les-Bains, (MO) 72-80.

Psychologie

- Enquête psychologique auprès de 900 curistes des Thermes Nationaux d'Aix-les-Bains, (MO) 72-80.

Psychothérapie anxiolytique

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Pyrénées

- Le site de Bagnères-de-Bigorre : un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante, (SFHCM) 161-170.

Q

Qualité de vie

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

R

Rééducation fonctionnelle

- Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Évaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, (MO) 209-214.

Rein

- Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? (MO) 5-9.

Relations interpersonnelles

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Rhumatologie

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

S

Sidérobactéries

- Sources thermales réfrigérées du Livradois-Forez, (SFHCM) 95-104.

Sport

- Un effet inattendu de la cure thermale à Balaruc-les-Bains : alcalose respiratoire et augmentation du taux du 2-3 diphosphoglycérate érythrocytaire, (MO) 10-13.

Stations thermales spécialisées

- La crénothérapie garde-t-elle des indications en gynécologie ? (SFHCM) 171-174.

T

Terres rares

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

Thérapeutique institutionnelle

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Thermalisme

- Prévalence de l'érysipèle en milieu de cure thermale phlébologique, (MO) 21-23.
- Critères de protection des sources de Kamena-Vourla (Grèce). Cet exemple local des eaux géothermales s'inscrit dans le cadre général de la pollution, (MO) 61-71.
- Enquête psychologique auprès de 900 curistes des Thermes Nationaux d'Aix-les-Bains, (MO) 72-80.
- Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, (MO) 137-139.
- Le site de Bagnères-de-Bigorre : un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante, (SFHCM) 161-170.
- La dermatite atopique de l'enfant en cure thermale, (SFHCM) 253-257.
- Crénothérapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant, (SFHCM) 258-260.
- La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique, ou : la gestion de la chronicité, (SFHCM) 251-252.

Thermalisme psychiatrique

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

Titane

- Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, (SFHCM) 40-45.

Tolérance

- Étude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Évaluation sur une année, (SFHCM) 87-94.

Toxicologie

- La recherche thermale à La Bourboule, (MO) 125-136.

Transfert institutionnel

- Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, (SFHCM) 36-39.

V

Veine saphène

- Étude pharmacodynamique de l'interaction de l'eau minérale de Barbotan et de la paroi veineuse humaine, (MO) 16-20.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS 1994

B

- BASTE J.C., CANELLAS J., TOUSSAINT Ch., MASCAREL A. de, MIDY D., DOUMENJOU J., GARREAU Ch. - Etude pharmacodynamique de l'interaction de l'eau minérale de Barbotan et de la paroi veineuse humaine, 16-20.
- BEORCHIA S. - Cf. LOISY C., 258-260.
- BERTHIER F. - Cf. GRABER-DUVERNAY B., 72-80.
- BERTHIER N. - Cf. GRABER-DUVERNAY B., 72-80.
- BRILLAT P. - Enquête épidémiologique à Brides-les-Bains au cours de la saison 1992. Evaluation de la perte de poids. Peut-on envisager une politique de prévention de la surcharge pondérale en milieu thermal ? 148-160.

C

- CALLIS A. - Un effet inattendu de la cure thermale à Balaruc-les-Bains : alcalose respiratoire et augmentation du taux du 2-3 diphosphoglycérate érythrocytaire, 10-13.
- CANELLAS J. - Cf. BASTE J.C., 16-20.
- CAPDEVILLE P. - Cf. POZET N., 5-9.
- CAPODURO R. - La crénothérapie garde-t-elle des indications en gynécologie ? 171-174.
- CARPENTIER P. - Cf. COLOMB M., 21-23.
- CARPENTIER P.H. - Cf. COLOMB M., 137-139.
- CARRERE B. - Cf. JARNAGE J.P., 14-15.
- COLOMB M., CARPENTIER P. - Prévalence de l'érysipèle en milieu de cure thermale phlébologique, 21-23.
- COLOMB M., PONCOT O.C., CARPENTIER P.H. - Effets microcirculatoires cutanés des bains bouillonnants, 137-139.

D

- DABADIE H., DANG-TRAN K., LACOMERE R.P., PACCALIN J. - La cure hydrique a-t-elle un intérêt chez le sujet obèse ? Etude de l'eau de Volvic dans la cure d'amaigrissement en milieu hospitalier, 222-229.
- DANG-TRAN K. - Cf. DABADIE H., 222-229.
- DELAIRE P.L. - Synthèse de la Journée Nationale d'Hydro-Climatologie Médicale. Paris, le 9 février 1994, 265-266.
- DOUMENJOU J. - Cf. BASTE J.C., 16-20.
- DRUTEL P. - La recherche thermale à La Bourboule, 125-136.
- DUBOIS J. Cl. - Thermalisme et thérapeutique institutionnelle des névroses d'après une enquête effectuée auprès de 75 curistes à Saujon, 36-39.
- DUPUIS M. - Neyrac-les-Bains. De l'origine à nos jours, 40-45.

E

- ENGEL M. - Cf. GUILLAUMIN B., 209-214.

F

- FAURE G. - Cf. TOMB E., 105-109.
- FORESTIER R. - Cf. GRABER-DUVERNAY B., 215-221.

G

- GARAGUNIS K., KOLLIAS P. - Critères de protection des sources de Kamena-Vourla (Grèce). Cet exemple local des eaux géothermales s'inscrit dans le cadre général de la pollution, 61-71.
- GARREAU Ch. - Cf. BASTE J.C., 16-20.
- GIBERT J.P. - Cf. LAUGIER R., 95-104.
- GIBERT J.P., SOULIE J.C., LAUGIER R. - Le site de Bagnères-de Bigorre : un exemple de contrôle de l'émergence des sources par la structure géologique cassante, 161-170.
- GRABER-DUVERNAY B., BERTHIER N., BERTHIER F. - Enquête psychologique auprès de 900 curistes des Thermes Nationaux d'Aix-les-Bains, 72-80.
- GRABER-DUVERNAY B., FORESTIER R. - Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6 000 curistes à Aix les Bains. Thermes Nationaux rhumatologiques et Thermes de Marlioz ORL et stomatologiques, 215-221.
- GUILLAUMIN B., ENGEL M., MONTASTRUC P. - Pathologies capsulo-ligamentaires de l'épaule. Evaluation clinique de la crénothérapie à Amélie-les-Bains, 209-214.

H

- HADJ-AISSA A. - Cf. POZET N., 5-9.
- HOURS D. - Etude de l'efficacité de la cure thermale à Bourbon-Lancy sur les affections rhumatismales. A propos de 400 cas. Evaluation sur une année, 87-94.

J

- JARNAGE J.P., CARRERE B. - Les mycoses interdigitoplantaires et leur évolution durant la cure thermale à Saint-Paul-les-Dax, 14-15.

K

- KOLLIAS P. - Cf. GARAGUNIS K., 61-71.

L

- LABEEUW M. - Cf. POZET N., 5-9.
- LACOMERE R.P. - Cf. DABADIE H., 222-229.
- LARMINAUX F. - Nouveaux aspects de la cure thermale à Contrexéville. Intérêts dans l'éducation nutritionnelle, 238-240.
- LAUGIER R. - Cf. GIBERT J.P., 161-170.
- LAUGIER R., GIBERT J.P. - Sources thermales réfrigérées du Livradois-Foréz, 95-104.

- LESEC G. - Cf. LOISY C., 258-260.

- LOISY C., MONTEIL J.C., PLANES-SAUTEREAU N., LESEC G., BEORCHIA S. - Crénothérapie des affections digestives d'origine allergique chez l'enfant, 258-260.

M

- MARCIANO P. - Existe-t-il un profil psychologique de l'enfant atopique ? 261-264.
- MASCAREL A. de - Cf. BASTE J.C., 16-20.
- MIDY D. - Cf. BASTE J.C., 16-20.
- MONTASTRUC P. - Cf. GUILLAUMIN B., 209-214.
- MONTEIL J.C. - Cf. LOISY C., 258-260.

P

- PACCALIN J. - Cf. DABADIE H., 222-229.
- PLANES-SAUTEREAU N. - Cf. LOISY C., 258-260.
- PONCOT O.C. - Cf. COLOMB M., 137-139.
- POZET N., HADJ-AISSA A., LABEEUW M., CAPDEVILLE P., ZECH P. - Le comportement rénal est-il influencé par la composition d'une charge hydrique ? 5-9.

S

- SONNECK J.M. - La dermatite atopique de l'enfant en cure thermale, 253-257.
- SOULIE J.C. - Cf. GIBERT J.P., 161-170.

T

- THOMAS J. - Expérience personnelle de huit années de lithotripsie urinaire. Evolution de la mentalité des médecins et des malades vis-à-vis de la maladie lithiasique. Incidences sur le thermalisme, 26-35.
- THOMAS J. - Cf. TOMB E., 105-109.
- THOMAS J., TOMB E. - La migraine et les larmes, 241-245.
- TOMB E. - Cf. THOMAS J., 241-245.
- TOMB E., THOMAS J., FAURE G. - Amélioration de certaines manifestations rhinopharyngées chez des sujets céphalalgiques traités par rééquilibration musculaire cervicofaciale pendant leur cure à Vittel, 105-109.
- TOUSSAINT Ch. - Cf. BASTE J.C., 16-20.

W

- WALLACH D. - La place du thermalisme dans le traitement de la dermatite atopique, ou : la gestion de la chronicité, 251-252.

Z

- ZECH P. - Cf. POZET N., 5-9.

DIALOGUES « SOMATICIENS-PSYCHIATRES »
Cœur et Psychisme

Sous la présidence d'honneur du Professeur Y. Grosogeat
de l'Académie Nationale de Médecine,
sous la direction du Professeur S.M. Consoli, Psychiatre, Hôpital Broussais, Paris
et des Professeurs D.J. Duché, J.F. Allilaire et du Docteur A. Braconnier

Sous l'égide des ANNALES DE PSYCHIATRIE

Paris, mercredi 15 mars 1995
de 8 h 30 à 13 h 00

Amphithéâtre Charcot,
Hôpital Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital, 75651 PARIS CEDEX 13

PROGRAMME

8 h 30 - 9 h 00 Accueil

9 h 00 Introduction de la Journée

Pr Y. Grosogeat, Service de Cardiologie, Hôpital de la Salpêtrière, Paris

9 h 15 Thème n° 1 « Hypertension artérielle »

- Notion de risque morbide. Quand et comment prend-t-on la décision de traiter ?
Quel discours tenir au patient ?

Pr J. Ménard, Centre de Médecine Préventive
Cardio-Vasculaire, Hôpital Broussais, Paris

- Les techniques de gestion du stress peuvent-elles être profitables aux hypertendus ?
E. Albert, psychiatre, IFAS, Paris

10 h 15 Thème n° 2 « L'insuffisance coronarienne »

- Sur quels signes redouter la survenue d'une invalidité ultérieure dans les suites d'un infarctus du myocarde et comment la prévenir ?

Dr Ph. Seiller, Service de Rééducation Cardiaque,
Hôpital Broussais, Paris

- Complications psychopathologiques de l'infarctus du myocarde et vécu de l'insuffisance coronarienne

Dr M.C. Maréchal, Psychiatre Attachée,
Hôpital Lariboisière, Paris

11 h 15 Pause

11 h 30 Thème n° 3 « Cardiologie, comportements émotionnels et personnalité »

- Présentation d'un cas type avec troubles aigus du rythme cardiaque sur insuffisance coronarienne favorisée par le contexte émotionnel

Dr Y. Artigou, Cardiologie,
Hôpital Avicenne, Bobigny - Paris

- Recherche de sensations et concomitants psychophysiologiques

S. Carton, E.P. 53 CNRS,
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

- Recherche de sensations et pathologie de la personnalité

Pr J.F. Allilaire, Service de Psychiatrie,
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

12 h 30 Conclusion de la Journée

Pr S.M. Consoli, Unité Médico-Psychologique,
Hôpital Broussais, Paris

DIALOGUES
« SOMATICIENS-PSYCHIATRES »
(15 mars 1995)

Bulletin d'inscription à renvoyer complété aux Annales de Psychiatrie, 31, bd de Latour-Maubourg,
75007 PARIS - tél. : (16.1) 40.62.64.00 - télécopie : (16.1) 45.55.69.20.

Inscription préalable obligatoire

Pour tous renseignements, même adresse, mêmes n°s tél. et télécopie que ci-dessus

NOM Prénom Spécialité

Adresse : N° Rue

Code Postal Ville